

# NORMA DGS

**NORMA CLÍNICA: 006/2014 de 08.05.2014 Atualizada em 17.11.2022**

## Duração de Terapêutica Antibiótica em Patologia Infeciosa

---

PUBLICAÇÃO: 17 de novembro de 2022

PALAVRAS-CHAVE: Terapêutica antibiótica, duração, resistência a antimicrobianos, pressão antibiótica

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

A presente Norma foi elaborada por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade.

**Painel de Peritos:**

Dr Nuno Pereira (coordenação científica), Dra Cristina Nunes, Dr Francisco Almeida e Prof. Doutor José Artur Paiva (validação PPCIRA).

**Revisão Científica:**

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (criada pelo Despacho n.º 8468/2015 de 3 de agosto de 2015).

Os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.

dqs@dgs.min-saude.pt

## NORMA CLÍNICA<sup>a</sup>

1. A presente Norma deve aplicar-se à idade pediátrica e ao adulto em contexto de cuidados hospitalares, hospitalização domiciliária, cuidados domiciliários, ambulatório, cuidados de saúde primários, unidades de internamento de cuidados continuados e unidades de cuidados paliativos.
2. As infeções bacterianas devem, como regra geral, ser tratadas com cursos de terapêutica antibiótica apropriada não superiores a sete (7) dias, de acordo com a evidência (Anexo II, Quadro1).
3. As infeções bacterianas agudas que necessitam de mais de sete (7) dias de terapêutica antibiótica encontram-se listadas abaixo (Anexo II, Quadro II), de acordo com a evidência que suporta a duração específica referida (Anexo II, Quadro II).
4. A terapêutica antibiótica deve ser suspensa sempre que não se confirma a suspeita de existência de infeção bacteriana, sem necessidade de cumprir a duração pré-definida de tratamento.
5. Através da implementação de programa de assistência à prescrição antibiótica, um médico do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos deve assegurar a anulação do uso de antibióticos em situações em que não estão indicados e, quando indicados, evitar o seu uso por tempo superior ao necessário, nos termos definidos na presente Norma.<sup>b</sup>
6. Devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos, anualmente, no âmbito da implementação da presente Norma.

<sup>a</sup>A tabela de evidência e graus de recomendação utilizada é a do CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*)/HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*) (Anexo I).

<sup>b</sup> Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro. Cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República n.º 229/2013, Série II de 2013-11-26, páginas 34563 – 34565. Acessível online em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>

7. No âmbito da implementação da presente Norma deve ser efetuada avaliação dos seguintes indicadores:
- a) Taxa de cursos de terapêutica antibiótica com duração não superior a 7 dias:
    - i. Numerador: número de cursos de terapêutica antibiótica não superior a 7 dias;
    - ii. Denominador: número total de cursos de terapêutica antibiótica.
  - b) Taxa de cursos de terapêutica antibiótica apropriada com duração não superior a 7 dias em infeções com documentação microbiológica:
    - i. Numerador: número de cursos de terapêutica antibiótica apropriada não superior a 7 dias em infeções com documentação microbiológica;
    - ii. Denominador: número total de cursos de terapêutica antibiótica em infeções com documentação microbiológica.
  - c) Taxa de cursos de terapêutica antibiótica com duração superior a 7 dias concordantes com a Norma:
    - i. Numerador: número de cursos de terapêutica antibiótica superior a 7 dias com critério adequado, nos termos da presente Norma;
    - ii. Denominador: número total de cursos de terapêutica antibiótica superior a 7 dias.
  - d) Taxa de adesão à justificação da necessidade de terapêutica antibiótica com duração superior a 7 dias:
    - i. Numerador: número de cursos de terapêutica antibiótica superior a 7 dias com justificação no processo clínico, de acordo com a presente Norma;
    - ii. Denominador: número total de cursos de terapêutica antibiótica superior a 7 dias.
8. A pessoa e/ou representante legal devem ser informados e esclarecidos da situação clínica, do plano terapêutico, dos efeitos adversos/secundários, benefícios e riscos do tratamento.
9. Deve constar do processo clínico a fundamentação de qualquer impossibilidade da aplicação ou exceção da presente Norma.
10. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.
11. A presente Norma revoga a versão da Norma N.º006/2014 de 08/05/2014, atualizada a 08/05/2015 "Duração de Terapêutica Antibiótica".

Graça Freitas

Diretora-Geral da Saúde

## ENQUADRAMENTO E RACIONAL

- A. A presente Norma tem como objetivo uniformizar a duração da terapêutica antibiótica indicada para cada situação clínica infecciosa, evitando a duração excessiva da mesma, que é determinante da seleção de microrganismos resistentes.
- B. Assim, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite esta NORMA para garantir a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a abordagem da terapêutica antibiótica em patologia infecciosa.

## INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

- A. Recomenda-se a implementação da presente Norma nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI).
- B. A duração da terapêutica antibiótica para a resolução do quadro clínico pode depender do estado imunitário do doente, pelo que estas recomendações se destinam apenas a doentes imunocompetentes. Na presente Norma, consideram-se imunocompetentes os doentes que não estejam neutropénicos ( $<500\text{PMN}/\text{mm}^3$ ), não estejam sob tratamento imunossupressor (quimioterapia, radioterapia, imunossuppressores ou corticoterapia de longa duração ou em doses equivalentes superiores ou iguais a 20 mg/dia de prednisolona ou a 2 mg/Kg/dia se peso inferior a 20kg, nos últimos três meses), que não tenham imunodeficiência primária e que não tenham doença que reduza significativamente a resistência à infeção (leucemia, linfoma, SIDA).
- C. Sem prejuízo do disposto no ponto B, a presença de imunossupressão, só por si, não implica prolongamento da terapêutica antibiótica. Da mesma forma, quer a gravidade da apresentação clínica quer a presença de microrganismo multirresistente, não são, por si só, razão suficiente para justificar prolongamento da terapêutica antibiótica. Assim, a avaliação clínica adequada, envolvendo a consideração de múltiplos fatores, constitui a base da decisão quanto à duração da terapêutica.
- D. A análise da evolução de biomarcadores, como a proteína C reativa ou a procalcitonina, pode ajudar a individualizar a decisão da duração adequada da terapêutica antibiótica. No entanto, a ausência de normalização de biomarcadores ou de resolução imagiológica total não implica, por defeito, prolongamento do tratamento antibiótico.

- E. Na infeção urinária, a utilização de um esquema de terapêutica antibiótica com duração não superior a sete (7) dias é também eficaz na presença de cateter urinário. No entanto, se houver resolução clínica lenta poderá ser necessário o prolongamento da mesma (10 dias). A substituição ou remoção da algália após o início da terapêutica antibiótica poderá facilitar a resolução clínica e deverá, sempre que possível, ser efetuada, uma vez que o biofilme formado no dispositivo pode servir de foco à persistência ou recorrência da infeção.
- F. A bacteriúria assintomática apenas deverá ser tratada na mulher grávida e nos doentes que vão ser submetidos a procedimentos urológicos. A duração de tratamento antibiótico é de um a sete dias, nos termos da presente Norma (Consultar Norma da Direção Geral da Saúde).
- G. Designa-se por complicada a infeção urinária que ocorre em indivíduo com fatores de risco (sexo masculino, gravidez, imunossupressão, diabetes mellitus) ou anomalias anatómicas ou funcionais (obstrução, esvaziamento incompleto, refluxo vesicoureteral) que condicionam menor probabilidade de erradicação da infeção quando comparada com as infeções não complicadas<sup>41</sup>.
- H. A duração da terapêutica antibiótica na pielonefrite é condicionada pela velocidade de resolução clínica e pela eficácia bactericida do antibiótico selecionado. Numa metanálise, a terapêutica antibiótica de curta duração (7 dias) demonstrou eficácia igual à terapêutica antibiótica mais prolongada, incluindo nos doentes com bacteriemia.<sup>1</sup> A escolha de antibióticos com concentração elevada no rim e na urina pode ajudar a resolver a infeção e a reduzir a duração da terapêutica antibiótica. Em situações em que seja necessária a utilização de uma fluoroquinolona para tratamento de pielonefrite, 5 dias de antibioterapia são suficientes.<sup>68</sup>
- I. A sinusite aguda é geralmente de etiologia vírica, pelo que a sua resolução clínica não se encontra dependente de tratamento antibiótico<sup>22</sup>. A recomendação de duração de tratamento antibiótico na presente Norma diz respeito apenas às situações de sinusite aguda com forte suspeição clínica de etiologia bacteriana.
- J. A duração recomendada da terapêutica antibiótica na pneumonia da comunidade é de 3-7 dias, dependendo dos fármacos usados e da velocidade de resolução dos sintomas, mantendo-se a terapêutica antibiótica pelo menos até 48h depois da resolução da febre<sup>14</sup>. Esta duração foi também avaliada na população pediátrica, sendo que os esquemas terapêuticos com 3-5 dias de duração não foram inferiores aos esquemas com 7-10 dias de duração<sup>9,69</sup>.

- K. A duração da terapêutica antibiótica nas complicações supurativas de infeção pulmonar depende da eficácia da drenagem (percutânea ou cirúrgica) e da velocidade de resolução clínica. A maioria dos abscessos pulmonares resolve com terapêutica médica prolongada, estando a drenagem cirúrgica reservada para quando a evolução é desfavorável.
- L. Vários estudos e uma metanálise confirmaram que 3-7 dias de terapêutica antibiótica para pneumonia da comunidade não necrotizante são seguros e apresentam uma eficácia pelo menos igual a uma maior duração de terapêutica antibiótica<sup>8,11,12,14,16</sup>.
- M. Também na pneumonia adquirida em meio hospitalar foi demonstrado que 7 dias de terapêutica antibiótica têm eficácia similar a períodos mais prolongados (10-15 dias)<sup>16,17</sup>. Paralelamente, o número de infeções subsequentes por organismos multirresistentes foi menor no grupo de doentes submetidos a períodos mais curtos de terapêutica antibiótica.
- N. Em doentes com pneumonia e com culturas microbiológicas fidedignas negativas, a descontinuação da terapêutica antibiótica não resultou em aumento da mortalidade.
- O. A bronquite aguda não complicada, definida como uma infeção respiratória aguda com uma radiografia de tórax normal, é tipicamente autolimitada e é, geralmente, causada por um vírus, não tendo indicação para tratamento antibiótico<sup>70</sup>.
- P. O tratamento das exacerbações da DPOC com antibióticos, em doentes com sinais clínicos de infeção bacteriana (presença de aumento da purulência ou volume da expetoração e aumento da dispneia)<sup>71</sup>, pode ter duração de 5 dias. Duas metanálises evidenciaram que o uso de antibióticos de curta duração em exacerbações agudas de bronquite crónica e DPOC não é inferior aos tratamentos mais longos, em termos de melhoria clínica<sup>21,72</sup>.
- Q. A duração da terapêutica antibiótica em infeções intra-abdominais está profundamente relacionada com a eficácia do controlo do foco infeccioso, que deve ser realizado sempre e logo que possível. Na presença de controlo adequado do foco, são suficientes 1 a 5 dias de terapêutica antibiótica<sup>24-26</sup>.
- R. Nas perfurações gástricas e jejunais proximais, na ausência de malignidade ou terapêutica com antiácidos, é adequado tratar apenas durante 24 horas, desde que o controlo do foco seja alcançado nas primeiras 24 horas<sup>26</sup>.



- S. As lesões traumáticas ou iatrogénicas do intestino reparadas nas primeiras 12 horas e sem evidência de contaminação peritoneal por conteúdo entérico podem igualmente ser tratadas com antimicrobianos  $\leq$  24 horas, uma vez que a disseminação bacteriana é mínima<sup>26</sup>.
- T. Na infeção intra-abdominal, em doentes críticos ou em que o controlo do foco é inadequado, a duração ideal da terapêutica antibiótica é incerta, dependendo da evolução clínica, laboratorial e imagiológica do doente. No entanto, nas situações em que, apesar da ausência de intervenção para controlo de foco, se verifique boa evolução clínica a terapêutica antibiótica com 7 dias de duração é suficiente<sup>26,27</sup>.
- U. A amigdalite bacteriana tem como tratamento recomendado administração única de penicilina benzatínica; em alternativa poderá, se necessário, ser usada terapêutica com dez dias de amoxicilina.
- V. Em infeções de pele e tecidos moles, otite, amigdalite ou rinosinusite, uma resolução clínica lenta pode estar associada à presença de abscesso, implicando, nesse caso, identificação e controlo do foco.
- W. A duração da terapêutica antibiótica nos doentes com bacteriemia secundária depende do foco primário de infeção, da existência de focos de disseminação, do agente envolvido, da possibilidade de controlo do foco e da resposta clínica.
- X. Relativamente à bacteriemia, numa metanálise em que foram excluídos os doentes com endocardite, não foi encontrada diferença entre a utilização de períodos curtos de terapêutica antibiótica (5-7 dias) e períodos prolongados (>7 dias), independentemente do foco de infeção<sup>31</sup>. Também os estudos que avaliaram a duração da terapêutica de diferentes focos de infeção não encontraram benefício do prolongamento da mesma em função da presença de bacteriemia. . Na bacteriemia por *P. aeruginosa*, em algumas populações (ex: doentes submetidos a transplante de medula), pode existir benefício em cursos de antibioterapia mais prolongados (14 dias)<sup>73</sup>.
- Y. Na bacteriemia associada a cateter venoso central, na presença de foco facilmente removível, quando há resolução clínica completa apenas com o controlo do foco, parece não haver necessidade de terapêutica antibiótica prolongada, pelo que esta deverá ser limitada a não mais de 5-7 dias<sup>32,33</sup>. Nos casos em que o agente responsável pela bacteremia é o *Staphylococcus aureus*, mesmo em doentes assintomáticos e após exclusão de endocardite e de focos

metastáticos, o tratamento recomendado deverá ter pelo menos 14 dias de duração (tempo total de terapêutica antibiótica), dado o risco de recidiva<sup>32,33</sup>.

Z. As bacteremias relacionadas com cateter tunelizado de hemodiálise justificam, habitualmente, uma abordagem diferente daquela que é referida no Quadro 1 para as infeções associadas a cateteres venosos centrais. Assim, as bacteremias relacionadas com cateter de hemodiálise tunelizado não complicadas são tratadas durante 2 a 3 semanas (se o agente for *Staphylococcus aureus* a duração é de 4 semanas), sendo que se deverá ponderar a utilização de *lock* antibiótico quando se pondera a preservação do cateter<sup>73,74</sup>. No caso das bacteremias relacionadas com cateter de hemodiálise tunelizado complicadas, a duração preconizada de tratamento é de 6 a 8 semanas<sup>74,75</sup>.

AA. Na endocardite de válvula nativa não complicada (sem abscesso peri-valvular, foco metastático ou outras complicações) recomenda-se a terapêutica antibiótica durante 2-6 semanas<sup>49</sup>. Deverá considerar-se a duração de 6 semanas na presença de alguma dessas complicações ou na presença de prótese valvular. Os esquemas de tratamento curtos (2 semanas) estão reservados para casos selecionados de infeção de válvula nativa não complicada causada por *Streptococcus spp* com elevada sensibilidade à penicilina e sensíveis à gentamicina, com associação desses dois fármacos<sup>49</sup>. Em doentes que tenham sido submetidos a cirurgia, a terapêutica antibiótica deverá ser prolongada pelo menos duas semanas após a intervenção. Se o exame microbiológico da válvula mostrar persistência dos microrganismos, é proposto que se complete esquema de tratamento adequado contando o tempo de tratamento a partir da data da cirurgia<sup>49</sup>.

BB. A duração da terapêutica antibiótica na meningite depende, conforme se encontra explícito nos Quadros 1 e 2, do agente etiológico responsável pelo quadro clínico. No caso das meningites nosocomiais, associadas à presença de dispositivos (exemplos: dreno ventricular externo, shunts ventrículo-peritoneais ou ventrículo-auriculares, dispositivos de estimulação cerebral profunda e bombas de infusão intra-tecal), para além da terapêutica antibiótica, está habitualmente recomendada a remoção do referido material, podendo a duração do tratamento ser condicionada quer pelo agente etiológico, quer pelo momento de remoção<sup>50</sup>.

CC. A penetração e difusão de múltiplos antibióticos no tecido osteoarticular são deficientes, pelo que concentrações eficazes são atingidas mais lentamente. O próprio metabolismo bacteriano a esse nível (dada a escassez de nutrientes disponíveis) é lento, o que contribui para diminuir a

suscetibilidade aos antibacterianos. Nestas condições o controlo do foco é fundamental para a resolução da infeção.

DD. Na osteomielite crónica, a cirurgia é o pilar do tratamento, sendo o tratamento antibiótico um adjuvante. Como tal, a duração proposta de 6-8 semanas depende de um controlo do foco eficaz<sup>52,53</sup>.

EE. Na infeção periprotésica articular, a duração da terapêutica antibiótica depende da estratégia cirúrgica adotada. Caso se opte pela remoção total do material protésico, o tratamento antibiótico deve ter duração e 6 semanas; caso se opte pela retenção do material protésico, o tratamento antibiótico deve ter a duração de 12 semanas<sup>54,57,58</sup>.

FF. A terapêutica antibiótica pode necessitar de ser prolongada em situações em que haja ou se presuma haver:

- 1) Incapacidade de promover concentrações eficazes do antibiótico no tecido infetado:
  - a) Baixa taxa de atividade metabólica do organismo infetante;
  - b) Sensibilidade diminuída do organismo infetante ao antibiótico usado;
  - c) Presença de biofilmes que não possam ser removidos (associados a material exógeno);
  - d) Presença de organismos com alta virulência e capacidade reconhecida de fazer infeções metastáticas;
  - e) Em qualquer das situações referidas é fortemente recomendado que seja obtido o controlo do foco infeccioso (em particular remoção de material exógeno infetado, desbridamento de tecidos necrosados e drenagem de abscessos).

GG. A presença de controlo inadequado do foco pode implicar um prolongamento do tempo de terapêutica antibiótica. Neste contexto, a duração da terapêutica antibiótica deve ser guiada pela evolução do doente, com auxílio dos aspetos imagiológicos e dos biomarcadores. São exemplos de situações de controlo inadequado do foco: múltiplas coleções abcedadas sem possibilidade de drenagem cirúrgica ou percutânea (em particular na região abdominal), persistência de material exógeno que não possa ser retirado (risco cirúrgico muito elevado), tecido necrosado não desbridável (em particular no osso), tromboflebite supurativa (4-6 semanas de terapêutica antibiótica).

- HH. O controlo do foco deve ser promovido sempre que possível, uma vez que, na sua ausência, a eficácia de antibioterapia (mesmo que prolongada) é limitada. Em situações extremas em que a cirurgia seja indispensável para a cura da infeção mas ao mesmo tempo acarrete um risco demasiado elevado para o doente, pode ser equacionada terapêutica supressiva de duração indefinida, sendo que estas estratégias acarretam risco elevado de toxicidade e falência a longo prazo.
- II. Múltiplos estudos têm demonstrado que medidas integradas de gestão da política de antibióticos, nomeadamente programas de apoio à prescrição antibiótica (*antimicrobial stewardship programs*) estão associadas à diminuição do consumo de antimicrobianos e a diminuição da prevalência de bactérias multirresistentes<sup>76,77</sup>.

## FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A. A presente Norma insere-se no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026<sup>78</sup>.
- B. Os antibióticos são moléculas químicas que interferem com funções vitais das células dos microrganismos, promovendo a sua morte ou a inibição do seu crescimento. *In vitro*, a velocidade de morte desses organismos pode ser extremamente rápida quando expostos a concentrações eficazes de antibióticos. No entanto, a organização dos microrganismos no tecido infetado e a dificuldade na difusão dos antibióticos podem dificultar e atrasar a sua atividade, nomeadamente quando há formação de abscessos ou biofilme, necrose dos tecidos ou condicionantes ambientais que interferem com a atividade metabólica dos microrganismos, determinando diminuição da atividade de alguns antibióticos.
- C. A terapêutica antibiótica interfere com o microbioma do indivíduo, rompendo equilíbrios ecológicos delicados. Pode assim facilitar a proliferação de organismos mais virulentos, que se encontram habitualmente inibidos por interação competitiva. Por outro lado, promove a desrepressão e disseminação de genes responsáveis pela resistência aos antimicrobianos (inclusive resistência cruzada) e confere vantagem adaptativa a espécies menos suscetíveis.

- D. O aumento das resistências aos antibióticos representa uma ameaça significativa aos sistemas de saúde em todo o mundo, com associações estabelecidas ao aumento da duração das hospitalizações, dos custos em saúde e da mortalidade<sup>79</sup>.
- E. O risco de desenvolvimento de resistência está relacionado com a duração da terapêutica antibiótica, tendo sido demonstrado que o seu prolongamento promove a diminuição progressiva da suscetibilidade dos organismos aos antibióticos e a proliferação de espécies virulentas naturalmente resistentes<sup>80</sup>. Assim, cada dia adicional de exposição a antibióticos aumenta o risco de desenvolvimento de resistência, devendo a duração da terapêutica ser a mínima que assegure eficácia clínica.
- F. Nos últimos anos foi demonstrado em diversos estudos e estabeleceu-se um consenso que a duração da terapêutica antibiótica em infeções não complicadas deve ser reduzida a não mais de 7 dias, devendo ser promovidas doses de antibiótico que facilitem a sua ação bactericida e evitadas exposições prolongadas, assim reduzindo a emergência de microrganismos resistentes e a ocorrência de infeções subsequentes.
- G. A colheita de produtos para exame microbiológico é uma parte fundamental na abordagem clínica à maioria das infeções bacterianas. A obtenção de agente etiológico e do seu perfil de suscetibilidade permite melhorar a adequação da terapêutica antibiótica e correlaciona-se com menor utilização de antibióticos e menor duração das hospitalizações, sem prejuízo no prognóstico dos doentes<sup>81,82</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kyriakidou, K. G., Rafailidis, P., Matthaiou, D. K., Athanasiou, S. & Falagas, M. E. Short- versus long-course antibiotic therapy for acute pyelonephritis in adolescents and adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin. Ther.* 30, 1859–1868 (2008).
2. Kahlmeter, G. *et al.* Ciprofl oxacin for 7 days versus 14 days in women with acute pyelonephritis: a randomised, open-label and double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. *thelancet.com Lancet* 4, 484–90 (2012).
3. Talan, D. a *et al.* Acute Uncomplicated Pyelonephritis in Women. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 283, 1583–1590 (2000).
4. Lutters, M. & Vogt-ferrier, N. Antibiotic duration for treating uncomplicated , symptomatic lower urinary tract infections in elderly women ( Review ). *Cochrane Database Syst. Rev.* (2008).
5. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2011 de 30-08-2011 - Terapêutica de Infeções do Aparelho Urinário (Comunidade).
6. Drekonja, D. M., Trautner, B., Amundson, C., Kuskowski, M. & Johnson, J. R. Effect of 7 vs 14 Days of

- Antibiotic Therapy on Resolution of Symptoms Among Afebrile Men With Urinary Tract Infection A Randomized Clinical Trial. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 55417, 324–331 (2021).
7. Nieuwkoop, C. Van *et al.* Treatment duration of febrile urinary tract infection : a pragmatic randomized , double- trial in men and women. *BMC Med.* 1–9 (2017). doi:10.1186/s12916-017-0835-3
  8. Dinh, A. *et al.* Discontinuing  $\beta$ -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)* 397, 1195–1203 (2021).
  9. Pernica, J. M. *et al.* Short-Course Antimicrobial Therapy for Pediatric Community-Acquired Pneumonia The SAFER Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 175, 475–482 (2021).
  10. Ginsburg, A.-S. *et al.* Amoxicillin for 3 or 5 Days for Chest-Indrawing Pneumonia in Malawian Children. *N. Engl. J. Med.* 13–23 (2020). doi:10.1056/NEJMoa1912400
  11. Uraga, A. *et al.* Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia A Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern. Med.* 176, 1257–1265 (2021).
  12. Moussaoui, R. *et al.* Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. *BMJ* 332, 1–7 (2006).
  13. Greenberg, D. *et al.* Short-course Antibiotic Treatment for Community-acquired Alveolar Pneumonia in Ambulatory Children. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 33, 136–142 (2014).
  14. Metlay, J. P. *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 200, (2019).
  15. NICE guideline. Pneumonia ( community- acquired ): antimicrobial prescribing. (2019).
  16. Pugh, R. *et al.* Short-course versus prolonged-course antibiotic therapy for hospital-acquired pneumonia in critically ill adults (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* (2015). doi:10.1002/14651858.CD007577.pub3.www.cochranelibrary.com
  17. Kalil, A. C. *et al.* Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia : 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin. Infect. Dis.* 63, 61–111 (2016).
  18. Falagas, M. E., Avgeri, S. G., Matthaiou, D. K., Dimopoulos, G. & Siempos, I. I. Short- versus long-duration antimicrobial treatment for exacerbations of chronic bronchitis: A meta-analysis. *J. Antimicrob. Chemother.* 62, 442–450 (2008).
  19. Shulman, S. T. *et al.* Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis : 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 55, 86–102 (2012).
  20. NICE guideline. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing Prescribing of antibiotics for in primary care infections in adults and children self-limiting respiratory tract NICE. (2008).
  21. Falagas, M. E., Giannopoulou, K. P., Vardakas, K. Z., Dimopoulos, G. & Karageorgopoulos, D. E. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis : a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Infect. Dis.* 543–552 (2008).
  22. Lemiengre, M. *et al.* Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* (2018). doi:10.1002/14651858.CD006089.pub5.www.cochranelibrary.com
  23. Venekamp, R., Sanders, S., Glasziou, P., Del Mar, C. & Rovers, M. Antibiotics for acute otitis media in children ( Review ). *Cochrane Database Syst. Rev.* (2015). doi:10.1002/14651858.CD000219.pub4.www.cochranelibrary.com
  24. Montravers, P. *et al.* Short - course antibiotic therapy for critically ill patients treated for postoperative intra - abdominal infection : the DURAPOP randomised clinical trial. *Intensive Care Med.* 300–310 (2018).

doi:10.1007/s00134-018-5088-x

25. Sawyer, R. *et al.* Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection. *N. Engl. J. Med.* (2015). doi:10.1056/NEJMoa1411162
26. Mazuski, J. E. *et al.* The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. *Surg. Infect. (Larchmt)*. 18, (2017).
27. Solomkin, J. S. *et al.* Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children : Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 50, 133–164 (2010).
28. Yahav, D. *et al.* Seven Versus 14 Days of Antibiotic Therapy for Uncomplicated Gram-negative Bacteremia : A Noninferiority Randomized Controlled Trial. *Clin. Infect. Dis.* 69, 1091–1098 (2019).
29. Molina, J. *et al.* Seven-versus 14-day course of antibiotics for the treatment of bloodstream infections by Enterobacterales : a randomized , controlled trial s Ignacio M a on behalf of the SHORTEN trial team. *Clin. Microbiol. Infect.* (2021). doi:10.1016/j.cmi.2021.09.001
30. Kohler, P., Lemmenmeier, E., Mccallin, S., Rossel, A. & Harbarth, S. Effect of C-Reactive Protein–Guided Antibiotic Treatment Duration, 7-Day Treatment, or 14-Day Treatment on 30-Day Clinical Failure Rate in Patients With Uncomplicated Gram-Negative Bacteremia A Randomized Clinical Trial. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 323, 2160–2169 (2021).
31. Havey, T. C., Fowler, R. A. & Daneman, N. Duration of antibiotic therapy for bacteremia : a systematic review and meta-analysis. *Crit. care* 15, (2011).
32. Timsit, J. F. *et al.* Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the intensive care unit. *Ann. Intensive Care* 10, (2020).
33. Mermel, L. A. *et al.* Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the infectious diseases society of America. *Clin. Infect. Dis.* 49, 1–45 (2009).
34. Beek, D. Van De *et al.* ESCMID guideline : diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. *Clin. Microbiol. Infect.* 37–62 (2016). doi:10.1016/j.cmi.2016.01.007
35. Stevens, D. L. *et al.* Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections : 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 59, (2014).
36. Cranendonk, D. R. *et al.* Antibiotic treatment for 6 days versus 12 days in patients with severe cellulitis : a multicentre randomized , double-blind , placebo-controlled , non-inferiority trial. *Clin. Microbiol. Infect.* 26, 606–612 (2020).
37. Espejo, E. Mediterranean spotted fever in the elderly : a prospective cohort study. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* (2019).
38. Espejo, E., Andrés, M., Garcia, M., Fajardo, A. & Pérez, J. Prospective Cohort Study of Single-Day Doxycycline Therapy for Mediterranean Spotted Fever. *Antimicrob. Agents Chemother.* 62, (2018).
39. Anton, E. *et al.* Randomized Trial of Clarithromycin for Mediterranean Spotted Fever. *Antimicrob. Agents Chemother.* 60, 1–4 (2016).
40. Socolovschi, C. & Parola, P. Treatment of Rickettsia spp . infections : a review. *Expert Rev. Anti. Infect. Ther.* 10, 1425–1437 (2012).
41. Bonkat, G. *et al.* EAU Guidelines on Urological Infections. (2019).
42. Sharma, L., Losier, A., Tolbert, T., Cruz, C. S. Dela & Marion, C. R. A t y p i c a l P n e u m o n i a Updates on Legionella , Pneumonia. *Clin. Chest Med.* (2016). doi:10.1016/j.ccm.2016.11.011
43. Sartelli, M. *et al.* 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J. Emerg. Surg.* 4, 1–18 (2020).
44. Kelly, C. R., Fischer, M. & Allegretti, J. R. ACG Clinical Guidelines : Prevention , Diagnosis , and Treatment of

- Clostridioides difficile Infections. *Am. J. Gastroenterol.* 116, 1124–1147 (2021).
45. McDonald, L. C. *et al.* Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children : 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America ( IDSA ) and Society for Healthcare Epidemiology of America ( SHEA ). *Clin. Infect. Dis.* 66, 1–48 (2018).
46. Johnson, S. *et al.* Clinical Practice Guideline by the Infectious Diseases Society of America ( IDSA ) and Society for Healthcare Epidemiology of America ( SHEA ): 2021 Focused Update Guidelines on Management of Clostridioides difficile Infection in Adults. *Clin. Infect. Dis.* 73, 1029–1044 (2021).
47. Holland, T. L., Arnold, C. & Fowler Jr, V. G. Clinical Management of Staphylococcus aureus Bacteremia: A Review. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 312, 1330–1341 (2014).
48. Liu, C. *et al.* Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin- Resistant Staphylococcus aureus Infections in Adults and Children. *Clin. Infect. Dis.* 52, (2011).
49. Habib, G. *et al.* 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. *Eur. Heart J.* 3075–3123 (2015). doi:10.1093/eurheartj/ehv319
50. Tunkel, A. R. *et al.* 2017 Infectious Diseases Society of America ' s Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis \*. *Clin. Infect. Dis.* 64, (2017).
51. Sonnevile, R. *et al.* An update on bacterial brain abscess in immunocompetent patients. *Clin. Microbiol. Infect.* 23, 614–620 (2017).
52. Barbari, E. F. *et al.* 2015 Infectious Diseases Society of America ( IDSA ) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults a. *Clin. Infect. Dis.* 61, 26–46 (2015).
53. Bernard, L. *et al.* Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis : an open-label , non-inferiority , randomised , controlled trial. *Lancet (London, England)* 385, 875–882 (2015).
54. Bernard, L. *et al.* Antibiotic Therapy for 6 or 12 Weeks for Prosthetic Joint Infection. *N. Engl. J. Med.* 384, 1991–2001 (2021).
55. Coakley, G. *et al.* BSR & BHPR , BOA , RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology* 1039–1041 (2006). doi:10.1093/rheumatology/ke1163a
56. Gjika, E. *et al.* Two weeks versus four weeks of antibiotic therapy after surgical drainage for native joint bacterial arthritis : a prospective , randomised , non- inferiority trial. *Ann Rheum Dis* 1114–1121 (2019). doi:10.1136/annrheumdis-2019-215116
57. Parvizi, J. & Gehrke, T. Proceedings of the Second International Consensus Meeting on Musculoskeletal Infection. *J. Arthroplasty* 34, S1–S496 (2019).
58. Izakovicova, P., Borens, O. & Trampuz, A. Periprosthetic joint infection : current concepts and outlook. *EFORT Open Rev* 4, (2019).
59. Lipsky, B. A., Aragón-sánchez, J., Diggle, M. & Embil, J. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. *Diabetes. Metab. Res. Rev.* 32, 45–74 (2016).
60. Selva Olid, A. *et al.* Systemic antibiotics for treating diabetic foot infections ( Review ). *Cochrane Database Syst. Rev.* (2015).
61. Adler, Y. *et al.* 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology ( ESC ) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic S. *Eur. Heart J.* 2921–2964 (2015). doi:10.1093/eurheartj/ehv318
62. Pastene, B. *et al.* Mediastinitis in the intensive care unit patient : a narrative review. *Clin. Microbiol. Infect.* 26, 26–34 (2020).
63. Abu-omar, Y. *et al.* European Association for Cardio-Thoracic Surgery expert consensus statement on the



- prevention and management of mediastinitis. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 51, 10–29 (2017).
64. Basnyat, B., Qamar, F. N., Rupali, P., Ahmed, T. & Parry, C. M. Enteric fever. *BMJ* 1–7 (2021). doi:10.1136/bmj.n437
65. Crump, J. A., Gordon, M. A. & Parry, C. M. Salmonella Infections. *Clin. Microbiol. Rev.* 916, (2015).
66. Skalsky, K. *et al.* Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* (2008). doi:10.1136/bmj.39497.500903.25
67. Lantos, P. M. *et al.* Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America ( IDSA ), American Academy of Neurology ( AAN ), and American College of Rheumatology ( ACR ): 2020 Guidelines for the Prevention , Diagnosis and Treatment of Lyme Disease. *Clin. Infect. Dis.* 72, 1–48 (2021).
68. Dinh, A., Davido, B., Etienne, M. & Bouchand, F. Is 5 days of oral fluoroquinolone enough for acute uncomplicated pyelonephritis? The DTP randomized trial. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 6–11 (2017). doi:10.1007/s10096-017-2951-6
69. Bielicki, J. A. *et al.* Effect of Amoxicillin Dose and Treatment Duration on the Need for Antibiotic Re-treatment in Children with Community-Acquired Pneumonia: The CAP-IT Randomized Clinical Trial. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 326, 1713–1724 (2021).
70. Harris, A. M., Hicks, L. A., Qaseem, A., Value, H. & Task, C. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults : Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann. Intern. Med.* 164, (2016).
71. Halpin, D. *et al.* Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 203, 24–36 (2020).
72. Moussaoui, R. El *et al.* Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD : a meta-analysis of double-blind studies. *Thorax* 63, 415–422 (2008).
73. Olearo, F., Kronig, I., Masouridi-Ievrat, S. & Chalandon, Y. Optimal Treatment Duration of Pseudomonas aeruginosa Infections in Allogeneic Hematopoietic Cell Transplant Recipients. *Open Forum Infect. Dis.* 7, 7–10 (2020).
74. Miller, L. M. *et al.* Hemodialysis Tunneled Catheter-Related Infections. *Can. J. Kidney Heal. Dis.* (2016). doi:10.1177/2054358116669129
75. Muff, S. & Tabah, A. Short-Course Versus Long-Course Systemic Antibiotic Treatment for Uncomplicated Intravascular Catheter- Related Bloodstream Infections due to Gram-Negative Bacteria , Enterococci or Coagulase-Negative Staphylococci : A Systematic Review. *Infect Dis Ther* 1591–1605 (2021). doi:10.1007/s40121-021-00464-0
76. Davey, P. *et al.* Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients ( Review ). *Cochrane database Syst. Rev.* CD003543 (2017). doi:10.1002/14651858.CD003543.pub4.www.cochranelibrary.com
77. Baur, D. *et al.* Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and Clostridium difficile infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 17, 990–1001 (2017).
78. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, páginas 96 - 103.
79. Marston, H., Dixon, D., Knisely, J., Palmore, T. & Fauci, A. Antimicrobial Resistance. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* 316, 1193–1204 (2016).
80. Kollef, M. H. & Micek, S. T. Duration of exposure to antipseudomonal antibiotics in the critically ill and development of new resistance. *Pharmacotherapy* 39, 261–270 (2019).

81. Katsios, C. M. *et al.* An antimicrobial stewardship program improves antimicrobial treatment by culture site and the quality of antimicrobial prescribing in critically ill patients. *Crit. Care* 16, R216 (2012).
82. Gutie, A. & Ferna, E. De-escalation of empirical therapy is associated with lower mortality in patients with severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med.* 32–40 (2014). doi:10.1007/s00134-013-3077-7

## ANEXOS

### Anexo I – Tabela de evidência

Tabela 1 - Sistema de categorização das recomendações dos *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)/Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*, adotada pela OMS.

<b>Categoria IA</b>	Fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos.
<b>Categoria IB</b>	Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica.
<b>Categoria IC</b>	Exigida/Recomendada a sua implementação por regulamentação estatal ou por entidades internacionais, por leis, normas ou regulamentos.
<b>Categoria II</b>	A implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos, ou por fundamentação teórica ou por consenso de peritos.
<b>Questão Não Resolvida</b>	Não está disponível nenhuma recomendação, ou não existe consenso ou evidência suficiente em relação à sua eficácia.

**Fonte:** *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) / Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*.

**Nota:** A equivalência de sistemas de categorização dos níveis de evidência das recomendações propostas por três Entidades distintas (ECDC, *Evidence-Based Practice & Innovation Center (EPIC)* e *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* poderá ser consultada em: Loveday H.P. et Al: EPIC 3: *National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England*". NHS. *Journal of Hospital Infection* 86S1 (2014) S1–S70.

Acreditado pelo NICE em 2013; *IGC Steering Committee: "Comparison of Grades of recommendation from adapted guidelines and NHMRC"*. 2014. Acessível online em: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).

## Anexo II - Quadros

### Quadro 1 – Exemplos de infeções bacterianas com tratamento inferior ou igual a sete (7) dias

Tipo de infeção	Duração recomendada	Graus de Recomendação e Níveis de Evidência
<b>Vias Urinárias</b>		
Pielonefrite	7 dias	I A <sup>1-3</sup>
Cistite não complicada	1-7 dias*	I A <sup>4,5</sup>
Cistite complicada	7 dias	I A <sup>5-7</sup>
<b>Infeções respiratórias inferiores</b>		
Pneumonia da comunidade	3-7 dias**	I A <sup>8-15</sup>
Pneumonia hospitalar	7 dias	I B <sup>16,17</sup>
DPOC agudizada por infeção bacteriana	5 dias	I A <sup>18</sup>
<b>Infeções respiratórias superiores</b>		
Amigdalite bacteriana	1 administração	I A <sup>19,20</sup>
Sinusite do adulto não recidivante	5 dias	I A <sup>21,22</sup>
Otite Média Aguda bacteriana	5-7 dias***	I A <sup>23</sup>
<b>Infeções intra-abdominais</b>		
Com controlo adequado do foco	1-5 dias	I A <sup>24-26</sup>
Sem intervenção cirúrgica, com evolução favorável	7 dias	Ila C <sup>26,27</sup>
<b>Bacteremias</b>		
Por Bacilos gram negativo com controlo do foco	7 dias <sup>#</sup>	I A <sup>28-30</sup>
Associada a CVC (com remoção de CVC)	5-7 dias <sup>##</sup>	Ila B <sup>31-33</sup>
<b>Meningite</b>		
Por <i>Neisseria meningitidis</i> ou <i>Haemophilus influenzae</i>	7 dias	I C <sup>34</sup>
<b>Outros focos</b>		
Pele e tecidos moles não complicados	3-7 dias	Ila B <sup>35,36</sup>
Febre escaro-nodular	1-7 dias	Ila B <sup>37-40</sup>

#### LEGENDA:

\* 3-7 dias em idade pediátrica; \*\*7 dias se *S.aureus* ou *P.aeruginosa*; \*\*\* 7 dias em crianças < 2 anos; # Na bacteremia por *P.aeruginosa*, pode haver indicação para prolongar a duração da antibioterapia até aos 14 dias em certas populações, (ex.: transplantados de medula); ## Não se incluem nesta duração recomendada as bacteremias associadas a CVC causadas por *Staphylococcus aureus*.

**Quadro 2 - Infecções bacterianas com tratamento superior a sete (7) dias**

Tipo de infeção	Duração recomendada	Graus de Recomendação e Níveis de Evidência
<b>Vias Urinárias</b>		
Cistite ou pielonefrite complicada com resolução clínica lenta	10 dias	Ila B <sup>41</sup>
Prostatite aguda	10 dias-4 semanas	Ila C <sup>41</sup>
<b>Infeções respiratórias inferiores</b>		
Pneumonia por <i>Legionella</i> spp	5-10 dias	I B <sup>42</sup>
Pneumonia necrotizante	10-14 dias	Ila C <sup>14</sup>
Abcesso pulmonar	4-6 semanas	Ila C <sup>14</sup>
Empiema	2-6 semanas	Ilb C <sup>14</sup>
<b>Infeções intra-abdominais</b>		
Complicadas sem controlo adequado de foco	10-14 dias*	Ila B <sup>26,27,43</sup>
Complicadas com abcesso intra-abdominal	10-14 dias (5-7 dias após drenagem)	Ila B <sup>26,27,43</sup>
Colite pseudomembranosa	10 dias	I B <sup>44-46</sup>
<b>Infeções endovasculares</b>		
Bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i>	14 dias-6 semanas**	I B <sup>47,48</sup>
Endocardite de válvula nativa	2-6 semanas***	I A <sup>49</sup>
Endocardite de válvula protésica	6 semanas	I A <sup>49</sup>
<b>Infeções do sistema nervoso central</b>		
Meningite por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	10 -14 dias	I C <sup>34</sup>
Meningite por <i>Streptococcus agalactiae</i> ou <i>Listeria</i> spp	14-21 dias	I C <sup>34</sup>
Meningite por bacilos de Gram negativo	10-14 dias	I C <sup>50</sup>
Abcesso cerebral	6-8 semanas	Ila C <sup>51</sup>
<b>Infeções osteo-articulares</b>		
Osteomielite aguda hematogénea	4-6 semanas	Ila B <sup>52,53</sup>
Osteomielite crónica	6-8 semanas	Ila B <sup>52,54</sup>
Artrite séptica	2-4 semanas	Ila B <sup>55,56</sup>
Infeção periprotésica articular	6-12 semanas <sup>#</sup>	I A <sup>54,57,58</sup>
<b>Outros focos</b>		
Infeção de pé diabético (sem osteomielite)	7-14 dias	I A <sup>59,60</sup>

Pericardite bacteriana	4 semanas	IIa C <sup>49,61</sup>
Mediastinite	10-14 dias	IIb C <sup>62,63</sup>
Febre tifoide	3-14 dias	I B <sup>64,65</sup>
Brucelose	6 semanas	I A <sup>66</sup>
Doença de Lyme	10-28 dias	I C <sup>67</sup>

**LEGENDA:**

\* Nestas infeções a duração depende da evolução clínica e imagiológica; \*\*14 dias se bacteremia não complicada (ausência de endocardite, ausência de material protésico, hemoculturas de controlo negativas, apirexia em 72 horas após início de tratamento eficaz, ausência de infeção metastática); \*\*\**Streptococcus* do grupo *viridans* ou *S. bovis* com elevada sensibilidade à penicilina e sensíveis à gentamicina, a duração indicada para tratamento com associação de 2 fármacos é de 2 semanas; #Com remoção do material protésico: 6 semanas; \*Com retenção do material protésico: 12 semanas.