



Guia do Episódio de Cuidado Pneumonia Adquirida na Comunidade

Pneumonia é a infecção do parênquima pulmonar por bactérias, organismos “atípicos” (que não são detectados na coloração Gram e nem crescem nos meios de cultura padrão) e vírus.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Achados clínicos que elevam a probabilidade de pneumonia (a) - História de tosse, febre, calafrios, dor pleurítica;

Exame físico - Sinais vitais mostrando taquipneia, taquicardia e hipertermia; exame físico com macicez à percussão, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncos ou egofonia [1];

Indicação de radiografia de tórax - Quadro clínico compatível com pneumonia (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas [2];

Confirmação diagnóstica (b) - Presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível [3];

Indicação de tomografia(c) - Suspeita de pneumonia forte com radiografia de tórax negativa.

CID 10	Definição
J18	Pneumonia por microorganismo não especificada
J18.0	Broncopneumonia não especificada
J18.1	Pneumonia lobar não especificada
J18.8	Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados
J18.9	Pneumonia não especificada

2. ESCORE DE RISCO

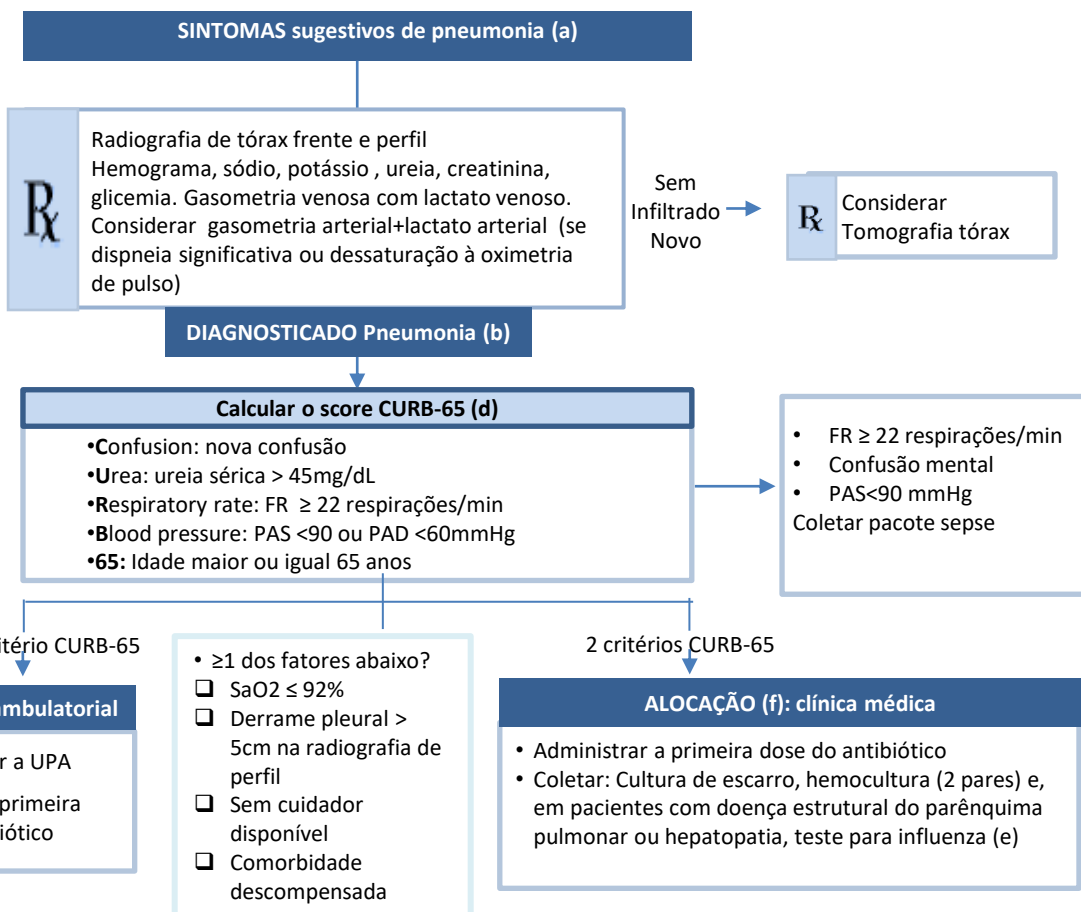
Calcular o escore CURB-65 [4] (d)

Atribuir 1 ponto para cada um dos seguintes achados prognósticos:

- **Confusion**: Nova confusão (desorientação em relação à pessoa, lugar ou tempo);
- **Urea**: Ureia sérica > 45 mg/Dl;
- **Respiratory rate**: FR ≥ 22 respirações/min;
- **Blood pressure**: PAS <90 ou PAD <60 mmHg;
- **65**: Idade maior ou igual a 65 anos.

Risco de morte [4]

- 0 ou 1: baixo (<3%);
- 2: intermediário (3-15%);
- 3 a 5: alto (>15%).



Obs: Em unidades que há semi-intensiva considerar conforme o quadro clínico

ALOCAÇÃO (f): Semi intensiva

- Disfunção orgânica relacionada ao quadro infeccioso confirmado ou suspeito que não preencham os critérios de admissão em UTI.
- Na presença de sepse e necessidade de VNI, a alocação na SEMI deve ocorrer quando não houver dependência do BiPAP, isto é, o paciente deve estar apto a tolerar pelo menos 2h fora do BiPAP a cada período de 6h para ser admitido na SEMI.

ALOCAÇÃO (f): Unidade de Terapia Intensiva

- ≥ 3 critério CURB-65
- Pacientes com sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou valores de lactato maior ou igual a 36mg/dl;
- Pacientes com sepse que não responderem a administração inicial de 1000 ml de cristaloides e permanecerem com PAM < 65 mmHg.
- Pacientes com sepse e disfunção respiratória com necessidade de ventilação mecânica ou ventilação mecânica não-invasiva que não tolerem 2h fora do BiPAP em cada período de 6h;
- Pacientes com sepse com outras indicações de UTI contempladas em outros protocolos institucionais;
- Pacientes com sepse que não apresentem os critérios acima para internação na UTI, porém que se julgue apresentar alto risco de deterioração clínica subsequente, conforme discussão com equipe médica titular e/ou médico plantonista.
- Score na Escala de Coma de Glasgow < 10
- Disfagia grave
- Redução de proteção de vias aéreas

3. EXAMES ADICIONAIS

Pneumonia moderada a grave (CURB-65 ≥ 2) [3, 4] (e):

- Cultura de amostra adequada de escarro e hemocultura (2 pares) ;
- Considerar pesquisa *Legionella*;
- Considerar pesquisa de COVID-19;
- Teste para influenza em pacientes com CURB-65 3 a 5, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia.

4. ALOCAÇÃO

Use o julgamento clínico, a oximetria de pulso, o escore CURB-65 (f)

- CURB-65 0 ou 1: considere tratamento ambulatorial;
- CURB-65 ≥ 2 saturação arterial de oxigênio <92% [5]: considere tratamento hospitalar;
- CURB-65 ≥ 3 , considere internação em unidade de terapia semi ou UTI

5. TRATAMENTO [3, 4, 6, 7, 8, 9]

CURB-65	Local de tratamento	Situação clínica	Esquema antibiótico recomendado
0 ou 1	Domicílio	Sem comorbidades e sem uso de ATB < 3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias• Amoxicilina 1000 mg VO 2x/dia ou doxiciclina 100 mg 2x/dia• Para alérgicos, levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia, por 5 a 7 dias
		Comorbidades (DPOC, cirrose, IRC, câncer, diabetes, IC, alcoolismo, asplenia ou imunossupressão) ou uso de ATB < 3 meses	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia MAIS Azitromicina 500 mg VO 1x/dia por 5 a 7 dias• Levofloxacino 750 mg VO, 1x/dia; por 5 a 7 dias
2	CMC	Internação em enfermaria	<ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia• Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia ou moxifloxacino 400 mg VO/EV 1x/dia) por 7 a 10 dias*

5. TRATAMENTO [Continuação]

3 a 5	UTI	Sem risco de agentes resistentes (sem história de DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibióticos ou corticoide)	<ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias* ou Ceftriaxona 1g EV 2x/dia MAIS Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia * por 7 a 10 dias* Levofloxacino 750 mg VO/EV 1x/dia por 7 a 10 dias*
		Com fator de risco para agentes resistentes (DPOC, bronquiectasia, uso frequente de antibiótico ou corticoide)	<ul style="list-style-type: none">• Piperacilina/tazobactam 4,5 g EV 4x/dia MAIS Azitromicina 500mg VO/EV 1x/dia por 7 dias OU Claritromicina 500mg VO/EV 2x/dia

- Pacientes com suspeita de influenza (CURB-65 3 a 5, Gestantes, doença estrutural do parênquima pulmonar ou hepatopatia) ou Síndrome Gripal introduzir tratamento para influenza até descartar o seu diagnóstico.
- Antes de suspender a ATB, o paciente deve estar afebril por 48 a 72 horas, respirando sem oxigênio suplementar (a não ser que necessário por doença pré-existente) e não ter mais que 1 fator clínico de instabilidade (FC >100 bpm; FR >24 respirações/minuto e PAS ≤90 mmHg).

6. MANEJO SUBSEQUENTE

Troca para terapia oral

Deve ser realizada em pacientes que apresentam melhora clínica e preencham os seguintes critérios objetivos [10]:

- Capacidade de manter ingestão oral;
- Sinais clínicos estáveis (temperatura ≤ 37,8°C, FR ≤ 24 resp/min, PAS ≥ 90 mmHg sem vasopressor por pelo menos 8 h);
- Ausência de exacerbação de comorbidades maiores (insuficiência cardíaca, DPOC).

Indicação de exames bioquímicos, hemograma e marcadores inflamatórios de controle:

Devem ser adaptada a situação clínica do paciente. Se os exames iniciais são normais, possivelmente uma única repetição destes exames é suficiente.

Pacientes que se mantem internados em uso de antibioticoterapia, solicitar procalcitonina no quinto dia de internação e se normal, com o paciente clinicamente bem suspender antibioticoterapia.

Critérios de alta [10]:

Critérios de troca de antibiótico para via oral descritos acima;

- Estado mental basal;
- Oximetria de pulso ≥ 90 % em ar ambiente (para pacientes com hipoxemia crônica ou recebendo suplementação crônica de O₂, a oximetria de pulso deve ser similar aos valores basais).

Os critérios de troca para terapia oral e alta podem ser atingidos simultaneamente ou sequencialmente. Os pacientes não precisam ser mantidos durante a noite para observação após a troca para via oral [11].

Indicação de radiografia de tórax de controle:

Deve ser realizada após 2 a 3 meses de tratamento em pacientes >50 anos ou tabagista >35 anos [12].

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

III. GLOSSÁRIO

- ATB: antibiótico;
- CMC: clínica médica-cirúrgica;
- DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica;
- FC: frequência cardíaca;
- FR: frequência respiratória;
- IC: insuficiência cardíaca;
- IRC: insuficiência renal crônica;
- PAS: pressão arterial sistólica;
- UTI: unidade de terapia intensiva.

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização dos critérios do escore CURB -65; revisão pela SCIH.

V. REFERÊNCIAS

- [1] Ann Intern Med 2003; 138:109;
- [2] Am J Med 2004; 117:305;
- [3] Clin Infect Dis 2007; 44:S2;
- [4] NICE guidelines [CG 191], December 2014;
- [5] Clin Infect Dis 2011; 52(3):325-31;
- [6] J Bras Pneumol 2009; 35(6):574-601;
- [7] Arch Intern Med 1999; 159(21):2562-72;
- [8] Chest 2003; 123(5):1503-11;
- [9] Am J Med. 2007; 120(9):783-90;
- [10] Arch Intern Med. 2012; 172(12):922;
- [11] Am J Med. 2006; 119(6):512.e1;
- [12] Clin Infect Dis. 2000; 31(2):347.

Código Documento: CPTW28.3	Elaborador: Moacyr Silva Jr.	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data da revisão: 12/07/2023	Data de Aprovação: 12/07/2023
--------------------------------------	--	--	---	---	---