



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

GUIA DE UTILIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Atualizado em Fevereiro de 2015

PROTOCOLO TERAPÊUTICO PARA INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS

TIPO	ANTIBIÓTICO	DOSE AO DIAGNÓSTICO	INTERVALO	DURAÇÃO
Apendicite edematosa ou úlcera-flegmosa	Metronidazol + gentamicina	0,5 g + 240 mg	0,5 g 8/8 h + 3-5 mg/Kg IV D.U. diária	48 horas Caso quadro infeccioso permaneça discutir com CCIH
Apendicite perforada, abscesso local ou peritonite	Metronidazol + gentamicina ou ceftriaxone*	0,5 g 240 mg	0,5g 8/8 h 3 -5 mg/Kg IV D.U. diária	> 5 dias e 72 horas sem sinais de infecção
Diverticulite				
Fazer cobertura para <i>Enterococcus</i> sp se: <ul style="list-style-type: none">▪ Gram da coleção ou bacteremia por cocos Gram positivos.▪ Má resposta ao tratamento clínico de diverticulite.▪ Desenvolvimento de coleção intrabdominal▪ Peritonite terciária▪ Pacientes com prótese valvar ou intravascular ou doença valvar	Ampicilina	2g	2g IV 6/6 h	Até o esclarecimento do diagnóstico microbiológico

* Considerar sempre uso de gentamicina. Nos casos de pacientes idoso, com possibilidade de alteração renal devido ao aminoglicosídeo, utilizar ceftriaxone.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

GUIA DE UTILIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Atualizado em Fevereiro de 2015

TIPO	PROVÁVEIS PATÓGENOS	ANTIBIÓTICO	COMENTÁRIOS
Colecistite aguda ou colangite	Enterobactérias + enterococcus + anaeróbios	Ceftriaxone 1g IV 12/12 h + metronidazol 0,5 g IV 8/8 h OU Ampicilina 6-8 g/dia IV + gentamicina 3-5 mg/kg IV D.U. + metronidazol 0,5 g IV 8/8 h	Até 72 h após o controle do quadro infeccioso (afebril e leucograma normal)
Colangite	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> Gram-negativos multirresistentes	Ceftazidime 1-2 g IV 8/8h OU cefepime 2g IV 12/12 h. Após manipulação endoscópica da via biliar ou próteses biliares	Até 72 h após o controle do quadro infeccioso (afebril e leucograma normal) e desobstrução da via biliar.

TIPO	INDICAÇÕES	ANTIBIÓTICO
Pancreatite aguda leve	Não há indicação	
Pancreatite aguda grave	≥ 30% de necrose visualizada à TC de abdome °Diagnóstico de infecção (por cultura de aspirado por punção guiada ou intraoperatória ou hemocultura) ¶Introduzir ATB se não houver sinais de necrose, mas o paciente apresentar algum critério de gravidade (IMC ≥30, DM, efusão pleural E ou bilateral, Ranson ≥3, APACHE≥8). Se não houver evolução para necrose, suspender em 3 dias.	Ciprofloxacino 400 mg IV 12/12 h + metronidazol 500 mg IV 8/8h Se quadro grave, choque distributivo, discutir com CCIH indicação de carbapenêmicos.