



PREFEITURA MUNICIPAL  
**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
SAÚDE

<b>Orientações para o tratamento empírico e manejo das Pneumonias</b>
<b>Versão: 4</b>
<b>Departamento: Urgência e Emergência (Unificado com Hospital Municipal)</b>
<b>Objetivo:</b> Auxiliar no diagnóstico e padronizar condutas para pacientes com Pneumonia
<b>Frequência: Contínuo</b>
<b>Executante: Profissionais médicos</b>

**Índice:**

1-Introdução .....	2
II-Etiologia .....	2
III-Diagnóstico.....	2
IV-Recomendações para a realização de métodos de imagem e laboratório.....	3
V- Critérios de internação (Curb-65/PSI).....	4
VI- Critérios para definição de PAC Grave (ATS/IDSA).....	7
VIII-Tratamento.....	8
IX- Fluxo de encaminhamento para pacientes elegíveis ao Hospital Municipal.....	10
X- Fluxograma.....	11
XI-Referência.....	12

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita

## **I-Introdução**

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) mantém-se como a doença infecciosa aguda de maior impacto médico-social quanto à morbidade e a custos relacionados ao tratamento. Pneumonias são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos.

A PAC se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades especiais de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 h da admissão à unidade assistencial.

## **II-Etiologia**

Cerca de 50% dos pacientes ficam sem diagnóstico etiológico, mas os principais agentes são o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e agentes atípicos como *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*, além dos vírus. Pacientes com bronquiectasias, usuários de corticosteroides e DPOC avançados, estão em risco aumentado para infecção por *P. aeruginosa* e outros bacilos Gram-negativos, assim como pacientes imunodeprimidos

## **III-Diagnóstico**

**Achado radiológico + pelo menos 1 dos seguintes:**

- Febre persistente
- FR  $\geq$  25 ipm

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita

- FC > 100 bpm
- Sudorese Noturna
- Tosse
- Expectoração
- Estertores
- Murmúrio vesicular diminuído
- Dor pleurítica

Febre persistente, frequência respiratória > 25 irpm, presença de expectoração, frequência cardíaca > 100 bpm, estertores, diminuição dos sons respiratórios, mialgia e sudorese noturna são achados que aumentam a probabilidade do diagnóstico de PAC.

Um exame físico compatível com consolidação pulmonar como crepitações, diminuição de murmúrio vesicular, sopro tubário (raro) e presença de leucitose no hemograma, associado a infiltrado pulmonar novo no exame de imagem confirma o diagnóstico em pacientes com quadro clínico compatível. Confusão mental, principalmente no idoso, dor torácica pleurítica também podem estar presentes.

#### **IV- Recomendações para a realização de métodos de imagem e laboratório**

A radiografia de tórax, em associação com a anamnese e o exame físico, faz parte da tríade propedêutica clássica para PAC, sendo recomendada sua realização de rotina, nas incidências posterior, anterior e perfil.

Tomografia computadorizada de tórax não deve ser realizada de rotina. Está indicada na suspeita de infecções fúngicas e para auxiliar na exclusão de outros diagnósticos em casos selecionados, como por exemplo, avaliação de complicações da PAC como abscesso de pulmão e derrame pleural loculado; e na investigação de motivos da falta de resposta clínica ao tratamento.

**Laboratório :** Hemograma, PCR, ureia, creatinina e Sódio.

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita

Gasometria arterial somente de Sat < 90% ou PAC grave.

## V- Critérios de internação

Uma vez diagnosticada pneumonia, deve-se definir se o tratamento pode ser feito ambulatoriamente ou se tem indicação de internação. Para auxiliar nessa decisão utilizam-se alguns escores de gravidade e prognóstico. Nas Unidades de Urgência serão utilizados o **Curb-65** e/ou **PSI** (Pneumonia Severity Index).

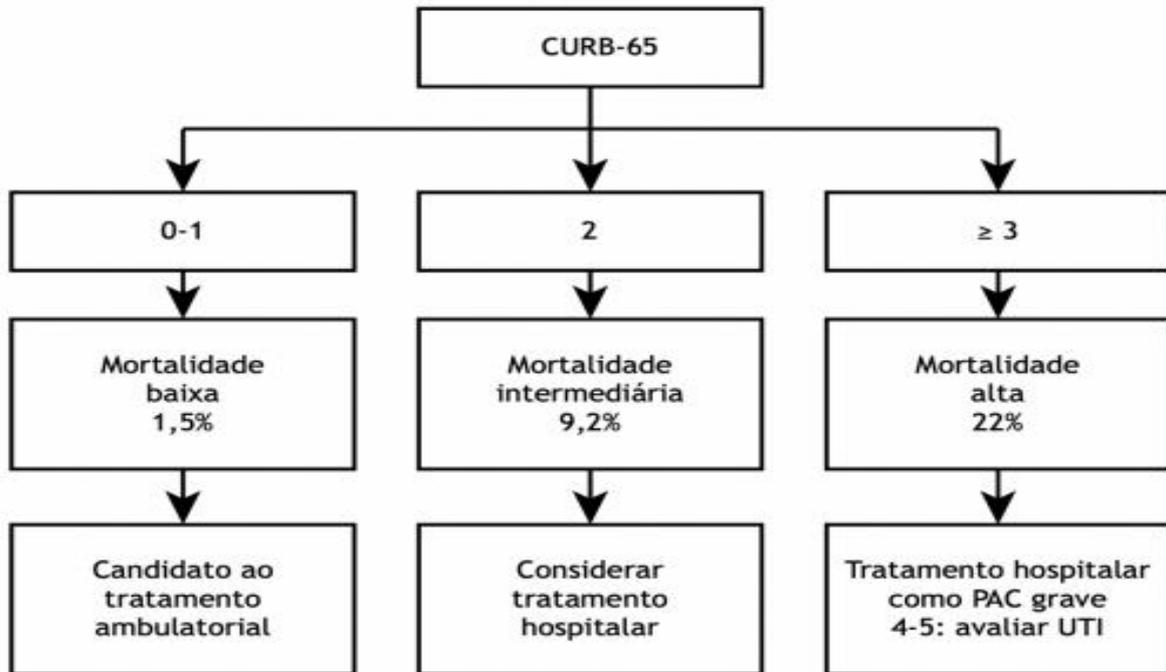
### V.1 - CURB-65

*Cada letra corresponde a 1 ponto:*

- **C:** Confusão mental recente
- **U:** Ureia ( $\geq 50$  mg/dL)
- **R:** Frequência respiratória ( $\geq 30$  ipm)
- **B:** Hipotensão arterial  
(PAS  $\leq 90$  ou PAD  $\leq 60$  mmHg)
- **65:** Idade  $\geq 65$  anos

ESCORES DE MORTALIDADE:	
• 0 -----	0,7%
• 1 -----	3,2%
• 2 -----	13%
• 3 -----	17%
• 4 -----	41,5%
• 5 -----	57%

Elaborado – 25/09/2023	Revisado	Aprovado
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita



## V.2 - PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI)

Elaborado – 25/09/2023	Revisado	Aprovado
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita



PREFEITURA MUNICIPAL  
**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
SAÚDE

<b>Categorias</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	0 pontos
	Feminino	- 10 pontos
<b>Fatores demográficos</b>	Idade	1 ponto para cada ano
	Residente de casa de repouso	10 pontos
<b>Comorbidades</b>	Doença neoplásica	30 pontos
	Hepatopatia crônica	20 pontos
	Insuficiência cardíaca	10 pontos
	Doença cerebrovascular	10 pontos
	Doença renal crônica	10 pontos
<b>Achados ao exame físico</b>	Alteração do estado mental	20 pontos
	Frequência respiratória $\geq$ 30 irpm	20 pontos
	Pressão arterial sistólica $<$ 90 mmHg	20 pontos
	Temperatura $<$ 35°C ou $>$ 40°C	15 pontos
	Pulso $\geq$ 125/minuto	10 pontos
<b>Descobertas radiográficas e laboratório</b>	pH arterial $<$ 7,35	30 pontos
	Ureia sérica $>$ 64 mg/dL (BUN $>$ 30 mg/dL)	20 pontos
	Sódio sérico $<$ 130 mEq/L	20 pontos
	Glicose sérica $>$ 250 mg/dL	10 pontos
	Hematócrito $<$ 30%	10 pontos
	PaO <sub>2</sub> $<$ 60 mmHg ou SpO <sub>2</sub> $<$ 90%	10 pontos
	Derrame pleural	10 pontos

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>	<b>Mortalidade, %</b>	<b>Local sugerido de tratamento</b>
I	-	0,1	Ambulatório
II	$\leq$ 70	0,6	Ambulatório
III	71-90	2,8	Ambulatório ou internação breve
IV	91-130	8,2	Internação
V	$>$ 130	29,2	Internação

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita

## **VI- Critérios para definição de PAC Grave (ATS/IDSA)**

### ***VI.1-Critérios Maiores***

- Necessidade de ventilação mecânica
- Choque séptico

### ***VI.2-Critérios Menores***

- PA sistólica < 90 mmHg
- PA diastólica < 60 mmHg

- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 250
- Envolvimento de mais de um lobo, **1 critério maior ou 2 critérios menores = PAC grave = UTI**

## **VII- Indicações para antibioticoterapia por via endovenosa (EV):**

- Necessidade de internação;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Vômitos incoercíveis;
- Pacientes sob sedação;
- Intubação orotraqueal;
- Dificuldade de deglutição;
- Uso de sondas para alimentação: SNE, SNG, SOG;
- Síndromes disabsortivas;
- PAC grave;
- Necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva.

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita

## VIII-Tratamento

### VIII.1.-Tratamento ambulatorial para pacientes hígidos e sem tratamento prévio nos últimos 3 meses:

- **Amoxicilina/clavulanato** 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias **OU**
- **Amoxicilina** 500 mg 1cp de 8/8h por 7 dias + **Doxiciclina** 100mg 1 cp de 12/12 horas por 7 dias; **OU**
- **Amoxicilina** 500 mg 1cp de 8/8h + **Azitromicina** 500mg 1x/dia 5 a 7 dias
  
- **Levofloxacino** 500mg 1x/dia 5 a 7 dias **para pacientes alérgicos**

\*Os pacientes devem estar afebris por  $\geq 48$  horas e clinicamente estáveis antes de a terapia ser descontinuada. Quando isso é alcançado, a persistência de outros sintomas (por exemplo, dispneia, tosse) não é uma indicação para prolongar o curso da antibioticoterapia. Reavaliação do paciente em 7 dias na Unidade Básica de Saúde.

### VIII.2-Tratamento ambulatorial para paciente com comorbidades, idade $\geq 65$ anos ou uso recente de antibióticos:

- **Amoxicilina/clavulanato** 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias
  
- **Levofloxacino** 750 mg 1x/dia 5 a 7 dias

Elaborado – 25/09/2023	Revisado	Aprovado
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita

### **VIII.3 - Tratamento para pacientes com indicação de internação (enfermaria ou UTI):**

- **Ceftriaxona** 2g ev 1x/dia 5 a 7 dias + **Azitromocina** 500mg 1x/dia oral 5 a 7 dias **OU**
- **Levofloxacino** 750mg 1x/dia 5 a 7 dias.
- 

\*Nos casos de pacientes graves pode variar de 7 a 10 dias.

### **VIII.4- Tratamento para Pneumonia Broncoaspirativa**

- **Ceftriaxona** 2g ev 1x/dia + **Clindamicina** 150mg/ml (600mg) EV de 8/8h de 5 a 7 dias **OU**
- **Amoxicilina/clavulanato** 875/125 mg VO 2x/dia, por 5 a 7 dias

\*Nos casos de pacientes graves pode variar de 7 a 10 dias.

### **VIII.5- Tratamento para pacientes com pneumonia associada à assistência à saúde:**

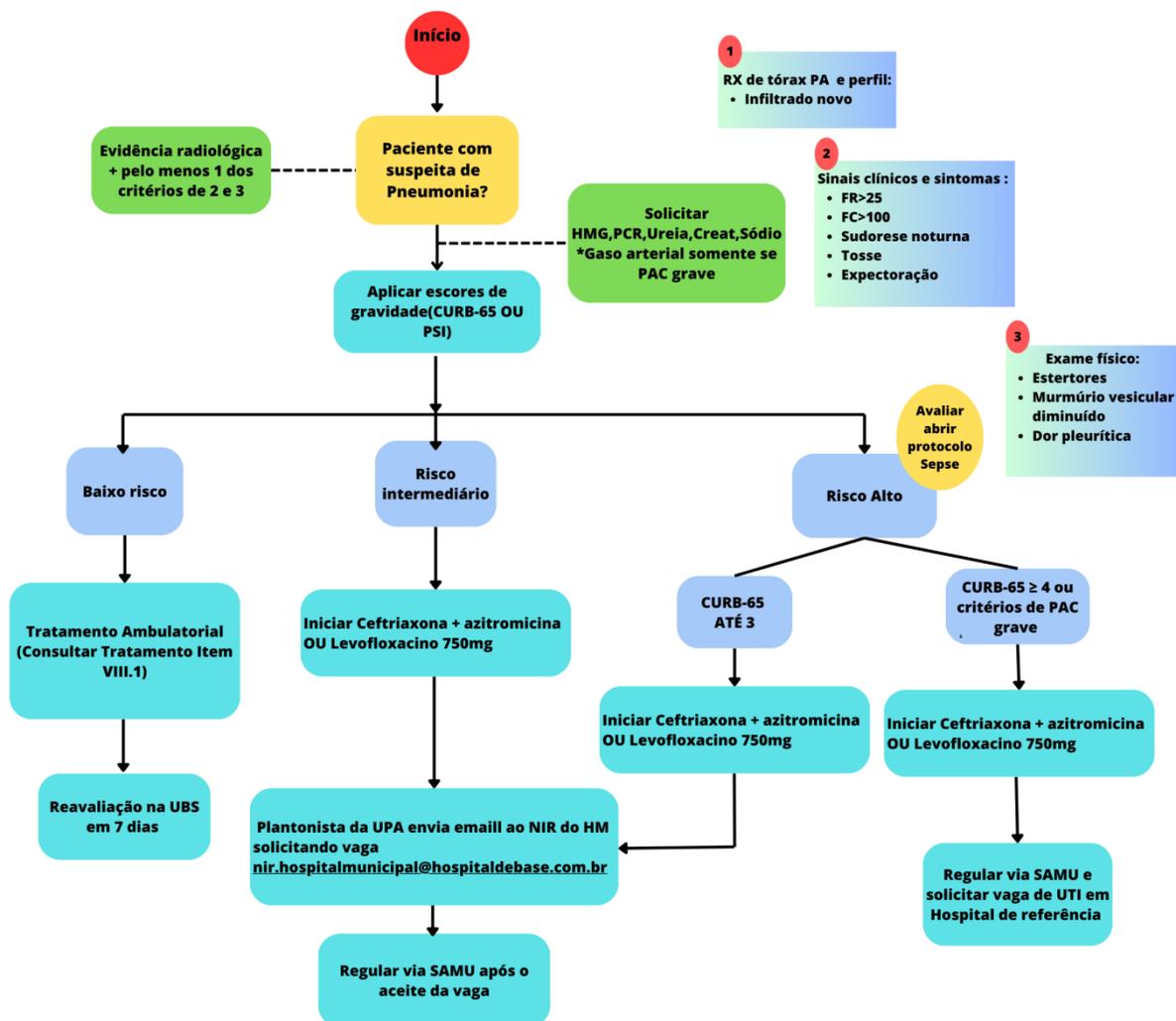
- **Piperacilina-tazobactam** 4,5g a cada 6 horas 5 a 7 dias.

\*Nos casos de pacientes graves pode variar de 7 a 10 dias.

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M. São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita



## IX- Fluxograma



Elaborado – 25/09/2023	Revisado	Aprovado
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane lamachita



PREFEITURA MUNICIPAL  
**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
SAÚDE

## **XI- Referências**

1. Correa, R. A. et al. Recomendacoes para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018, J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-424.
2. METLAY, J.P.; WATERER, G.W.; LONG, A.C. et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. V.200, n.7, e45-e67, 2019.

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita

3. Dunn AS, Peterson KL, Schechter CB, Rabito P, Gotlin AD, Smith LG. A utilidade de um período de observação no hospital após a descontinuação de antibióticos intravenosos. Am J Med. 1999;106(1):6

4. Prina E, Ranzani OT, Torres A. Pneumonia adquirida na comunidade. 2015 set;386(9998):1097-108. Epub 2015 12 de agosto.

5- Up to Date

6- Velasco IT, Brandão Neto RA, Souza HP de, Marino LO, Marchini JFM, Alencar JCG de. Medicina de emergência: abordagem prática. 2019

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita



PREFEITURA MUNICIPAL  
**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
SAÚDE

<b>Elaborado – 25/09/2023</b>	<b>Revisado</b>	<b>Aprovado</b>
Dra. Lara Suellen M.São Mateus Dra. Bárbara Ferreira dos Santos	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello Christiane Iamachita