

### Beta-lattamici

- Azione tempo-dipendente (necessità di mantenere livelli costanti sopra la MIC del patogeno il più a lungo possibile)
- Meccanismo d'azione: inibizione della sintesi del peptidoglicano della parete cellulare batterica (battericidi)
- Effetti collaterali:
  - reazioni allergiche: shock anafilattico, orticaria-angioedema (anche viscerale es. vomito, dolore addominale), asma, oculo-rinite;
  - esantemi morbilliformi e maculopapulari, eruzioni pustolose generalizzate, eritema multiforme, s. di Steven –Johnson, s. Lyell
  - anemia emolitica, eosinofilia, neutropenia, piastrinopenia, febbre, malattia da siero, vasculiti
  - diarrea, dolore addominale, colite pseudomembranosa
  - nefrite interstiziale acuta

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Piperacillina-Tazobactam	eliminazione epato-renale; alta concentrazione vie biliari  Possibili associazioni: aminoglicosidi, chinolonici soprattutto nelle sepsi da P. aeruginosa (tobramicina, amikacina, prulifloxacin, ciprofloxacina)	SI : GRAM – (P. aeruginosa) Attenzione ESBL (effetto inoculo, usa dosi elevate) GRAM + Stafilococchi coagulasi negativi (CNS) MS; MSSA, Enterococchi, Anaerobi	Setticemia di ndd (anche paziente neutropenico) Infezioni addominali e addomino- pelviche Infezioni vie biliari-colecisti Infezioni cutanee non responsive a tp domiciliare, Cellulite, Erisipela, Piede diabetico, Ulcere vascolari Polmonite Valutare nell'ascesso polmonare (+ terapia per stafilococco) Infezioni urinarie	4,5 g e.v per 3 vv /die  Cl Cr 20-50: 2.25 x 4 Cl Cr <20: 2.25 x 3
Ceftriaxone	Cefalosporina di III a lunga emivita; eliminazione epato-renale supera BEE (meningiti)	SI: GRAM – (enterobatteri, meningococco, gonococco) Non ESBL o non AmpC Gram+ (S pyogenes, Pneumococco, Strept. viridanti)	meningiti polmoniti Infezioni biliari, ileo tifo IVU, gonorrea, ulcera molle, PID tonsilliti m. Lyme	1-2 g/die in monosomministrazione (nelle meningiti dose di carico di 4 g → 2 g x 2/d precedute da Soldesam)
Ceftazidime	Cefalosporina di III generazione	SI: Enterobatteri, Ps.Ae, (attenzione ESBL ed ampC): in associazione a fluorochinoloni	Ceftazidime non attivo contro stafilococchi e streptococchi	2 g x 2-3 Cl Cr <50: 2 g x1-2
Cefepime	Cefalosporina di IV generazione, eliminazione renale, anche i.m.	o aminoglicoside in caso di sepsi da Ps. Ae.	Cefepime attivo contro AmpC streptococchi e Pneumococco	2g x 3 Cl Cr <50: 2 g x1-2

Amoxicillina-acido Clavulanico	Eliminazione epato-renale	GRAM- (no Ps. Ae; attenzione ESBL)  GRAM+ (CNS MS/MSSA, S. piogenes, viridans  Anaerobi	Sinusiti, otiti, infezioni dentarie Tonsilliti Bronchiti, polmoniti Celluliti IVU, vie biliari Morsi umani/animali	os: 1 g x 2- 3vv/die ev: 2,2 g x 3vv/die
Aztreonam	monobattamico, Eliminazione renale, valida alternativa ad aminoglicosidi, anche im, anche nei pazienti allergici ai beta lattamici	Solo GRAM- aerobi Si <i>P. aeruginosa</i> NO ESBL	Attualmente non disponibile Di difficile reperimento in Italia	2g x 3 Cl Cr <50: 1 g x 3 Cl Cr < 20: 0,5 x3
Imipenem Cilastatina	carbapenemico, eliminazione renale, buona diffusione SNC (attenzione ad epilessia in predisposti) no nel bambino	GRAM- aerobi, si ESBL, si AmpC, si <i>P. aeruginosa</i> , GRAM+ no MRSA, si <i>Enterococcus faecalis</i> , no <i>Enterococcus faecium</i> Anaerobi	Febbre in neutropenico Setticemia Peritonite, infezioni addomino-pelviche severe Infezioni cute e tessuti molli da flora mista (ulcere da decubito in DM)	0,250-1 g x 3-4 Cl Cr <50: 0,250 x 4 Oppure 0,5 x 2
Meropenem	carbapenemico, eliminazione renale, buona diffusione SNC (meno epilettogeno di imipenem), si nel bambino	GRAM- (si ESBL, si Ps. Ae.) > per Enterobacteriacee > per GRAM+ (no Enterococco) Anaerobi	Polmonite ospedaliera IVU complicate Meningite	1-2 g x 3 (anche in infus in 100 cc in 4 ore x 3vv) Cl Cr <50: 0,5-1 x 2
Ertapenem	carbapenemico, eliminazione renale. Attenzione in IRC perchè epilettogeno e non autorizzato in Europa	GRAM- (No <i>P. aeruginosa</i> , <i>A. baumannii</i> , <i>S. maltophilia</i> ) (si ESBL) GRAM+ no MRSA, no enterococchi Anaerobi	Infezioni addomino-pelviche (anche post-chirurgiche) Polmonite comunitaria Piede diabetico	1-2 g x 1 Cl Cr <50: 0,5 x 1

## Glicopeptidi

- Azione tempo-dipendente battericida lenta (necessità di mantenere livelli elevati sopra la MIC il più a lungo possibile)
- Meccanismo d'azione: inibizione di parete cellulare = battericida
- Per os non assorbimento (Vancomicina utile per os contro Clostridium Difficile)
- Buona diffusione: pleura, pericardio, liquido sinoviale ed ascitico; modesta diffusione in liquor-meningi, tessuto polmonare e bile
- Eliminazione renale
- Effetti collaterali: vancomicina → nefrotossicità (>anziani), ototossicità (acufeni), rash cutanei, “red-man syndrome” con prurito e angioedema (da prevenire eventualmente con antistaminico due ore prima della somministrazione), discrasie ematiche, eosinofilia, febbre.  
Effetti collaterali simili ma più rari con teicoplanina

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Vancomicina	Glicopeptide con T/2 6-7 h.	GRAM+ aerobi (attenzione VRSA, VISA, VRE) Clostridium difficile (anaerobio)→ orale	Sepsi severa	infusione lenta o meglio 1 in un'ora x 2 per evitare red-man syndrome
Teicoplanina	Glicopeptide con T/2 100 h, anche i.m., maggior tollerabilità renale	> MRSA ed Enterococco < Stafilo Coagulasi neg (S. Haemolyticus)	Chirurgia ortopedica (complicanze)  Artrite settica  Peritonite da dialisi peritoneale  Ustioni  Colite pseudo membranosa	Carico (anche in IRC) per somministrazioni ogni 12 h ed a seguire ogni 24 h: <60 kg 400 60-80 kg 600 >80 kg 800  Cl Cr 40-60 : 400 ogni 12 ore tre volte poi 400 mg ogni 4 ore  Cl Cr <40 400 ogni 12 ore volte poi 400mg ogni 72 ore

### Linezolid

- Azione tempo-dipendente batteriostatica; battericida per pneumococco
- Meccanismo d'azione: inibizione sintesi proteica
- Biodisponibilità 100% os o ev, elevata diffusibilità: liquor, polmone, ossa;
- Eliminazione renale
- No interazione con Citocromo p450
- Inibisce MAO (non dare tiramina e pseudoefedrina es. formaggi stagionati, lievito, alcolici non distillati, cioccolato; controllo PA)
- Effetti coll: nausea-diarrea, mielodepressione reversibile (anemia-piastrinopenia dopo due settimane in 10% pazienti) neuropatia periferica anche ottica talvolta irreversibile (associa vitamina B6), sindrome serotoninergica (da non utilizzare con dopaminergici, serotoninergici), acidosi lattica

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Linezolid	Inibizione sintesi proteica	Cocchi GRAM+ (MRSA, Strept. emolit, Pneumococco, multiR, Entero faecalis e faecium)	Polmoniti, Infezioni cute, tessuti molli protesi, osteomieliti spondilodisciti, Setticemie, endocarditi (seconda scelta)	600 mg x 2 per 10-14 gg (max 28 gg). Se ev infusione in più di 30 minuti Possibile infusione continua in sepsi/endocardite

DAPTOMICINA	Rapidamente battericida, concentrazione dipendente, agisce a livello della membrana citoplasmatica batterica non provocando lisi → minor risposta citochinica, emivita lunga, escrezione lenta 80% rene Tossicità muscolare per concentrazioni elevate (rabbdomiolisi), sospendere per CPK >10 vn oppure >5 vn + sintomi clinici. Non associare a statine Polmonite eosinofila raro eff.coll.	Spettro simile ai glicopeptidi GRAM+ aerobi (MRSA) e anaerobi	Cute, tessuti molli, spondilodisciti sepsi, endocardite NO in Apparato respiratorio (attività inibita dal surfactante) e SNC (scarsa penetrazione in liquor)	4 mg/kg/die fino a 6 mg/kg/die se <i>Staphylococcus aureus</i> 8 mg/kg/die se infezioni gr e/o difficili In 10 cc SF in 10 minuti
RIFAMPICINA	da assumere lontano dai pasti Effetti collaterali: urine arancioni epatotossicità Sindrome influenzale	Da usare solo in associazione + oxacillina (MSSA) + glicopeptide (MSRA) + colistina ( <i>A. baumannii</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>KPC</i> ) (NB: non è attiva da sola ma potenzia l'azione di colistina) + anti BK	Interazione per induz. enzimi epatici con TAO, ipogl orali, contracc. or., CyC(A), teofill., fenobarbital, metadone	600 mg os/ev in SG 5%

### Aminoglicosidi

- Azione concentrazione-dipendente
- Battericidi, inibizione sintesi proteica
- Eliminazione renale
- Effetti collaterali: nefrotossicità-accumulo corticale renale, (attenzione ad IRC pre-esistente, anziano, diuretici, disidratazione, mdc, ciclosporina, ciclofosfamide, vancomicina, anestetici, miorilassanti, NO in miastenia grave), ototossicità (ramo VIII vestibolare: vertigine reversibile; ramo cocleare: acufeni primo sintomo, sordità irreversibile)
- Scarsa diffusione in spazi extravascolari ed intracellulari (liquor, occhio, polmone)
- Spettro: GRAM- Enterobatteriacee, Ps. Ae, alcuni GRAM+ (Stafilo, enterococchi e alcuni Strepto es bovis/Viridanti)
- Da associare sempre a beta lattamine anche per GRAM- (sinergismo), No Anaerobi

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Paromomicina	Non assorbibile, att.ne a lesioni ulcerative intestinali per possibile assorbimento		Coma epatico	500 x 4 per os
Gentamicina		Frequenti R	Da utilizzare in caso di endocarditi- sepsi, IVU complicate (pionefrosi) in associazione ad anti-GRAM-anti - <i>P. aeruginosa</i> (piptazo o meropenem) o anti GRAM+	3 mg/kg nelle 24 ore
Amikacina		Attivo anche verso <i>A. baumannii</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i>		15 mg/kg/die (max 1 g) ClCr<50 7,5 mg/kg ClCr<10 7,5/kg ogni 48 h
Tobramicina		>attività anti-Ps. Ae		3-7 mg/kg /die

### Chinoloni

- Battericidi ad azione concentrazione dipendente
- Inibizione replicazione DNA batterico (bersaglio: topoisomerasi)
- Elevate concentrazioni in vie biliari, colecisti, vie urinarie
- Eliminazione renale
- NO se deficit di G6PDH, miastenia, epilessia
- Eff coll: disturbi gastrointestinali, cefalea- vertigini- convulsioni, rash cutanei-fotosensibilizzazione, tendinite- alterazioni cartilagini d'accrescimento

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Ciprofloxacina		GRAM- Si Salmonella, Shigelle Si <i>P. aeruginosa</i> Si TBC GRAM+ MSSA NO streptococchi Atipici No Anaerobi	Gastroenteriti, IVU, pielonefriti, Prostatiti, epididimiti, gonorrea, ulcera molle Cute, osteomieliti Sepsi da Ps in associazione a beta lattamici	500 mg x 2 os 400 mg x 2-3vv/die ev  Cl Cr 30-60→200-400 x 2 Cl Cr<30→200-400 x 1
Levofloxacina	Rottura di tendini (specie se associata a steroidi)	GRAM- Atipici GRAM+ MSSA Si streptococ. Pneumococco No Anaerobi	Cute Polmoniti sinusiti otiti IVU	750 mg x 1 500 x 2 ev Se insuff. renale 500/die o ogni 48 ore
Moxifloxacina	Allungamento del QT	GRAM- (attività minore rispetto ai precedenti) Atipici GRAM+ MSSA→ Si streptococ. Pneumococco (migliore tra i chinoloni) Si Streptococ pyogenes Si Anaerobi	Cute Polmoniti sinusiti otiti Endoftalmiti Faringotonsilliti Morsi animali	400 mg x 1 (os/ev)
Prulifloxacina		spettro come ciprofloxacina ma più attiva su pneumococco	Otiti sinusiti Bronchiti Vie urinarie	600 mg die

### Macrolidi

- Batteriostatici-Inibizione sintesi proteica
- Ottima diffusione in tessuti vascularizzati (fegato, milza, reni, polmone, bile, lacrime, saliva)
- Buona concentrazione intracellulare
- Eff. collaterali: vomito- diarrea- dolore addominale (si riducono se assunti a stomaco pieno), epatotossicità, allungamento QT, ipoacusia
- Eliminazione: >> epatica (interazioni con citocromo p450 es. carbamazepina, statine, contraccettivi orali, teofillina)

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
Claritromicina	Eliminazione renale 30%, da assumere indipendentemente dal pasto Azione tempo-dipendente	GRAM + aerobi Si MSSA, ma attenzione R per S. pyogenes e Pneumococco Atipici, Micobatteri atipici	Polmoniti Micobatteri atipici Faringite se sensibile Erisipela (in associazione a beta lattamico)	500 x 2
Azitromicina	Da assumere a stomaco vuoto, lunga emivita Azione concentrazione-dipendente	Atipici S. pyogenes	Stesse indicazioni Claritromicina Diarrea (Colera o Campylobacter resistente a chinolonici)	500 mg x 6 giorni

### Tetracicline

DOXICICLINA	Batteriostatico-Inibizione sintesi proteica Eliminazione 90% feci in forma inattiva. Eff collaterali: gastroenterici, fotosensibilizzazione, candidosi. Assumere a digiuno con liquidi	Stafilococchi Atipici Yersinia, Brucelle, Borrelia Burgdorferi, Rickettsiae Treponema (se allergia a beta-lattamine)	Infezioni cute/osso Polmoniti Uretriti, salpingiti Lyme	100 x 2
TIGECICLINA	Derivato da tetraciclina, batteriostatico, ottima diffusibilità, emivita lunga, eliminazione biliare, fecale Eff. collaterali: nausea-vomito, rash cutaneo, piastrinopenia, aumento delle amilasi Solo ospedaliero	Spettro ampio GRAM+ MSSA, MSSE, VISA; MRSE, MRSA Enterococchi, VRE, Pneumococco GRAM- (si ESBL) SI S Malt, Aci Bau, KPC No Ps. Ae, Proteus Atipici Anaerobi	Setticemia, CVC Immunocompromesso Infezioni Addominali Infez. cute, tessuti molli, osso App. resp comunità e nosocomiali (non di prima scelta)  No IVU e SNC Considerare che picco sierico è basso (0,6 mg/L) e può non essere efficace nelle setticemie da gram neg enterobatteri (Warning EMA su eccesso mortalità)→associare Piptazo	100 mg la prima somministrazione poi 50 x 2  100 X 2 die nella KPC (uso off-label)

Principio attivo	Caratteristiche	Spettro antimicrobico (note)	Indicazioni (cenni)	Posologia
CLINDAMICINA	Batteriostatico-Blocca sintesi proteica e produzione tossine Eliminazione biliare Diffonde poco in liquor Ben tollerata ma attenzione a diarrea fino a colite pseudombranosa Da assumere con molta acqua, assorbimento non modificato dal cibo	Anaerobi GRAM+ multi-R (anche MRSA se sensibile) Pneumocystis Toxoplasma (+ primachina)	Infezioni addominali Ascesso polmonare o tonsillare (da associare con carbapenemi o penicillina) Fascite necrotizzante, piede diabetico, ulcere, decubiti, erisipela, cellulite, osteomielite polimicrobica	300-450 mg x 3-4 vv/die (o)  600-900 mg per 3-4 vv/die (ev)
METRONIDAZOLO	Battericida (inibisce sintesi DNA) Metabolismo epatico, Eliminazione renale Supera BEE (No se epilessia). Eff collaterali scarsi rispetto a clindamicina; effetto antabuse (cefalea, vomito, malessere con alcool) Alimenti non interferiscono con assorbimento.	Anaerobi   Cl Difficile→ Amebicida→	Infezioni addomino-pelviche Infezioni da interv chirurgici (colon, app genitale), Ascessi polmone, SNC (da associare con carbapenemi o penicillina) Colite pseudombranosa (os) Ascesso ameba (da associare a paromomicina)	os/ev 500 mg x 4
COTRIMOSSAZOLO	Battericida, emivita lunga. Eff gastrointestinali, stomatite-cute, mielodepressione. Simile a diuretici risparmiatori di potassio (!! iperpotassiemia) Ottimo assorbimento orale e passaggio ai fluidi biologici: liquor, bile e secrezioni bronchiali. Metabolizzazione epatica, eliminazione renale	GRAM+ e GRAM- ma notevoli resistenze Buona attività anti-MRSA Pneumocistosi Toxoplasma	IVU Pneumocystis infezione cute, osso (se sensibile) ascesso cerebrale da toxoplasma	1 cp (160/800) x 2-3  3-4 fiale per 4 die  Cl Cr 15-30 dimezza dose
COLISTINA	Battericida-altera struttura lipoproteina membr batt. Notevole nefro e oto tossicità, blocco neuromuscolare, iposodiemia, ipokaliemia	GRAM- SI: <i>P. aeruginosa</i> , <i>A. baumannii</i> Enterobacteriaceae, Klebsiella NO Proteus Serratia	VAP, Fibrosi cistica infezioni SNC (soprattutto in ambito ospedaliero) o di derivazione liquorale (uso intrarachide)	9 MU dose carico poi 4,5 MU x 2 die



<b>Diagnosi</b>	<b>Schemi terapeutici</b>
Faringotonsillite Scarlattina ( <i>Streptococcus pyogenes</i> $\beta$ emolitico gruppo A)	<i>1° scelta (durata 10 gg)</i> Amoxicillina-acido clavulanico 1g x 3 /die per 5 giorni poi 1 g x 2 /die per 5 giorni Benzilpenicillina benzatinica 1200000 (singola somministrazione) Ceftriaxone 1 g/die x 5-7 giorni Cefditoren 200 mg x 2/die x 10gg (a stomaco pieno)
	<i>2° scelta o allergia a beta-lattamine</i> Claritromicina 500 mg x2 (durata 10 gg) Azitromicina 500 mg per 6 giorni ATTENZIONE IN ITALIA 30% RESISTENZE!!
Sinusite acuta	Levofloxacin 750 mg (5 gg) oppure 500 mg per 10 giorni Amoxicillina-acido clavulanico 1g x 2-3 (10gg) Bactrim 1 cp x 2 (10 gg) Moxifloxacin 1 cp/die x 7-10 giorni Ertapenem Prulifloxacin 600 mg/die Cefditoren
Otite acuta media	Amoxicillina-acido clavulanico 1 g x 2-3/die Bactrim 1 cp x 3 Rocefin Azitromicina Claritromicina Levofloxacin 750 mg (5 gg) oppure 500 mg per 10 giorni Moxifloxacin 1 cp/die Ertapenem Prulifloxacin Cefditoren
Bronchite Acuta	Moxifloxacin Levofloxacin Azitromicina Amoxicillina-acido clavulanico Bactrim Prulifloxacin Cefditoren

Diagnosi	Schemi terapeutici			
Polmonite comunitaria BPCO riacutizzata moderata Polmonite nosocomiale (primi 4 giorni)  Agenti Infettivi: <i>Pneumococco</i> <i>Mycoplasma</i> <i>Haemophilus spp</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i>	Levofloxacin 750 mg oppure Moxifloxacin 400 mg  Amoxicillina- acido clavulanico 1 g x 3 oppure Ceftriaxone 1-2 g oppure  Se sospetti GRAM + <i>Stafilococcus multiresistente</i> (es. postinfluenza) associare Glicopeptide o Linezolid 600 mg x 2 o Ceftarolina (Zinforo)			
Polmonite ICU Polmonite nosocomiale (dopo primi 4 giorni) Polmonite da sospetta <i>P. aeruginosa</i> o da GRAM – se: alcolismo, bronchiectasie, ventilazione meccanica, tracheotomie, neutropenia febbrile, ETP, shock settico	Piptazo 4.5 g x 3 Meropenem 1 g x 3 Imipenem 0.5 g x 4 Cefepime 2 g x 2 Ceftazidime 2 g x 3 (solo <i>P. aeruginosa</i> )  Se allergia a beta- lattamine Aztreonam 2 g x 3 →	+  oppure  oppure  oppure  oppure	Levofloxacin 750  oppure  Moxifloxacin 400  + (se rischio SA, post-influenza o DM)  Ciprofloxacina (se <i>P. aeruginosa</i> )  oppure  Amikacina 15 mg/kg + Azitromicina	Glicopeptide  oppure  Linezolid
Polmonite da anaerobi Ascesso polmonare Polmonite ab ingestis	Piperacillina/tazobactam Carbapenemi oppure Ceftriaxone	+	metronidazolo 500 mg x 3-4 o clindamicina 600-900 mg x 3-4/die	

Diagnosi	Schemi terapeutici
Peritonite batterica spontanea (>> in pazienti con cirrosi ascitogena e dialisi peritoneale)	<p><i>1° scelta</i></p> <p>Ceftriaxone 1-2 g in monosomministrazione  Piperacillina/tazobactam 4,5 x 3  Ampicillina/Sulbactam 3g x 4 (<i>copre anaerobi</i>)  Ertapenem 1 g  Tigeciclina  Ciprofloxacina or Levofloxacina or Moxifloxacina</p> <p><i>Se ESBL+ (E. coli o K.. Pneumoniae)</i>  Carbapenemi o tigeciclina  <i>Se dialisi peritoneale</i> → eventuale copertura per Candida</p>
Diverticolite/ Peritoniti batteriche secondarie da perforazione intestinale o appendice o diverticoli (spesso flora mista e anaerobi) FORME MEDIO-LIEVI	<p><i>1° scelta</i></p> <p>Piperacillina/tazobactam 4,5 x 3  Ampicillina/Sulbactam 3g x 4  Ertapenem 1 g/die (se assente rischio di <i>Ps.Ae</i>)  Moxifloxacina 400 mg  Augmentin 2,25 x 3-4</p> <p>Ciprofloxacina 400 x 2  Levofloxacina 750  Bactrim</p> <p>oppure</p> <p>Tigeciclina 100 mg poi 50 mg x 2  Eventuale copertura per Candida</p> <p>± Metronidazolo (si se perforazione grosso intestino)</p> <p>Metronidazolo 0,5 x 3-4 (opp. 1 g x 2)</p> <p>+</p> <p>+ Se <i>P. aeruginosa</i>. Ciprofloxacina</p>
Peritoniti batteriche terziarie ospedaliere e/o post-operatorie (attenzione a resistenze da Enterococchi, Stafilococchi, funghi, Gram – difficili come <i>P. aeruginosa</i> Enterobatteriacee) FORME GRAVI	<p>Meropenem + aminoglicoside  Piperacillina/tazobactam + aminoglicoside  Tigeciclina+ Ciprofloxacina</p> <p>+ fluconazolo se perforazione intestinale  (se Peso ≤ 80 kg → 400 mg/die  Se Peso &gt;80 kg → 600mg/die)</p>

Diagnosi	Schemi terapeutici
Colecistite	<p><i>1° scelta:</i>  Piperacillina/tazobactam 4,5 x 3 (<i>per Ps. Ae, Enterobacteriacee, Enterococco, Anaerobi</i>)  Ampicillina/Sulbactam 3 g x 4 (<i>no Ps.Ae</i>)  Amoxicillina + acido clavulanico 2.25 x4(<i>no Ps.Ae</i>)      ± Aminoglicoside (<i>per GRAM-multiR</i>) solo se paziente settico  Tigeciclina(<i>no P. aeruginosa e Proteus</i>)  Meropenem 1 g x 3  Imipenem 0.5 x 4  Ertapenem 1 g in monosomministrazione</p> <p><i>2° scelta:</i>  ceftriaxone 1-2 g in monosomministrazione  aztreonam 2 g x 3  Ciprofloxacina 400 mg x 2</p> <p>} + Metronidazolo 0,5 x 4</p>

Diagnosi	Schemi terapeutici
Meningiti purulente	<p>Ceftriaxone (4 g oppure 2 g x 2 preceduto da Soldesam 0.15 mg/Kg ev ogni 6 h x 4gg)  (+Ampicillina se sospetti <i>Listeria</i>)</p> <p>Meropenem (2 g x 3 preceduto da Soldesam) se paziente con diabete mellito, anziano, alcolista o ETP o immunodepresso (<i>Listeria</i>)</p> <p>Profilassi entro 24 h:  Solo se Meningococco e per avvenuti “contatti stretti”  <i>1° scelta:</i> Ciprofloxacina 500 mg in dose unica  <i>2° scelta:</i> Ceftriaxone 1 g  <i>3° scelta:</i> Rifampicina 600 mg x 2 x 2 giorni oppure 600 x 1 x 5 giorni  Per <i>Haemophilus</i> spp solo per “contatti stretti” a loro volta a contatto possibile con bambini di età &lt; 2 anni (rifampicina)</p>

Diagnosi	Caratteristiche cliniche	Schemi terapeutici	Note
Diarree da virus: <i>Rotavirus, Adenovirus, Norovirus</i>	Diarrea acquosa non infiammatoria, nelle feci: no muco, no fibrina, no sangue, no cellule infiammatorie, coprocultura negativa	Terapia sintomatica	
Diarree da batteri enterotossigeni: <i>Vibrio colerae, E coli (diarrea del viaggiatore), E coli enteropatogeno, E coli enteroaggregativo, E coli diffusamente adesivo, CC Perfringens, Bacillus cereus (ristorante cinese), S. Aureus</i>	Diarrea acquosa non infiammatoria (enterotossine, adesione, invasione superficiale), no sangue, no cellule infiammatorie, febbre (talvolta), coprocultura positiva	Ciprofloxacina 500 mg x 2 Levofloxacina 500 mg /die Bactrim 1 cp x 2	<b>Se terapia sintomatica necessaria, associare sempre terapia antibiotica</b>
Diarree da batteri enteroinvasivi: <i>E coli enteroinvasivo, E coli Enteroemorragico, Shighella, Salmonella Enteritidis, Campylobacter, Entamoeba Histolitica</i> Citotossine: <i>Salmonella Typhi, Yersinia Enterocolitica</i>	Diarrea infiammatoria (piociti nelle feci su esame microscopico) da invasione diretta e/o citotossine con sangue, cellule infiammatorie, febbre, coprocultura positiva	Ciprofloxacina 400 mg x 2 e.v. Azitromicina 500 mg (Campylobacter) Ceftriaxone 1 g (Salmonelle) Doxiciclina ( <i>Yersinia enterocolitica</i> )	
Colite pseudo membranosa ( <i>Clostridium Difficile</i> bacillo gram +, anaerobio obbligato, tossine A e B. da modesta diarrea fino a erosioni, necrosi mucosa, pseudomembrane)	Diarrea da farmaci	Metronidazolo 500 mg x 4 /die Vancomicina 125 (1/4 di fiala) x 4 per os se non possibile 500 mg x 4 e.v. Fidaxomicina 1 cp ogni 12 ore per 10 gg	Rx addome, colonscopia Ricerca tossina su feci non sufficiente sensibilità! Test di screening ricerca Ag glutammato deidrogenasi con alt valore predittivo negativo; se positivo conferma con test di amplificazione genica per tossine Guarigione clinica → scomparsa diarrea da ≥ 48 ore

Diagnosi	Schemi terapeutici	
Cistite semplice	<p><i>1° scelta (durata 3 gg):</i>  Bactrim 1 cp x 2  Ciproxin 500 mg x 2 oppure Ciproxin RM 1000 mg  Levofloxacin 500 mg /die  Prulifloxacin 600 mg  Ceftriaxone</p>	<p>se ricorrenti  ± Cistalgan,  ± succo di mirtillo  ± Calcio cloruro 1 fl da bere 10 giorni al mese</p>
	<p><i>2° scelta (durata 3-5 gg) o in gravidanza (7 gg):</i>  Neofuradantin 100 mg x 2 (5 giorni)  Fosfomicina 3 g (per due giorni)  Cefalexina 1 g x 2-3  Amoxicillina-acido clavulanico 1 g x 2-3</p>	
Batteriuria asintomatica ( <i>&gt;100000 CFU in almeno 2 determinazioni in 3-7 gg</i> )	<p><i>Trattare come cistite semplice solo se:</i>  - donna gravida  -donna dopo rimozione catetere vescicale da 24 h  -se previsto intervento chirurgico</p> <p><i>Non trattare se:</i>  - anziano  - donna diabetica  - soggetto con catetere vescicale a breve o lungo termine  - lesioni midollo spinale</p>	<p>Soglia per definire IVU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto sano → 10<sup>5</sup> CFU/ml</li> <li>• Catetere sovrappubico → 10<sup>3</sup> CFU/ml</li> <li>• Trapianto rene → 10<sup>3</sup> CFU/ml</li> <li>• Immunodepresso + Catetere vescicale → 10<sup>3</sup> CFU/ml</li> </ul> <p>Urinocoltura da catetere: dopo clampaggio per alcuni minuti, con ago e siringa sterile dopo aver disinfettato superficie esterna del CV</p>
Infezioni vie urinarie complicate (ostruzione, reflusso, catetere vescicale) Urosepsi (febbre, brividi, aumento PCR e PCT)	<p><i>1° scelta (durata almeno 15 giorni):</i>  Piperacillina/tazobactam (<i>specialmente se Enterococco</i>)  Carbapenemico se catetere vescicale (<i>specialmente Ps Ae</i>)  Aztreonam (<i>specialmente Ps Ae</i>)  Ciprofloxacina 500 x 2 oppure RM 1000/die  Levofloxacin 750 mg  Cefalosporine di III o IV generazione (Cefepime)  Ampicillina/Sulbactam + gentamicina</p>	

Diagnosi	Schemi terapeutici
Pielonefrite acuta	<i>Trattare come infezioni urinarie complicate</i>
Pielonefrite cronica	<i>Trattare come infezioni vie urinarie complicate</i> + <i>Terapia chirurgica per eventuali condizioni anatomiche predisponenti</i>
Epididimite Orchite	Ceftriaxone 1 g (per 10 gg) + Doxiciclina 100 mg x 2 oppure  Ciprofloxacina Levofloxacina Piperacillina/tazobactam
Prostatite acuta	<i>1° scelta (durata almeno due settimane)</i> Ceftriaxone 1 g (per 10 gg) + Doxiciclina 100 mg x 2 Oppure  Ciprofloxacina Levofloxacina Cotrimossazolo
PID	<i>1° scelta (durata almeno tre settimane)</i> Ceftriaxone 1 g (per 10 gg) (Gonorrea) + Doxiciclina 100 mg x 2 Ampicillina-sulbactam (Clamidia, Mycoplasma) ± Metronidazolo 500 mg x 4  Clindamicina (cocchi+anaerobi) + Gentamicina (Gram- enterobatteri) + Doxiciclina (atipici)

Diagnosi	Schemi terapeutici	Note
Erisipela	<p><i>1° scelta</i>  ceftriaxone 1 g per 7 giorni poi Amoxicillina/ acido clavulanico } + Claritromicina o Clindamicina  Amoxicillina/ acido clavulanico 1 g x 3 (per 10 gg)  Moxifloxacin 400 mg</p> <p>Se recidivanti  Benzatin penicillina 1200000 U/mese/1 anno</p>	
	<p><i>Se grave:</i>  Linezolid 600 mg x 2  Tigeciclina 100 mg poi 50 mg x 2  Piperacillina/tazobactam + Linezolid  Meropenem + Linezolid  Daptomicina 6 mg/kg/die</p>	
	<p><i>Se sospetti S. aureus meticillino-resistente</i>  Vancomicina o Teicoplanina o Daptomicina o Linezolid o Ceftarolina o Tigeciclina</p>	
	<p><i>Se sospetti infezioni miste da Enterobatteriacee o Clostridi (&gt;&gt; in paziente diabetico)</i>  Piperacillina/tazobactam o carbapenemico + Glicopeptide o Linezolid o Daptomicina</p>	
Fascite necrotizzante	Piperacillina/tazobactam o carbapenemico + Linezolid o Daptomicina	+ toilette chirurgica (fasciotomia) + camera iperbarica



