

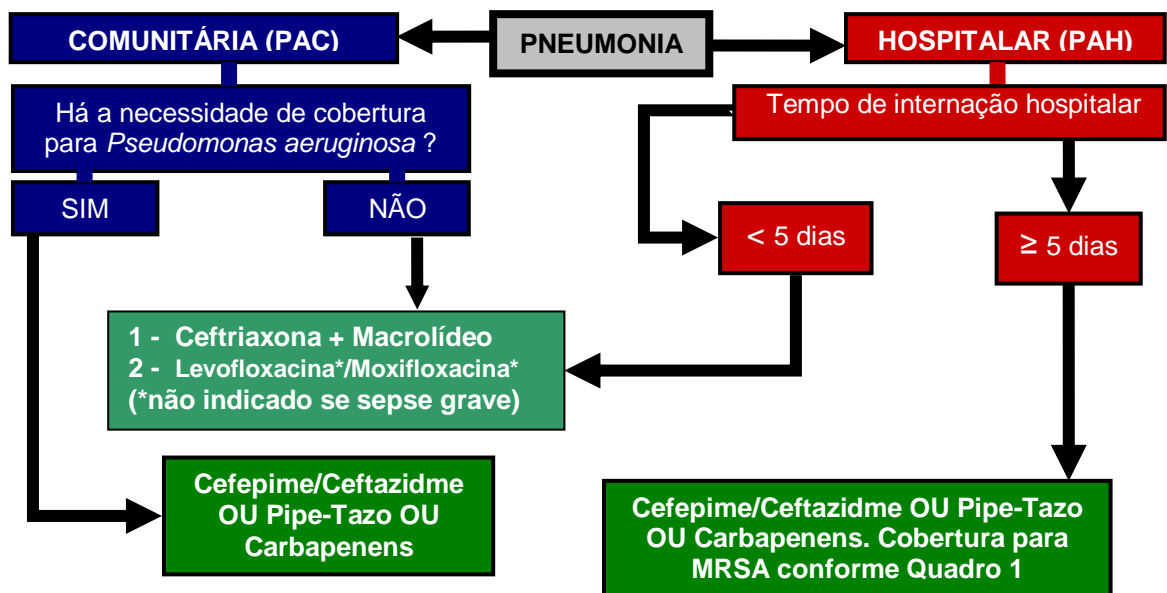


INFECÇÃO RESPIRATÓRIA EM UTI – TRATAMENTO EMPÍRICO

I. INTRODUÇÃO: A infecção respiratória (IR) é a topografia de maior prevalência na UTI¹. Deve-se considerar para o tratamento alguns aspectos importantes: (1) diferenciar IR comunitária de IR hospitalar, considerando-se onde estava o paciente no início da infecção. Assim, caracteriza-se IR hospitalar quando esta se inicia após 48 horas de internação, excluindo-se os casos em que a infecção já estava incubada no momento da admissão; (2) se existe a necessidade de cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*. Na IR comunitária, a cobertura para *P. aeruginosa* se faz necessária nos casos de doença estrutural pulmonar (Fibrose Cística; Bronquiectasia) e nos casos de antibioticoterapia prévia de amplo espectro nos últimos 15 dias². Se a infecção for considerada hospitalar, a cobertura para *P.aeruginosa* se faz necessária nos casos com tempo de internação maior que 5 dias; (3) considerar os fatores de risco e comorbidades associadas para agentes específicos (QUADRO I). O paciente com IR que necessite de tratamento em UTI é caracterizado como grave. Na evolução para insuficiência respiratória aguda e intubação orotraqueal sem resposta ao tratamento proposto, considerar a possibilidade de pneumonia associada à ventilação mecânica (ver Rot. Cda: PAV – Diagnóstico e PAV e PAH Tardias -Tratamento).

II. GRAU DE RECOMENDAÇÃO: **Grau 2C**

III. ALGORITMO: (adaptado da ATS²).



QUADRO 1

- Anaeróbios: Cirurgia abdominal recente; aspiração maciça; Dentes em mau estado de conservação: Ceftriaxone+metronidazol/clindamicina (PAC) OU Ampicilina+sulbactam (PAC ou PAH).
- DM / TCE / PO de Cirurgias Limpas ou Choque Séptico: *S. aureus*. Manter esquema proposto, porém associar Vancomicina / Teicoplanina na suspeita de MRSA.

IV. CONCLUSÃO: A antibioticoterapia empírica inicial adequada esta associada a melhor evolução do paciente e deve ser baseada em dados epidemiológicos e bacteriológicos da instituição.

V. REFERÊNCIAS: (*Leitura recomendada)

1. Hubmayr RD. Statement of the 4th International Consensus conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia. *Intensive Care Med*, 2002; 28: 1521-36.
2. American Thoracic Society and ISDA. Guidelines for the Management of Adults with HAP, VAP, and HCAP. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 171. pp 388–416, 2005