



PNEUMONIA HOSPITALAR

1- Conceitos

Pneumonia Hospitalar é definida como aquela que ocorre 48 horas ou mais após a internação, que não estava, portanto, incubada no momento da admissão. É a segunda infecção hospitalar mais freqüente, sendo a primeira dentro das unidades de terapia intensiva.

2- Diagnóstico

O diagnóstico inicial de pneumonia hospitalar deve ser sempre lembrado na vigência de um novo ou progressivo infiltrado à radiografia de tórax associado a achados sugestivos de infecção, tais como febre ou hipotermia; leucocitose, leucopenia ou mais de 10% de formas jovens no leucograma; escarro ou aspirado traqueal purulento; piora da oxigenação. Esses achados não são, nem isoladamente nem em diferentes associações, totalmente específicos para pneumonia e diagnósticos diferenciais devem ser considerados: atelectasia, embolia, congestão, síndrome do desconforto respiratório adulto, neoplasia, reação a drogas, hemorragia alveolar, entre outros.

Na tentativa de melhorar o rendimento do diagnóstico clínico de pneumonia hospitalar, foi criado o escore CPIS (“clinical pulmonary infection score”). O CPIS está detalhado na tabela 1 e quando ele é superior a 6 há boa correlação com a presença de pneumonia confirmada por culturas quantitativas de materiais obtidos por broncoscopia ou aspirado traqueal.

| Tabela 1. Escore CPIS (Clinical Pulmonary Infection Score) | | | |
|--|-------------------------|---|-----------------------|
| | Pontos | | |
| | 0 | 1 | 2 |
| Temperatura (°C) | 36,1 – 38,4 | 38,5 – 38,5 | ≥ 39 ou ≤ 36 |
| Leucócitos (/mm ³) | 4.000 – 11.000 | < 4.000 ou > 11.000 Mais 1 ponto se ≥ 500 bastões | |
| Secreções 0 – 4+ por aspiração (total/dia) | < 14+/dia | > 14+/dia Mais 1 ponto se secreção purulenta | |
| PaO ₂ /FiO ₂ | > 240 ou SDRA | | ≤ 240, sem SDRA |
| Radiografia de tórax | Sem infiltrado | Infiltrado difuso | Infiltrado localizado |
| Microbiologia* | Sem ou crescimento ≤ 1+ | Crescimento > 1+ Mais um ponto se mesma bactéria no Gram | |

* Este critério microbiológico, por demandar tempo até ser obtido, pode ser desprezado ou modificado para apenas os achados do Gram



USO E CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS

3- Fatores de risco para patógenos multirresistentes como agentes etiológicos de pneumonia hospitalar

- 1- Internação por 5 ou mais dias
- 2- Terapia antimicrobiana nos 90 dias anteriores
- 3- Alta frequência de resistência antimicrobiana na comunidade ou na unidade hospitalar em que o paciente encontra-se internado
- 4- Presença de fatores de risco para pneumonia associada a cuidados de saúde
 - a. Hospitalização por 2 ou mais dias nos últimos 90 dias
 - b. Residência em asilos
 - c. Terapia domiciliar venosa, incluindo antibióticos
 - d. Diálise crônica nos últimos 30 dias
 - e. Cuidados domiciliares com feridas
 - f. Membro da família com patógeno multirresistente
- 5- Doença ou terapia imunossupressora

Sempre antes de iniciar terapia antimicrobiana deve-se realizar 2 amostras de hemoculturas, de dois acessos diferentes, simultâneas e solicitar cultura quantitativa de aspirado traqueal (fisioterapia, com técnicas assépticas)



USO E CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS

PNEUMONIA HOSPITALAR

4- Conduta Terapêutica

A CCIH, baseada no perfil de sensibilidade dos patógenos isolados frequentemente no Hospital de Clínicas da UFTM, propõe a seguinte conduta antimicrobiana para Pneumonia Hospitalar

| Pneumonia Hospitalar não relacionada a Ventilação Mecânica | | | |
|---|--|---|--|
| Sem uso prévio de Antimicrobianos | Ceftriaxone 1g 12/12h Ou Levofloxacina 500mg 12/12H por 7 dias | | |
| Com uso prévio de Antimicrobianos | Uso prévio de Cefalosporinas | Levofloxacina 500mg 12/12h + Amicacina 500mg 12/12h | Se fator de risco para MRSA – usar vancomicina |
| | Sem uso prévio de Cefalosporinas | Cefepime 2g 12/12h | Se fator de risco para MRSA – usar vancomicina |
| Em caso de broncoaspiração realizar cobertura para anaeróbio com Clindamicina 600mg 6/6h em 30 minutos. Ampicilina-Sulbactam será prioridade em infecções por <i>Acinetobacter spp</i> | | | |

| Pneumonia Hospitalar Relacionada a Ventilação Mecânica | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | Sem uso prévio de Antimicrobianos | | Com uso prévio de Antimicrobianos | |
| | Estável | Instável | Estável | Instável |
| Precoce (< 5 dias) | Ceftriaxone 1g 12/12h ou Levofloxacina 500mg 12/12h | Cefepime 2g 12/12h ou Imipenem 500mg 6/6h Se fator de risco para MRSA associar vancomicina 500mg 6/6h | Cefepime 2g 12/12h (sem uso prévio de cefalosporinas) ou Piperacilina-Tazobactan 4,5g 8/8h (formulário especial) | Imipenem ou Piperacilina-Tazobactan Se fator de risco para MRSA associar vancomicina |
| Tardio (> 5 dias) | Cefepime 2g 12/12h + Amicacina 500mg 12/12h | Cefepime 2g 12/12h + Imipenem 500mg 6/6h Se fator de risco para MRSA substituir cefepime por vancomicina | Piperacilina-Tazobactan 4,5g 8/8h ou Imipenem 500mg 6/6h Se fator de risco para MRSA substituir piperacilina-tazobactan por vancomicina | Carbapenêmico + Vancomicina 500mg 6/6h |

Crítérios para indicação de Meropenem

- Resistência a Imipenem com sensibilidade a Meropenem
- Alteração da função renal
- Uso de drogas anti-convulsivantes
- Trauma crânio encefálico com crises convulsivas