	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DA PNEUMONIA COMUNITÁRIA		
	Código: PC – PNMCOM	Elaboração: Julho/2018	Revisão: Março/2020

1. INTRODUÇÃO

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é a infecção aguda do parênquima pulmonar que se manifesta clinicamente na comunidade ou dentro das primeiras 48 horas da internação. Os fatores envolvidos na patogênese podem ser divididos entre os relacionados à chegada do agente etiológico ao trato respiratório, à virulência do patógeno e as defesas locais e sistêmicas do hospedeiro. Portanto, o agente deverá atingir o trato respiratório inferior em número e virulência suficiente capaz de superar as defesas do organismo.

Bactérias respiratórias é o principal grupo de microrganismos causadores, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o patógeno mais frequentemente isolado em todos os tipos de pneumonia. São também comumente causadores *Staphylococcus aureus*, *Legionella sp.*, bacilos gram negativos, *Haemophilus influenzae* e vírus influenza A e B.

É considerada a principal causa de sepse e frequentemente pode se apresentar com choque. É a terceira causa de mortes no mundo. Evidências apontam que adesão a *Guidelines* associa-se a menor morbidade e maior sobrevida, o que corrobora a importância deste documento.

2. OBJETIVO

Orientar o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), padronizar a prescrição de antibióticos para pneumonia, além de definir local de tratamento, escolha das drogas e tempo adequado de tratamento.

3. EXECUTANTES

Médicos.

4. POPULAÇÃO ALVO

Esse protocolo se aplica a todos os ambientes do Hospital Aroldo Tourinho em que ocorra a assistência a pacientes com pneumonia adquirida na comunidade, desde o pronto socorro e pronto atendimento quanto às enfermarias e CTI.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de Inclusão:

- Pacientes apresentando anamnese e exame físico compatíveis com o quadro de pneumonia adquiridos fora do ambiente hospitalar ou nas primeiras 48h de internação, baseando-se na presença de sintomas de doença aguda

Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira Médico SCIH/Enfermeira SCIH	Aprovado por: Zilá Aparecida Soares Zilá Aparecida Soares Diretora de Qualidade	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	--

do trato respiratório inferior (tosse, escarro, dispneia e dor torácica e febre), achados focais no exame físico do tórax (murmúrio reduzido com crepitações) e manifestações sistêmicas, os quais são corroborados pela presença de uma opacidade pulmonar nova detectada por radiografia do tórax.

- Sintomas não respiratórios também podem estar presentes e não excluem o diagnóstico (fadiga, sudorese, náusea, cefaleia e mialgia). A clínica pode variar de acordo com a idade do paciente, sendo que os idosos tendem a apresentar quadros menos típicos (início mais arrastado, ausência de febre e mais ocorrência de sintomas e sinais não respiratórios).

Critérios de Exclusão:

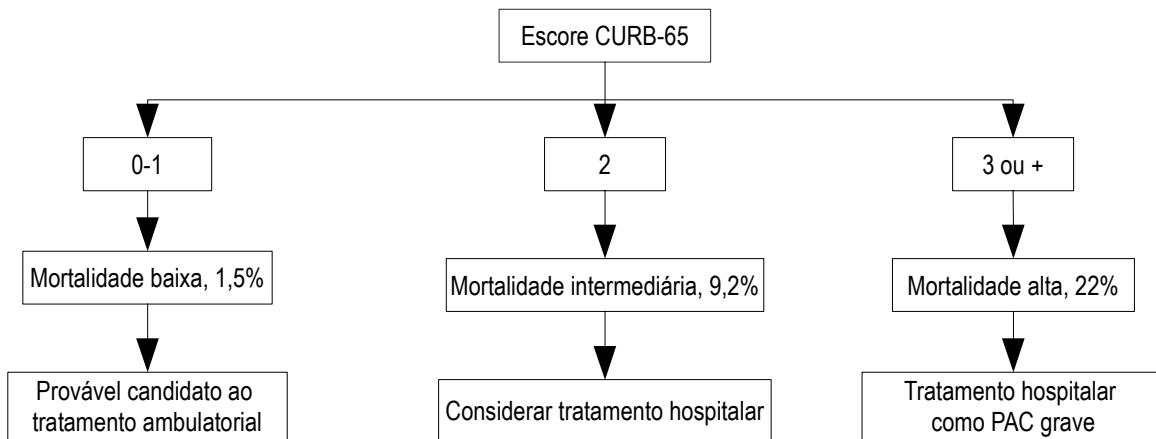
- Sinais e sintomas sugestivos de pneumonia adquiridos após 48h de internação hospitalar ou até 10 dias após a alta hospitalar.
- Evidências de outras doenças respiratórias como asma e tuberculose.

6. ROTINA DIAGNÓSTICA

6.1 Definir na admissão sobre local de tratamento:

A equipe médica deverá avaliar as seguintes situações:

- Padrões clínicos e laboratoriais, além de questões socioculturais de cada paciente.



Escore de avaliação CURB-65. PAC: pneumonia adquirida na comunidade; UTI: unidade de terapia intensiva; CURB-65: (C: confusão mental; U: ureia ≥ 50 mg/dL; R: frequência respiratória ≥ 30 ciclos/min; B: pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou diastólica ≤ 60 mmHg; e idade ≥ 65 anos)

Etapas para a avaliação do local de tratamento de pacientes portadores de pneumonia adquirida na comunidade:

<p>Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira</p> <p>Médico SCIH/Enfermeira SCIH</p>	<p>Aprovado por: Zilá Aparecida Soares</p> <p>Zilá Aparecida Soares Diretora de Qualidade</p>	<p>Verificado por:</p> <p>Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade</p>
--	---	--

- 1 – Avaliar a presença de doenças associadas
- 2 – Avaliar CURB-65
- 3 – Avaliar o grau de oxigenação e o comprometimento radiológico:
 - SpO₂ < 90% - indicação de internação
 - radiografia de tórax
 - extensão radiológica
 - derrame pleural suspeito de empiema
- 4 – Avaliar os fatores sociais e cognitivos
 - ausência de familiar ou cuidador no domicílio
 - necessidade de observação da resposta ao tratamento
- 5 – Avaliar os fatores econômicos
 - acesso aos medicamentos
 - retorno para avaliação
- 6 – Avaliar a aceitabilidade de medicação oral
- 7 – Julgamento clínico

6.2 Conduta no paciente suspeito de doença aguda do trato respiratório inferior:

✓ **Médico:** suspeitar do quadro, solicitar exames apropriados e iniciar ATB prontamente. Classificar o paciente quanto ao risco para optar entre tratamento domiciliar ou internação, sendo que nesses últimos casos é também importante identificar com rapidez aqueles que necessitem de terapia intensiva.

Importante buscar condições predisponentes: diabetes, insuficiência cardíaca, alcoolismo, tabagismo, IVAS recente, HIV, contato com animais, possibilidade de aspiração.

✓ **Médico da CCIH:** atualizar-se frequentemente sobre o tema e estar disponível para discussão dos casos sempre que solicitado.

✓ Necessidade de internação em UTI:

Critérios de definição de pneumonia adquirida na comunidade grave:

- Critérios maiores: a presença de um critério indica a necessidade de UTI:
 - choque séptico necessitando de vasopressores
 - insuficiência respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica
- Critérios menores: a presença de dois critérios indica a necessidade de UTI:
 - hipotensão arterial

Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas

Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira


Médico SCIH/Enfermeira SCIH

Aprovado por: Zilá Aparecida Soares

Zilá Aparecida Soares
Diretora de Qualidade

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DA PNEUMONIA COMUNITÁRIA		
	Código: PC – PNMCOM	Elaboração: Julho/2018	Revisão: Março/2020

- relação PaO₂/FiO₂ menor que 250
- presença de infiltrado multilobulares


6.3 Exames complementares:

- Hemograma completo (leucocitose com predomínio de formas jovens. Pode também ocorrer leucopenia, sendo um fator para mau prognóstico).
- A SpO₂ deve ser observada na rotina, antes do uso eventual de oxigenoterapia; a presença de hipoxemia (<90%) indica o uso de oxigênio suplementar e admissão hospitalar.
- A ureia acima de 65mg/dL constitui um forte indicador de gravidade.
- A proteína C reativa pode auxiliar no diagnóstico, valores muito baixos excluem etiologia bacteriana.
- Hemoculturas: para pacientes imunossuprimidos e para os graves que demandam internação em UTI
- Natremia e glicemia: preditores de mortalidade (hiponatremia, hipo ou hiperglicemia).
- A TC de toráx é útil na dúvida diagnóstica, na detecção de complicações e na diferenciação entre infiltrado pneumônico e massas pulmonares.
- Avaliar critérios de SIRS: abrir protocolo de sepse.

6.4 Tratamento da pneumonia adquirida na comunidade:

- Determinar a gravidade da pneumonia – decisão por tratamento intra ou extra-hospitalar.
- Devido à dificuldade de diagnóstico etiológico no nosso meio, o início do tratamento será quase sempre empírico.
- Iniciar antibioticoterapia rapidamente após a suspeita, idealmente em até 1 hora.
- Parâmetros avaliados: Saturação de oxigênio, comprometimento radiológico, idade, comorbidades, fatores socioeconômicos e cognitivos, uso de antibiótico e/ou internação prévios, necessidade de ventilação mecânica e/ou uso de aminas vasoativas.
- Questionamentos: Se Spo₂ > 90%, comprometimento radiológico discreto, idade <65 anos, comorbidades compensadas e fatores socioeconômicos e cognitivos satisfatórios, todos presentes: indica-se tratamento ambulatorial via oral com amoxicilina+clavulanato 500/125mg por 7 dias.
*Se nesta condição o paciente tiver alguma comorbidade ou uso de antibiótico nos últimos 3 meses: indica-se amoxicilina+clavulanato 500/125mg + azitromicina 500mg 24/24h por 7 dias.
- Caso haja duas ou mais respostas negativas nesses questionamentos indica-se a internação hospitalar do paciente com tratamento endovenoso pela ceftriaxona 1g 12/12h por 7 dias + azitromicina via oral por 5 dias OU amoxicilina + clavulanato endovenoso por 7 dias + azitromicina via oral por 5 dias.

Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira Médico SCIH/Enfermeira SCIH	Aprovado por: Zilá Aparecida Soares Zilá Aparecida Soares Diretora de Qualidade	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	--

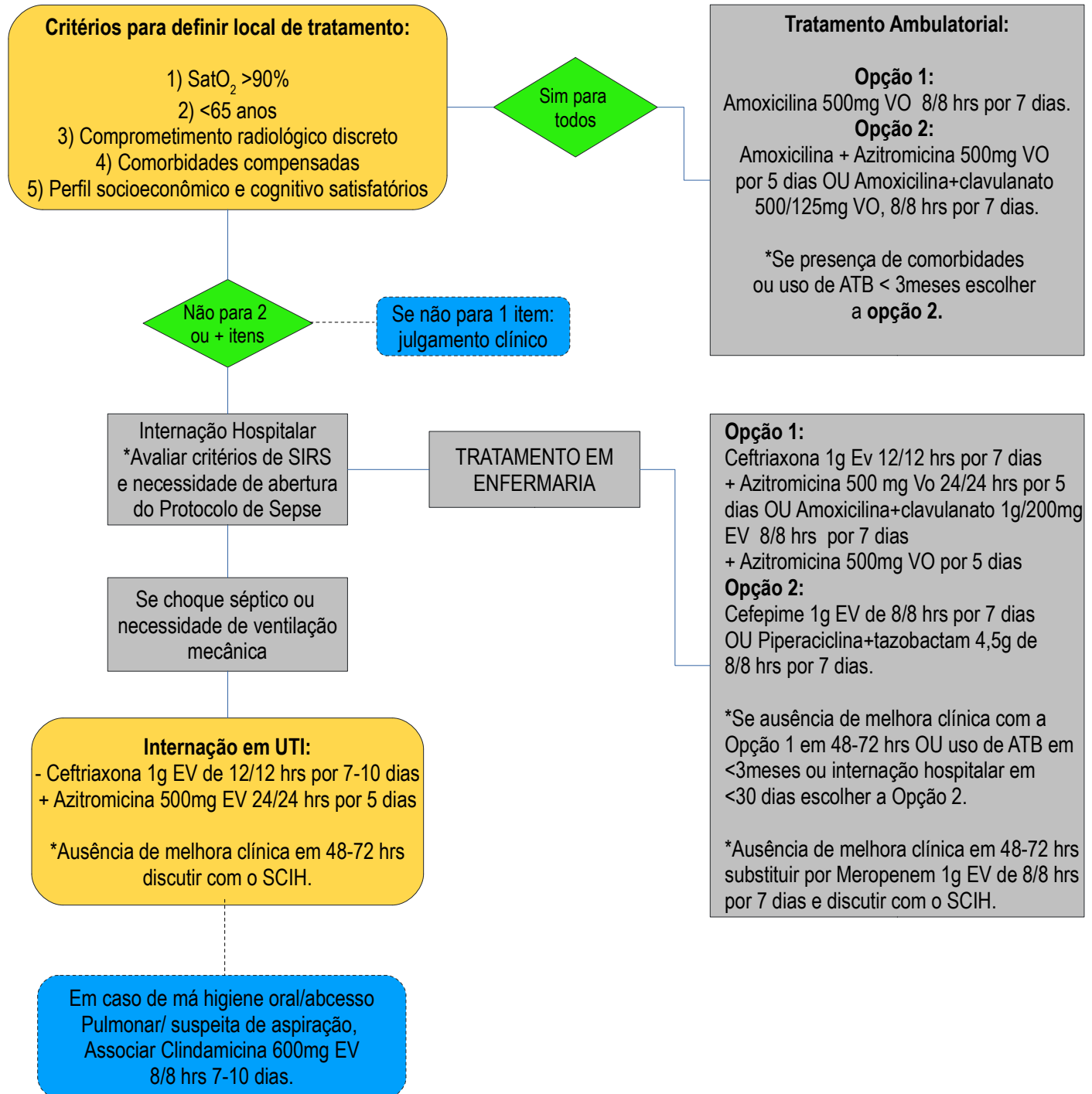
	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DA PNEUMONIA COMUNITÁRIA		
	Código: PC – PNMCOM	Elaboração: Julho/2018	Revisão: Março/2020

* O uso de cefepime ou piperaciclina+tazobactam (de acordo com a disponibilidade em estoque) irá depender de questões específicas como uso de antibiótico ou internação prévia e a associação com clindamicina depende da higiene bucal, abscesso pulmonar ou suspeita de aspiração do paciente com risco de anaeróbio.

- Caso nos questionamentos haja apenas uma resposta negativa: indica-se o julgamento clínico para determinar o local de tratamento.
- O paciente internado na enfermaria apresentando 48hrs sem uso de oxigênio suplementar, afebril e hemodinamicamente estável poderá receber alta hospitalar com término do tratamento feito ambulatorialmente por amoxicilina + clavulanato 500/125 mg por via oral.
- O paciente que apresentar choque séptico ou necessidade de ventilação mecânica será tratado na Unidade de Tratamento Intensivo com uso de ceftriaxona + azitromicina por 7-10 dias com escalonamento a critério do SCIH

7. FLUXOGRAMA DE ORIENTAÇÃO

Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira Médico SCIH/Enfermeira SCIH	Aprovado por: Zilá Aparecida Soares Zilá Aparecida Soares Diretora de Qualidade	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	--



Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas

Revisado por: Luciano Freitas e Raissa Oliveira


Médico SCIH/Enfermeira SCIH

Aprovado por: Zilá Aparecida Soares

Zilá Aparecida Soares
Diretora de Qualidade

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates
Supervisora de Qualidade

	Fundação Hospitalar de Montes Claros Hospital Aroldo Tourinho		
	PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DA PNEUMONIA COMUNITÁRIA		
	Código: PC – PNMCOM	Elaboração: Julho/2018	Revisão: Março/2020

8. REFERÊNCIAS

- Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009.
- Protocolo clínico de tratamento da pneumonia comunitária do hospital IPSEMG – 2017.
- Recomendações de Abordagem Diagnóstica e Terapêutica da Pneumonia da Comunidade em Adultos Imunocompetentes (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2015).

9. HISTÓRICOS DE ALTERAÇÕES

Nº da Revisão	Alterações Realizadas
01	Revisão técnica

12 – HISTÓRICO DE APROVAÇÕES

Data	Responsável	Aprovado por	Data da Aprovação
Elaboração 20/07/2018	Guilherme Vitor de C. Freire Luciano Freitas	Luciano Freitas	Agosto/2018
Revisão 01	Luciano Freitas Raíssa Oliveira	Luciano Freitas	Março/2020

Elaborado por: Guilherme Vitor de C. Freire e Luciano Freitas Revisado por: Luciano Freitas e Raíssa Oliveira Médico SCIH/Enfermeira SCIH	Aprovado por: Zilá Aparecida Soares Zilá Aparecida Soares Diretora de Qualidade	Verificado por: Ana Cláudia Veloso Prates Supervisora de Qualidade
--	---	--