



Abordagem clínica e terapêutica da Pneumonia

Definição: inflamação aguda do parênquima pulmonar de etiologia infecciosa.

Doença frequente, potencialmente grave sobretudo nos doentes idosos e com co-morbilidades.

Quadro clínico

Início agudo ou subagudo, febre, tosse com ou sem expectoração, sudorese, fadiga, calafrios, anorexia, cefaleia, confusão mental (idosos), dor torácica.

Exame físico: taquipneia, taquicárdia, hipoxémia, submacisnez, ferveores crepitantes, sopro tubárico.

O CURB-65, também conhecido como critério CURB, é uma regra de predição clínica que foi validada para prever mortalidade em pneumonia adquirida na comunidade e infecção de qualquer

CURB - 65	Pontos
Confusão Mental	1
Uremia ≥ 20 mg/dL (≥ 7 mmol/L)	1
Frequência Respiratória ≥ 30 cpm	1
PAS ≤ 90 e/ou PAD ≤ 60 mmHg	1
Idade ≥ 65 anos	1

Score: 0-1 (baixo risco) → ambulatorio

Score ≥ 2 → Internamento

Score ≥ 3 (alto risco) → ponderar o internamento na UCI

Tratamento ambulatorio da PAC

Adultos sem co-morbilidade:

Amoxicilina 1 grama de 8 em 8 horas ou Azitromicina 500 mg 1cp/dia durante 5 dias ou Claritromicina 500 mg 1 cp de 12/12 horas ou Doxicilina 100 mg 1 cp de 12/12 horas

Adultos com co-morbilidades

Combinada: Amoxicilina+Ácido Clavulâmico 500/125 mg 8/8 horas ou Amoxicilina + Ácido Clavulâmico 875/125 mg de 12/12 horas ou Cefixima 400 mg/dia + Macróido (Azitromicina 500 mg/dia ou Claritromicina 500 mg 1 cop de 12/12 horas)

Monoterapia: Levofloxacina 750 mg/dia ou Moxifloxacina 400 mg/dia

Classificação das Pneumonias

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) – adquirida 48 horas antes de internamento.

Pneumonia associada aos cuidados de saúde – ocorre em doentes não hospitalizados: residente em lar ou residência de cuidados continuados, em diálise crónica, em quimioterapia ou tratamento EV nos últimos 30 dias ou em cuidados de feridas.

Pneumonia adquirida nos Hospitais (nosocomiais): ocorre em doentes hospitalizados a mais de 48 horas que não estava presente no momento de admissão.

Inclui PN associada ao ventilador que desenvolve se 48 a 72 horas após intubação endotraqueal.

Exames Específicos

Exames Complementares de Diagnóstico: Hemograma completo, função renal, função hepática, glicemia, PCR;

Gasimetria arterial: (obrigatório em doentes com patologia pulmonar crónica, sinais de dificuldade respiratória, confusão mental ou oximetria de pulso $< 95\%$ em ar ambiente);

Radiografia de tórax: pósterio-anterior e perfil. Nos doentes em que o RX não é esclarecedor, com elevada suspeita clínica, ou em caso de suspeita de complicação, poderá ser realizada a TC-Tórax;

Hemoculturas.

Tratamento da PAC em internamento (7 dias)

Adultos sem critérios para PN grave e sem risco de MRSA e P. aeruginosa:

Combinada: Amoxicilina + Ácido Clavulâmico 1,2 de 8 em 8 horas ou Ampicilina/Sulbactam 1,5-3 g de 6/6 horas ou Cefotaxime 1-2 g de 8/8 h ou Ceftriaxona 1-2 grama/dia + Macróido (Azitromicina 500mg/dia ou Claritromicina 500 mg 2x/dia)

Monoterapia: Levofloxacina 750 mg/dia ou Moxifloxacina 400mg/dia

Adultos com critério para PN grave sem risco de MRSA e P aeruginosa:

B-lactâmico + macróido ou B-lactâmico + fluorquinolona

Adultos com critério para PN grave com risco para MRSA e P aeruginosa

Risco de MRSA: Vancomicina 15 mg/kg de 12/12 horas ou Linizolide 600 mg de 12/12 horas

Risco de Pseudomonas:

Piperacilina/Tazobactan 4,5 g de 6 /6h ou Ceftazidima 2 g de 8/8 horas ou Meropenem 1 grama de 8/8 horas ou Imipinem 1 grama de 6/6 h

PN aspiração: Amoxicilina / Ácido clavulâmico ou Piperacilina Tazobactan ou Mereopenem

Notas:

Co-morbilidades: Doença crónica (cardíaca, pulmonar, renal, hepática, neoplasias e Diabetes)

MRSA: Staphylococcus Aureus resistente a meticilina

Beta Lactâmicos: ex: Amoxicilina, Cefalosporinas (cefactor, ceftriaxona, cefixima); Macrólidos (Azitromicina, Claritromicina); Fluorquinolona (Levofloxacina, Ciprofloxacina, Moxifloxacina)