

Faculdades Integradas de Patos
 Curso de Medicina
 v. 1, n. 4, out./dez. 2016, p. 381-391.
 ISSN: 2448-1394



TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE NOS PACIENTES INTERNADOS NO HRDJC

*TREATMENT OF ACQUIRED PNEUMONIA IN COMMUNITY IN HOSPITALIZED
 PATIENTS IN HRDJC*

Pedro Augusto Dias Timoteo
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
pedroaugusto.da@gmail.com

Adrya Camila Chaves Landim
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
camillalandim@hotmail.com

Beatriz Coelho Pires de Moura
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
biacmoura1@gmail.com

Jessica Amanda Almeida Brito
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
jessicaamandaaa31@gmail.com

Leandro Holanda Rocha
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
leandrorocha89@hotmail.com

Pedro Bruno Tavares
 Faculdades Integradas de Patos- FIP- Patos- PB
pedroernesto@med.fiponline.edu.br

RESUMO

Objetivo: Apesar dos avanços da propedêutica na abordagem as afecções respiratórias, 50% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade não têm sua etiologia esclarecida, inclusive os hospitalizados, o que dificulta a escolha do antimicrobiano para o tratamento, levando a escolha de forma empírica de esquemas antibióticos. O presente estudo tem por objetivo observar se o esquema antibiótico escolhido tem realmente mudado o prognóstico dos pacientes internados no HRDJC.

Métodos: Estudo prospectivo observacional onde serão incluídos todos os pacientes adultos com quadro clínico compatível com Pneumonia adquirida na comunidade, opacidade radiológica pulmonar recente e com dois itens entre febre, tosse produtiva e leucocitose, admitidos no HRDJC.

Resultados: No período de 01 de agosto a 31 de outubro de 2016 foram internados 46 pacientes com diagnóstico de PAC, a mortalidade foi de 23,68%, a taxa de reinternação foi de 2,63%. O CURB-65 variou de 0 a 4. O antibiótico usado nas primeiras horas foi:

Em 23,68% cefalosporina de segunda geração isolada, em 47,37% cefalosporina de segunda associado a outro antibiótico e em 18,42% quinolona respiratória isoladamente. 42,1% dos pacientes responderam bem ao esquema antibiótico inicial, com permanência média de 5 dias internados.

Conclusões: O uso do antibiótico nas primeiras horas melhora o prognóstico do pacientes e a Levofloxacina de forma isolada constitui-se a melhor opção nos pacientes que não necessitaram de um segundo esquema antibiótico, com 57,14% de alta com o uso exclusivo deste. No caso da ceftriaxona isoladamente como primeiro esquema 33,33% não necessitaram de um esquema 2 por piora clínica.

Palavras-Chave: Afecções respiratórias, antimicrobianos, prognóstico.

ABSTRACT

Objective: Despite the workup of advances in respiratory disorders approach, 50% of cases of community-acquired pneumonia have its etiology clarified, including the hospital, which makes the choice of antimicrobial for the treatment, leading to choice of empiric form antibiotics schemes. This study aimed to see if the chosen antibiotic scheme has realmento changed the prognosis of patients admitted to HRDJC.

Methods: A prospective observational study which will be included all adult patients with clinical symptoms compatible with Community acquired pneumonia, recent pulmonary radiopacity and two items of fever, productive cough and leukocytosis, admitted to HRDJC.

Results: In the period from August 01 to October 31, 2016 were admitted 46 patients with diagnosis of CAP, the mortality rate was 23.68%, the rehospitalization rate was 2.63%. The CURB-65 ranged from 0 to 4. Antibiotic using the first hour was: 23.68% In isolated cephalosporin second generation cephalosporin in 47.37% Second associated with another antibiotic and isolation respiratory quinolone 18.42% . 42.1% of patients responded well to initial antibiotic regimen, with an average stay of 5 days in hospital.

Conclusions: The use of antibiotics in the early hours improves the prognosis of patients and Levofloxacin in isolation constitutes the best option in patients who did not need a second antibiotic regimen, with 57.14% high with exclusive use. In the case of ceftriaxone alone as the first 33.33% scheme did not require a schema 2 for clinical worsening.

Keywords: respiratory disorders, antimicrobials, prognosis.

1. Introdução

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) constitui importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Apesar do avanço obtido nas técnicas de diagnóstico, estima-se que cerca de 50% dos casos ainda permaneçam sem etiologia definida. Em pacientes ambulatoriais, a taxa de mortalidade permanece baixa (1-5%), mas nos que requerem hospitalização, essa taxa aumenta significativamente, particularmente se o paciente necessita admissão em unidade de terapia intensiva. A definição do local do tratamento constitui etapa importante da terapêutica, que repercute nos seus resultados e custos, havendo estudos recentes que sugerem critérios que auxiliam no reconhecimento de pacientes com baixa taxa de mortalidade, passíveis de receberem tratamento em nível ambulatorial¹.

A pneumonia continua sendo a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo, apesar de todo o avanço na área médica e social no decorrer do século e da

disponibilidade de novos antibióticos. Ela é a sexta causa de morte nos EUA e a quinta no Brasil, na população idosa. Esse grupo etário representa 70% de todas as pneumonias em nosso país. Vários fatores, dentre eles idade avançada e presença de algumas doenças crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, estão associados à sua maior gravidade e mortalidade².

O aumento na expectativa de vida, em consequência da melhoria da qualidade da assistência médica e do saneamento básico, e a redução da fecundidade são fatores responsáveis pela modificação da pirâmide etária no sentido de um grande aumento da população idosa, a qual é mais vulnerável ao desenvolvimento de pneumonias, devido às alterações provocadas pela própria senescência. Quando nos defrontamos com uma doença infecciosa, a identificação do agente etiológico é fundamental, porém nem sempre possível. Existem vários métodos de identificação do agente etiológico nas pneumonias, tais como: bacterioscopia e cultura de escarro, sorologias, bacterioscopia e cultura de material obtido por lavado broncoalveolar, broncoscopia com escovado protegido, aspiração transtraqueal e punção aspirativa do pulmão. Mas o agente etiológico é identificado em apenas pouco mais de 50% dos casos. Assim, a terapia inicial para o tratamento da pneumonia é empírica³.

O presente estudo tem por objetivo observar se a escolha empírica do esquema antibiótico tem realmente mudado o prognóstico dos pacientes internados no HRDJC, bem como a epidemiologia, formas de apresentação, o rendimento dos testes diagnósticos, a permanência hospitalar, a morbidade e mortalidade.

2. Fundamentação teórica

A resistência a antimicrobianos tem aumentado drasticamente nos últimos anos. Conseqüentemente, a abordagem do paciente com pneumonia hospitalar também tem sofrido alterações e uma série de fatores devem ser levados em consideração antes do início da terapêutica antimicrobiana empírica. A escolha da terapêutica empírica é extremamente importante, pois uma evolução clínica desfavorável poderá ocorrer se a terapêutica antimicrobiana adequada for retardada. Vários critérios podem ser utilizados para facilitar a escolha da terapêutica antimicrobiana empírica. O reconhecimento dos patógenos mais prováveis parece ser um dos mais importantes fatores. Porém, os resultados do perfil de sensibilidade a antimicrobianos desses patógenos devem ser obtidos através de estudos de vigilância locais e regionais e considerados na escolha da terapêutica antimicrobiana empírica⁴.

A avaliação das características clínico evolutivas (incluindo a gravidade da PAC) e epidemiológicas são imprescindíveis como estratégia para estabelecer as hipóteses etiológicas em ordem de probabilidade. A combinação destas informações com a

avaliação da gravidade da pneumonia é utilizada como um instrumento no manejo diagnóstico e terapêutico inicial do paciente cujo alvo é o patógeno. Nesta avaliação, também é fundamental o reconhecimento de fatores de risco para patógenos específicos e para mecanismos específicos de resistência. O uso prévio de antibióticos é um dos principais fatores de risco, com associação causal, associados à seleção de patógenos com resistência intrínseca e à seleção e emergência de mecanismos de resistência adquirida⁵.

Deve-se ter atenção aos sinais e sintomas extrapulmonares, que podem, em muitos casos, orientar para diagnósticos diferenciais. Mal estado de dentição associado a secreção de odor pútrido sugere a ocorrência de abscesso pulmonar. Alterações cutâneas como eritema multiforme e eritema nodoso podem representar infecções causadas por *M. pneumoniae* e *M. tuberculosis*, respectivamente. O baqueteamento com hipocratismo digital ocorre em pacientes com patologias que cursam com hipoxemia crônica, como o enfisema pulmonar⁶.

O "SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (SENTRY)" é um programa mundial e longitudinal de vigilância de resistência a antimicrobianos. Esse programa apresenta as seguintes características principais: a) avalia várias regiões do mundo de forma longitudinal; b) utiliza testes de sensibilidade de referência para avaliação das bactérias; c) coleta bactérias dos importantes sítios de infecções; d) avalia um grande número de antimicrobianos; e) utiliza técnicas moleculares de tipagem para avaliação do modo de disseminação de cepas multirresistentes; f) avalia os mecanismos de resistência em nível molecular; g) divulga rapidamente os resultados em congressos e revistas médicas. A coleta de amostras é feita de acordo com o sítio de infecção e inclui cinco objetivos: a) infecções da corrente sanguínea; b) infecções comunitárias do trato respiratório; c) pneumonia hospitalar; d) infecção de ferida cirúrgica; e) infecções do trato urinário⁷.

O Índice de Gravidade de Pneumonia (PSI em inglês) foi elaborado através da avaliação de 20 itens, entre dados físicos e laboratoriais. Sua aplicação na prática diária é restrita, em função dos múltiplos parâmetros analisados, o que pode retardar o diagnóstico. Além disso, por atribuir peso elevado a idade e a presença de comorbidades, pode, em pacientes jovens e consequentemente sem doenças associadas, subestimar riscos. Um segundo modelo, proposto pela *British Thoracic Society*, denominado CURB-65, mostrou-se de mais fácil utilização nos serviços de emergência. Este protocolo considera parâmetros clínicos associados a doença aguda, facilitando sua aplicação. É baseado em uma pontuação de 0 a 5, onde cada um dos seguintes itens recebe um ponto: confusão mental; ureia superior a 50mg/dl; frequência respiratória maior que 30irpm e pressão arterial sistólica menor que 90mmHg ou diastólica inferior a 60mmHg, além da idade superior a 65 anos. Quanto maior o número de pontos maior a gravidade

do caso. A exclusão de doenças associadas pode, em alguns casos, subestimar a gravidade da infecção. Visando uma maior agilidade, uma versão simplificada foi criada, com a exclusão da mensuração da ureia⁶.

As diretrizes brasileiras sugerem o uso dos critérios da *American Thoracic Society* para PAC grave; estas diretrizes descrevem critérios maiores e menores, e definem a presença de um critério maior e dois critérios menores como suficientes para identificar um caso como grave. Os critérios maiores são VM invasiva e choque séptico. Os critérios menores são pressão parcial de oxigênio/fração inspirada de oxigênio (PaO₂/FiO₂) <250, envolvimento multilobar, pressão arterial sistólica inferior a 90mmHg e pressão arterial diastólica menor que 60mmHg⁸.

O escore CURB-65, porém, mostrou melhor desempenho na avaliação do risco de morte. Idade, contagem de glóbulos brancos, ureia sérica e pressão arterial diastólica foram as variáveis que se associaram à mortalidade. O modelo desenvolvido com essas variáveis mostrou eficácia muito boa para prever o desfecho fatal⁹.

O algoritmo de decisões no tratamento da PAC baseia-se em 4 etapas: 1) Estratificação da gravidade da PAC, risco de morte e decisão da necessidade de tratamento hospitalar; 2) Avaliação da etiologia mais provável; 3) Escolha do tratamento inicial e 4) Avaliação dos resultados. (A2) 1- Estratificação da gravidade, risco de morte e decisão da hospitalização Embora a utilização de sistemas de estratificação de fatores de risco categorizando a PAC em graus de severidade (FINE, BTS, ATS-modificado, CURB-65) sejam bastante úteis, permitindo uma estimativa da taxa de mortalidade, a decisão de tratar o paciente no hospital também deve seguir uma avaliação individualizada e baseada na experiência clínica do examinador. O índice de severidade da pneumonia publicado por Fine em 1997 propõe a seguinte abordagem: 1- Avaliar a presença de idade > 50 anos, neoplasia, ICC, doença cerebrovascular, renal ou hepática, alteração mental, frequência cardíaca 125 bpm, frequência respiratória 30 mpm, pressão arterial sistólica < 90 mmHg, temperatura < 35°C ou > 40°C. Se nenhum destes fatores de risco está presente, estabelecemos que o risco é Classe I e o tratamento indicado é ambulatorial. 2- Categorizar as classes de risco II, III, IV e V, a de risco II o tratamento é ambulatorial a III, IV e V devem ser internados¹⁰.

Na avaliação da etiologia mais provável usamos os seguintes fatores de risco para os patógenos mais frequentes: 1) Pneumococo: patógeno número 1, sem necessidade de fatores de risco específicos; 2) Pneumococo resistente à penicilina: uso de antibióticos β-lactâmicos (penicilinas, cefalosporinas, aztreonam e cabapenêmicos) nos últimos 3 meses, doença imunossupressora, uso de corticóide e idade superior a 65 anos em alguns estudos (dada a baixa prevalência de resistência no nosso meio, a penicilina é o antibiótico de escolha para pneumonia pneumocócica); 3) *Hemophilus influenzae*: extremos de idade, doença causadora de alteração da estrutura do parênquima pulmonar

(DPOC);4) *Hemophilus influenzae* produtor de b-lactamase (resistente à ampicilina): uso prévio de antibióticos b-lactâmicos nos últimos 3 meses;5) Enterobactérias: indivíduos residentes em instituições, doença cardiopulmonar, comorbidades médicas múltiplas, alcoolismo, uso recente de antibióticos;6) *Pseudomonas aeruginosa*: doença com comprometimento da estrutura do pulmão (ex.: bronquiectasias), corticoterapia prolongada (>10 mg/dia de prednisona por mais de 2 semanas), desnutrição, uso de antibiótico de amplo-espectro;7) Anaeróbios: dentes sépticos, doença neurológica, alteração de consciência, alcoolismo, distúrbio da deglutição, neoplasia causando obstrução da via aérea;8) *Staphylococcus aureus*: drogadição, doença com comprometimento da estrutura do pulmão (para MRSA: hospitalização recente);9) *Legionella pneumophila*: água contaminada (aguardam-se dados epidemiológicos brasileiros);10) *Chlamydia psittacci*: contato com pássaros;11) *Mycoplasma pneumoniae*: associado a microepidemias, principalmente familiares, acometendo mais crianças, adolescentes e adulto jovens;12) Vírus: história de contato;13) *Chlamydia pneumoniae*: durante surtos. (11)

3. Objetivo

Objetivo geral

Tendo em vista que as principais causas de admissão no Hospital regional de Patos são as afecções respiratórias adquiridas na comunidade, o presente estudo tem por objetivo principal nortear os profissionais médicos, que atuam na admissão, bem como os diaristas, sobre o uso específico e racional de antimicrobianos para os possíveis agentes etiológicos nas Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PACs).

Objetivos específicos

- Fazer levantamento epidemiológico sobre os agentes etiológicos das PACs;
 - Definir protocolos sobre o uso empírico de anti-microbianos, tendo como parâmetros a flora bacteriana predominante em nosso meio;
 - Acompanhar a evolução clínica dos pacientes internos com diagnóstico de PACs;
 - Acompanhar a evolução radiológica-laboratorial dos pacientes internos com o diagnóstico de PACs;
 - Identificar possíveis erros na escolha do esquema antibiótico adotado na admissão de enfermos com a hipótese diagnóstica de PACs; e
- Orientar sobre o custo-benefício na escolha de antibióticos de alto custo.

4. Método

Este estudo será desenvolvido no Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro de Patos-PB a partir da aprovação no comitê de ética das Faculdades Integradas de Patos. Será um estudo de coorte contemporânea (prospectivo) em que serão avaliados pacientes com 18 anos ou mais que necessitem de tratamento intra-hospitalar para pneumonia adquirida na comunidade. Os pacientes inicialmente serão avaliados por um plantonista e, uma vez internados com o diagnóstico de pneumonia, serão avaliados por um médico diarista. Os pacientes serão incluídos no estudo somente se, pela história clínica, exames laboratoriais e radiológicos, o diarista confirmar o diagnóstico.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Na presença de quadro clínico compatível com infecção respiratória aguda, o achado de um infiltrado pulmonar novo à radiografia do tórax associado a pelo menos dois dos seguintes itens: febre (38°C), tosse produtiva ou leucocitose (> 10.000/mm³).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Diagnósticos alternativos como edema pulmonar, tromboembolismo pulmonar, tuberculose pulmonar, neoplasia torácica, pneumonia nosocomial e pacientes infectados pelo HIV.

Consideram-se as seguintes variáveis: idade; sexo; presença de comorbidades (insuficiência renal, *diabetes mellitus*, insuficiência cardíaca congestiva, asma, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica); fatores de risco (alteração sensorial, alcoolismo, quimioterapia, uso de corticoide e tabagismo); presença de sintomas respiratórios e sintomas gerais; apresentação radiológica; uso de antimicrobianos anterior à admissão hospitalar; sinais de gravidade (choque, acometimento radiológico multilobar, necessidade de ventilação mecânica, frequência respiratória maior do que 30 incursões por minuto e PaO₂ menor do que 60mmHg); pneumonia grave: presença de choque séptico ou necessidade do uso de ventilação mecânica.

Serão analisados também o esquema antimicrobiano utilizado, a necessidade de modificação do esquema terapêutico; exames propedêuticos individualizados que incluam exames hematimétricos, bioquímica geral, gasometria arterial, hemoculturas, gram e cultura de escarro, análise do líquido pleural e lavado broncoalveolar broncoscópico, quando se fizer necessário.

Os dados serão coletados diariamente por um dos autores, através da observação do prontuário dos pacientes, e anotados em um protocolo específico, com dados de identificação, comorbidades, escore de gravidade, antibiótico terapia inicial, evolução do paciente e mortalidade.

Serão comparados: taxa de mortalidade, tempo médio de resolução de sintomas, custo do tratamento, tempo médio de internação e avaliação do índice de gravidade em pneumonia (ISP) como preditor de mortalidade.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética das Faculdades Integradas de Patos- PB no dia 26 de outubro de 2016 com o Número do parecer: 1.793.547.

5. Resultados

O estudo iniciou a coleta de dados no início do mês de agosto do presente ano, sendo assim um estudo recente, porém já de relevância dado as discussões clínicas e elaboração de protocolos com os médicos clínicos responsáveis pela admissão dos pacientes com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, tais como a importância da administração do antibiótico já na primeira hora pós-admissão.

O estudo encontrou várias dificuldades o que prejudicou a conclusão de alguns objetivos, tais como: 1- A ausência de exame físico de qualidade e descrição no prontuário do paciente de dados de importância vital na definição de condutas, como a frequência respiratória, a temperatura e a pressão arterial inicial dos pacientes, sendo estes dados apenas colhidos na rotina do corpo de enfermagem das enfermarias, o que em certas situações já se passarão até seis horas do atendimento inicial; 2- Não existe um protocolo sobre a solicitação de exames laboratoriais na admissão destes pacientes; 3- Não existe protocolo sobre a solicitação de gasometria arterial dos pacientes internados com diagnóstico de pneumonia; 4- Não existe protocolo sobre a solicitação de culturas ou swabs para definição do agente etiológico das pneumonias. Sendo assim o estudo apesar de não conseguir definir o agente causal conseguiu cumprir o seu objetivo principal que é orientar os médicos na condução empírica das pneumonias admitidas no HRDJC.

Durante o período de 01 de agosto de 2016 a 31 de outubro de 2016 foram internados no Hospital regional Deputado Janduy Carneiro 46 pacientes, destes 1 foi transferido antes de 3 dias de internação e 7 permanecem internados, logo o estudo analisou 38 pacientes, a taxa de mortalidade foi de 23,68%, a faixa etária variou de 22 a 99 anos, a pontuação no escore CURB-65 variou de 0 a 4 (conforme figura 01), 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Dentre as comorbidades encontrou-se Acidente vascular Cerebral em 26,31% dos pacientes, DPOC em 13,15% e neoplasias em 7,89%, além de ICC, fraturas de colo de fêmur, tuberculose, dentre outros, no entanto 31,58% dos pacientes não possuíam doença de base alguma.

O esquema antibiótico usado nas primeiras horas foi: Em 47,37% cefalosporina de segunda geração associado a outro antibiótico, em 23,68% cefalosporina de segunda geração

isolada e em 18,42% quinolona respiratória isoladamente. 42,1% dos pacientes responderam bem ao esquema antibiótico inicial, com permanência média de 5 dias internados. A Levofloxacina de forma isolada mostrou-se a melhor opção nos pacientes que não necessitaram de um segundo esquema antibiótico, com 57,14% de alta com o uso exclusivo deste. No caso da ceftriaxona associada a outro antibiótico 47,39% tiveram alta sem a necessidade de troca do esquema, já no caso da ceftriaxona isoladamente como primeiro esquema 66,67% evoluíram para piora clínica e necessitaram de um esquema 2 de antimicrobianos. 11,1% dos pacientes evoluíram para óbito antes da mudança do esquema antibiótico inicial. Dos pacientes que responderam bem ao primeiro esquema antimicrobiano 37,5% não possuem comorbidade e 25% possuem DPOC, em relação ao escore CURB-65 75% pontuaram menor ou igual a 2 pontos, 21,7% pontuaram 3 pontos, 3,8% pontuaram 4 pontos e 0% pontuaram 5 pontos.

Dos 57,9% dos pacientes que necessitaram de esquema 2 por piora clínica a taxa de mortalidade subiu para 35%, os esquemas antibióticos mais adotados foram cefalosporina de terceira geração associado a quinolona em 35% dos pacientes e cefalosporina de terceira geração associado a clindamicina em 25% dos pacientes, além de outras associações, tais como quinolonas com macrolídeos e carbapenêmicos. O tempo médio de internação subiu para 8, a comorbidade mais comum passou a ser o AVC em 40% dos pacientes e 30% dos mesmos não possuem nenhuma comorbidade, 20% evoluíram para infecções hospitalares, 15% necessitaram de um terceiro esquema antibiótico. Em relação ao escore CURB-65 apenas 40% pontuaram menor ou igual a 2, 40% pontuaram 3 pontos, 16% pontuaram 4 pontos e 4% pontuaram 5 pontos.

Dentre os pacientes que foram a óbito 33% tiveram pontuação CURB-65 inicial menor ou igual a 2 pontos, 22,22% pontuaram 3 pontos, 33% pontuaram 4 pontos e 11% pontuaram 5 pontos.

6. Discussão

Conforme visto nos resultados, apesar do vies do tamanho pequeno da amostra, pode-se notar que os pacientes com pontuação CURB-65 menor ou igual a 2 pontos evoluíram melhor com o esquema antibiótico inicial e os que pontuaram 3 ou mais pontos necessitaram mais de um outro esquema antibiótico e tiveram maior tempo de permanência no hospital.

Já em relação ao esquema antibiótico escolhida de forma empírica o que se mostrou mais eficiente foi o uso da levofloxacina (quinolona respiratória) de forma isolada e o esquema 2 mais eficiente foi a associação de uma cefalosporina de terceira geração a quinolona inicial. O estudo também mostrou que a admissão de pacientes com diagnóstico de pneumonia e a escolha da ceftriaxona de forma isolada como esquema

antibiótico inicial levou os pacientes a permanecerem mais tempo no hospital e a necessitarem de um segundo esquema antibiótico com maior frequência.

Em decorrência da falta de protocolos notou-se a admissão desnecessária de pacientes sem comorbidades e sem sinais de gravidade, alguns pontuando 0 no escore CURB-65 levando a ocupação de leitos de enfermagem em detrimento a outros enfermos mais graves que necessitavam destes.

7. Conclusão

Através do estudo pode-se concluir que é extremamente necessário a elaboração de um protocolo local que guie o médico plantonista quanto a abordagem clínica e conduta inicial diante de um paciente com hipótese diagnóstica de Pneumonia Adquirida na Comunidade, além de orientá-lo sobre a necessidade de diante do diagnóstico de PAC iniciar o uso de anti microbiano de forma empírica ainda na sala de emergência, o que tem muita relevância na melhora do prognóstico do paciente.

E apesar da ausência de meios de cultura e Swab que confirmem o agente etiológico destas infecções o padrão local não deve ser diferente do nacional, com ênfase as *Pseudomonas* e ao *Hemophilus influenzae*, sendo assim o antibiótico ideal para os pacientes é a Quinolona respiratória nos pacientes com poucos critérios de gravidade com CURB-65 entre 1 e 2 e a associação de uma cefalosporina de terceira geração a quinolona nos pacientes com critérios de gravidade e CURB-65 a partir de 3 pontos.

Referências

1. Correa Ra, Lopes Rm, Oliveira Lmg. Estudo De Casos Hospitalizados Por Pneumonia Comunitária No Período De Um Ano. J Pneumol 27(5) – Set-Out De 2001;
2. Brasil. Ministério Da Saúde. Mortalidade–Cid 10. Disponível Em <Htpp://Www.Datasus.Gov.Br\>. Acesso Em 16 Nov. 2003;
3. Schoueri Jr, Ramos, Lr, Papaleo Nm. Crescimento Populacional: Aspectos Demográficos E Sociais. In: Carvalho Filho Et, Papaleo Nm. Geriatria: Fundamentos, Clínica E Terapêutica. 20 Ed. São Paulo: Atheneu, 2000; 9-29;
4. Hélio S. Sader, Rodrigo E. Mendes, Ana C. Gales, Ronald N. Jones, Perfil De Sensibilidade A Antimicrobianos De Bactérias Isoladasdo Trato Respiratório Baixo De Pacientes Com Pneumonia Internados Em Hospitais Brasileiros – Resultados Do Programa Sentry, 1997 E 1998. J Pneumol 27(2) – Mar-Abr De 2001;
5. Waldo Mattos, Alexandre Auler, Aírton Stein, Eduardo Fernandes, Rafael O. Leite, Cristiane Moraes, Isabela Osório De Freitasprotocolo De Tratamento Da Pneumonia Adquirida Na Comunidade Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre - V. 17 - Nº 2 - Jul/Dez – 2004;
6. Leal R, Kissman G, Franco Cab. Pneumonias Adquiridas Na Comunidade. Jbm, Novembro/Dezembro 2012. Vol. 100, No 5. Issn 0047-2077;
7. Pfaller Ma, Jones Rn, Doern Gv, Krugler K. The Sentry Participants Group. Bacterial Pathogens Isolated From Patients With Blood Stream Infection: Frequencies Of Occurrence And Antimicrobial Susceptibility Patterns From Sentry

- Antimicrobial Surveillance Program (United States And Canada, 1997). *Antimicrob Agents Chemother* 1998;42: 1762-1770.
8. Rabello L, Conceição C, Ebecken K, E Colaboradores. Tratamento Da Pneumonia Grave Adquirida Na Comunidade No Brasil: Análise Secundária De Um Inquérito Internacional. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(1):57-63;
 9. Vicco Mh, Ferini F, Rodeles L. In-Hospital Mortality Risk Factors In Community Acquired Pneumonia: Evaluation Of Immunocompetent Adult Patients Without Comorbidities *Rev Assoc Med Bras* 2015; 61(2):144-149;
 10. Waldo Mattos, Alexandre Auler, Aírton Stein, Eduardo Fernandes, Rafael O. Leite, Cristiane Moraes, Isabela Osório De Freitas protocolo De Tratamento Da Pneumonia Adquirida Na Comunidade *Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre - V. 17 - Nº 2 - Jul/Dez - 2004*;