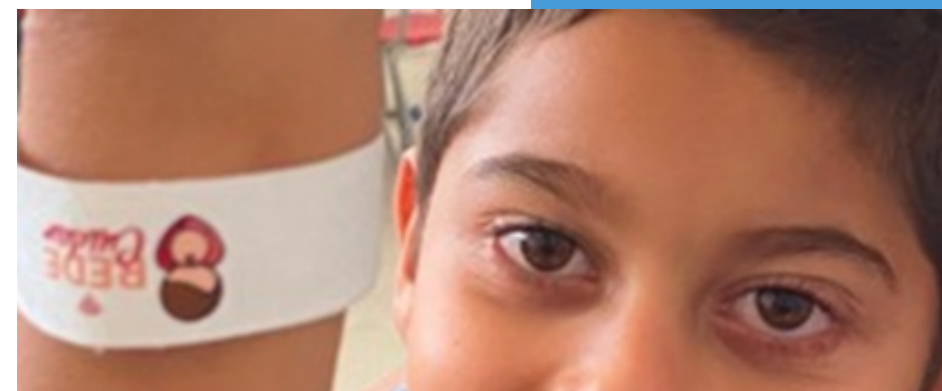


R|R

10ª CARAVANA DA REDE CUIDAR 2013-2023



CARAVANA INICIAL EM 2013

CONTEXTO DE BUSCA ATIVA DE CARDIOPATAS.
TREINAMENTOS E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAIS

HISTÓRICO



CARAVANA EM 2023

CONTEXTO DE BUSCA ATIVA DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS CARDÍACOS E ORTOPÉDICOS.

TREINAMENTOS E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAIS

ODONTOLOGIA, SRAG, DIU.

HISTÓRICO





A História das Caravanas

Nossa linha do tempo



2013

AS CARAVANAS SE CONFUNDEM COM A PRÓPRIA REDE CUIDAR



2013 - 2014

IDENTIFICADAS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA EM PERINATOLOGIA A PARTIR DA DEMANDA DA CARDIOLOGIA



2015 - 2018

INICIOU-SE A ASSISTÊNCIA A GESTANTES E CRIANÇAS COM MICROCEFALIA. MANTEVE O HISTÓRICO DE MOMENTO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL



2019 - 2021 E 2022

IMPLANTOU-SE A LINHA DE CUIDADO EM ORTOPEdia PEDIATRICA, MANTEVE A ASSISTÊNCIA A CARDIOPATAS, CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

CONTEXTO ATUAL

A REDE É CONVOCADA A DAR APOIO TÉCNICO À EQUIPE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ESTADO DURANTE O PERÍODO DA SAZONALIDADE

CONSULTORIA ON LINE ÀS UNIDADES

CARACTERIZANDO O PERFIL DE GRAVIDADE, DANDO APOIO ÀS TOMADAS DE DECISÃO, IDENTIFICANDO DIFICULDADES, DIALOGANDO COM OUTROS ATORES GERANDO FACILIDADES

OBJETIVOS



1

Identificar as infecções das vias aéreas mais comuns em crianças durante a sazonalidade dos vírus respiratórios.

2

Reconhecer fatores de risco e sintomas de asma e pneumonia em pacientes pediátricos.

3

Compreender a insuficiência respiratória em pacientes pediátricos.

4

Discutir opções de tratamento e prevenção da insuficiência respiratória em crianças.



EPIDEMIOLOGIA

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, BREVE ANÁLISE

EPIDEMIOLOGIA



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Nº: 10-2023

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

GERÊNCIA:

Gerência Executiva de
Vigilância em Saúde

GERÊNCIA OPERACIONAL:

Gerência Operacional
de Vigilância Epidemiológica

NÚCLEO:

Núcleo de Doenças e Agravos
Transmissíveis

Boletim de Vírus Respiratórios Nº 10/2023 – Divulgação em 26 de junho de 2023.

Assunto: Vírus Respiratórios - Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave. Paraíba, 2023.

DEFINIÇÃO DE CASO

Síndrome Gripal

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse, ou dor de garganta e início dos sintomas nos últimos 07 dias.

Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG (SRAG-hospitalizado)

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ <95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

EPIDEMIOLOGIA

Tabela 01 – Quantidade de amostras coletadas para Síndrome Gripal, por Unidade Sentinela, da semana epidemiológica 01 a 25. Paraíba, 2023.

Unidade Sentinela	Município	2022		<u>SE 24</u> 2023		Variação (%)	2022		<u>SE 25</u> 2023		Variação (%)
		N	%	N	%		N	%	N	%	
Hospital municipal valentina	Joao Pessoa	141	25,87	207	21,14	46,81	141	25,87	218	20,90	54,61
Unidade de pronto atendimento oceania	Joao Pessoa	101	18,53	441	45,05	336,63	101	18,53	449	43,05	344,55
Upa cruz das armas	Joao Pessoa	228	41,83	192	19,61	-15,79	238	43,67	195	18,70	-18,07
Upa 24 horas dr maia	Campina Grande	75	13,76	203	20,74	170,67	75	13,76	212	20,33	182,67
Total		545	100	1043	106,54	91,38	555	101,83	1074	102,97	93,51

Fonte: Sivep Gripe, 2023. Dados sujeitos a alterações.



EPIDEMIOLOGIA

Tabela 02 – Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para a síndrome gripal. Paraíba, 2022 e 2023 até a SE 25.

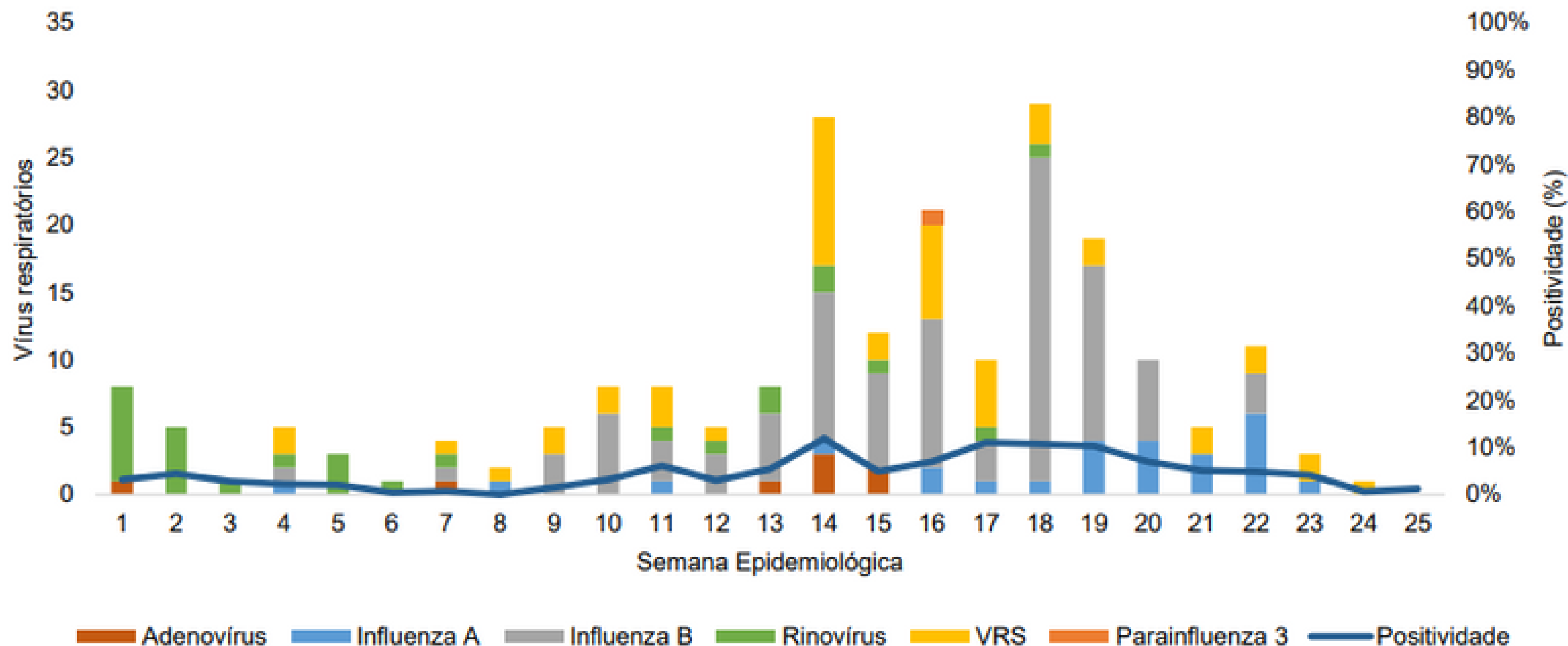
Vírus Respiratórios	2022		2023		Variação (%)
	N	%	N	%	
Influenza A	18	78,26	26	12,26	44,44
Influenza B	0	0,00	101	47,64	100,00
VRS	1	4,35	48	22,64	4700,00
Adenovírus	0	0,00	8	3,77	100,00
Rinovírus	4	17,39	28	13,21	600,00
Parainfluenza 3	0	0,00	1	0,47	100,00
Total	23	100,00	212	100,00	821,74

Fonte: Sivep Gripe, 2023. Dados sujeitos a alterações.

EPIDEMIOLOGIA



Gráfico 01- Distribuição dos vírus respiratórios identificados nas Unidades Sentinelas para síndrome gripal, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Paraíba, 2023 até a SE 25.

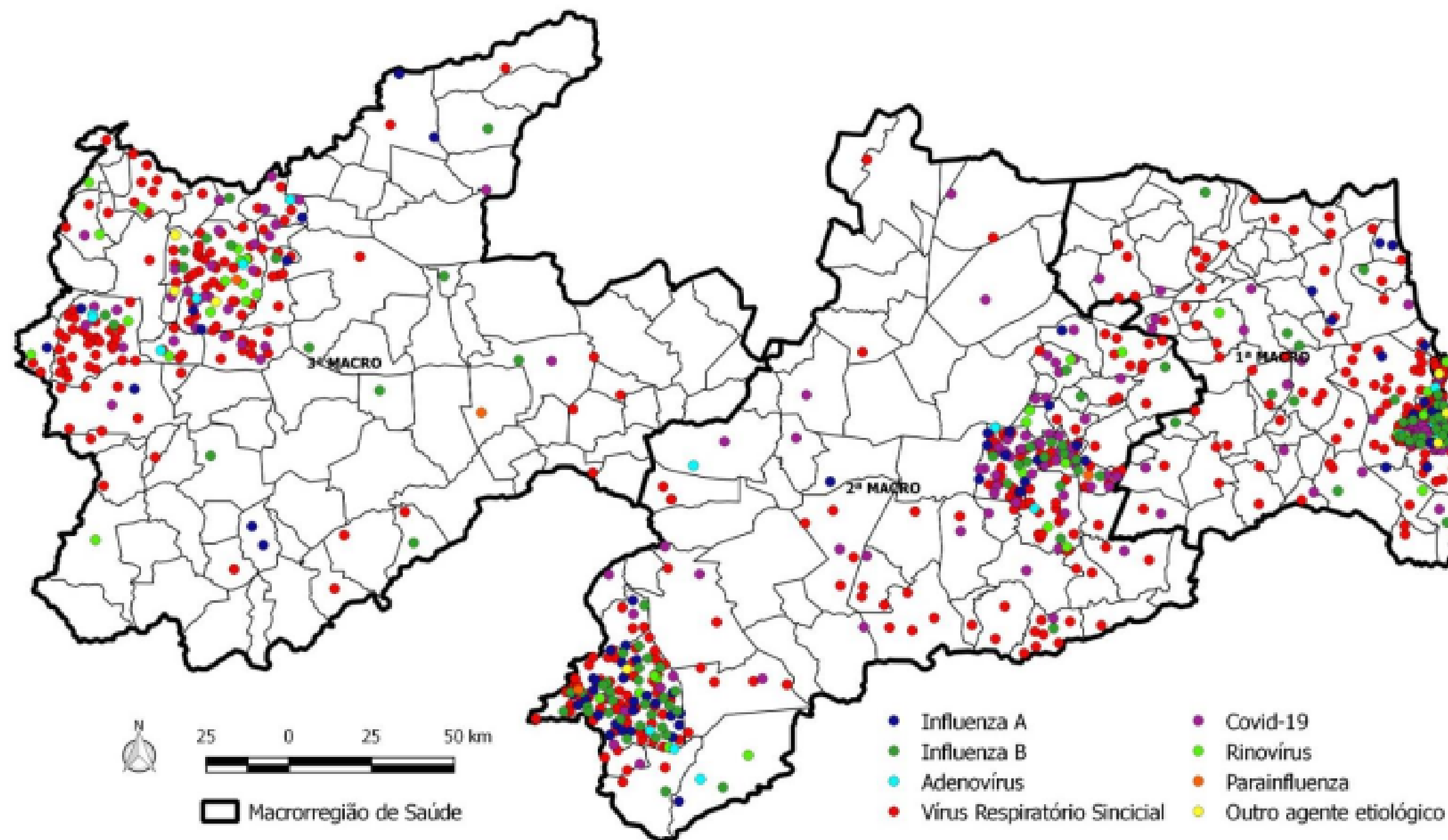


Fonte: Sivep Gripe e GAL, 2023. Dados sujeitos a alterações.

EPIDEMIOLOGIA



Mapa 01 – Casos de SRAG com vírus respiratório identificado, por município de residência, até a semana epidemiológica 25. Paraíba, 2023.



Fonte: Sivep Gripe, 2023. Dados sujeitos a alterações.

Infecções Respiratórias Agudas em Pediatria

Uma visão geral do Vírus Sincicial Respiratório (bronquiolite), Asma e Pneumonia e os seus impactos em lactentes jovens





VÍRUS SINSICIAL RESPIRATÓRIO

VSR



VIRUS SINCIAIL



BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) alerta os Pediatras sobre a importância da imunização de bebês prematuros contra o Vírus Sincicial-Palivizumabe

É o principal agente causador de infecção do trato respiratório inferior de crianças nos primeiros anos de vida.

Assume maior gravidade quando acomete bebês prematuros, cardiopatas e portadores de doença pulmonar crônica da prematuridade.

Sua sazonalidade é bem reconhecida, e se inicia mais precocemente na região Norte e Nordeste do país (fevereiro) e mais tardiamente no Sudeste e Sul do Brasil (abril).

Sazonalidade - VSR

Quadro 1. Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR). Brasil, 2007 a 2014 (até a semana epidemiológica 27) e Período de Aplicação de Palivizumabe.

Região	Sazonalidade	Período de Aplicação
Norte	Fevereiro a Junho	Janeiro a Junho
Nordeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Centro Oeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sudeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sul	Abril a Agosto	Março a Agosto

Fonte: SIVEP-gripe

* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (≤ 2 anos), adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

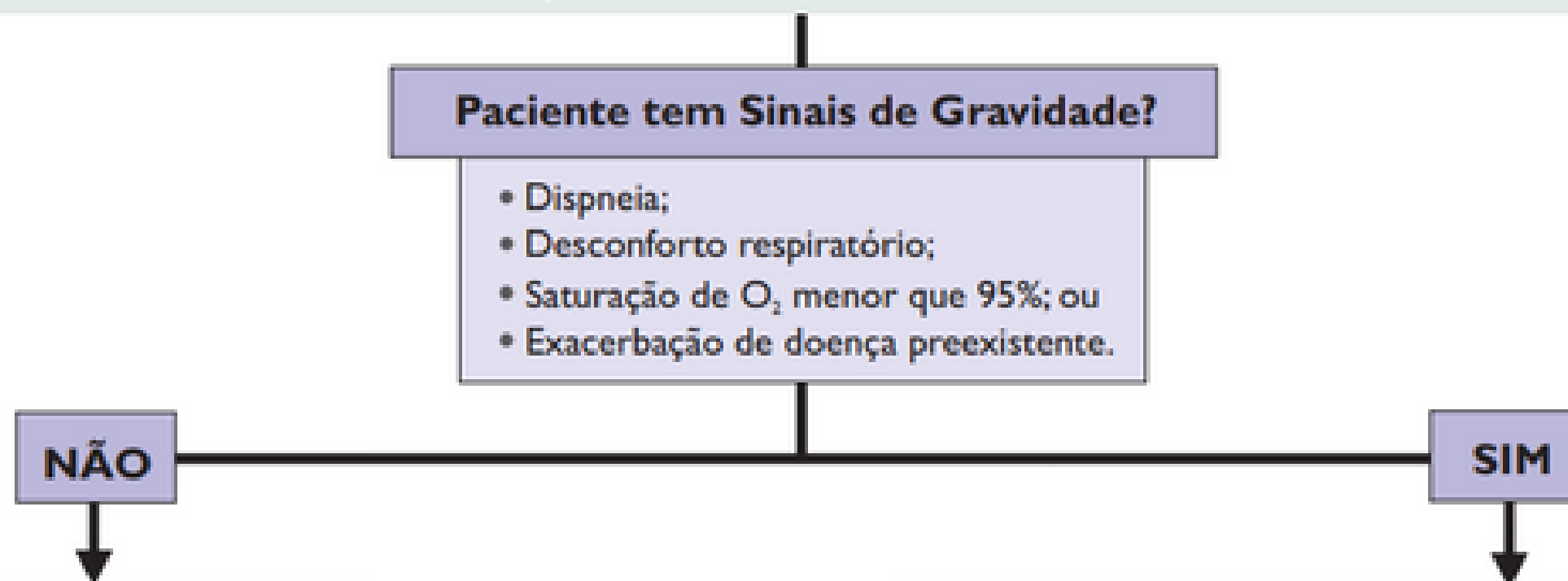
SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



Paciente tem Sinais de Gravidade?

- Dispneia;
- Desconforto respiratório;
- Saturação de O₂ menor que 95%; ou
- Exacerbação de doença preexistente.

NÃO

SIM

SÍNDROME GRIPAL

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG

Paciente Possui Fator de Risco* ou tem Sinais de Piora do Estado Clínico**?

Paciente tem Indicação para Internação em UTI?

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória; ou
- Instabilidade hemodinâmica.

NÃO

SIM

NÃO

SIM

- Sintomáticos; e
- Aumentar a ingestão de líquidos orais.

- Oseltamivir;
- Sintomáticos;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante) ou outros na presença de sinais de agravamento; e
- Aumentar a ingestão de líquidos orais.

- Oseltamivir;
- Antibioticoterapia;
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante);
- Oxigenoterapia sob monitoramento; e
- Exames complementares.

- Oseltamivir;
- Antibioticoterapia;
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante);
- Oxigenoterapia sob monitoramento; e
- Exames complementares.

SÍNDROME GRIPAL

Paciente Possui Fator de Risco* ou tem Sinais de Piora do Estado Clínico**?

NÃO

- Sintomáticos; e
- Aumentar a ingestão de líquidos orais.

Acompanhamento Ambulatorial

Retorno
Com sinais de piora do estado clínico ou com o aparecimento de sinais de gravidade.

SIM

- Oseltamivir;
- Sintomáticos;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante) ou outros na presença de sinais de agravamento; e
- Aumentar a ingestão de líquidos orais.

Acompanhamento Ambulatorial

Retorno
Em 48h ou em caso de sinais de gravidade.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG

Paciente tem Indicação para Internação em UTI?

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória; ou
- Instabilidade hemodinâmica.

NÃO

- Oseltamivir;
- Antibioticoterapia;
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante);
- Oxigenoterapia sob monitoramento; e
- Exames complementares.

Acompanhamento Leito de internação

Notificar e Coletar exames específicos.

SIM

- Oseltamivir;
- Antibioticoterapia;
- Hidratação venosa;
- Exames radiográficos (inclusive na gestante);
- Oxigenoterapia sob monitoramento; e
- Exames complementares.

Acompanhamento Leito de terapia intensiva

Notificar e Coletar exames específicos.

A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em pediatria é uma condição respiratória grave que pode afetar crianças de todas as faixas etárias.



Causa:

A SRAG em pediatria é geralmente causada por infecções virais, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) o agente etiológico mais comum causando a BRONQUIOLITE

Outros vírus, como o influenza A e B, adenovírus, rinovirus e coronavírus, também podem causar a doença.

Sintomas:

Os sintomas da BRONQUIOLITE(VSR) em crianças podem incluir:

febre alta, tosse persistente, dificuldade respiratória, chiado no peito, respiração acelerada, letargia e desconforto respiratório.

Diagnóstico:

O diagnóstico da BRONQUIOLITE em pediatria é geralmente baseado na avaliação clínica dos sintomas e na exclusão de outras causas de doença respiratória.

Testes laboratoriais, como swabs nasais para detecção viral, podem ser feitos para identificar o agente causador.

Tratamento:

O tratamento da BRONQUIOLITE em pediatria é principalmente de suporte,

focando no alívio dos sintomas e na prevenção de complicações. Isso

pode envolver a administração de antitérmicos para controlar a febre, a

oferta de líquidos adequados para prevenir a desidratação e o

fornecimento de oxigênio suplementar, se necessário.

Prevenção:

A prevenção da bronquiolite em pediatria envolve medidas semelhantes às adotadas para outras infecções respiratórias virais.

Isso inclui a promoção da higiene das mãos, a cobertura da boca e do nariz ao tossir ou espirrar, a vacinação contra os agentes infecciosos relevantes (como a vacina contra o VSR) e a adoção de medidas de controle de infecção em ambientes hospitalares.

Complicações:

Em alguns casos, a bronquiolite em pediatria pode levar a complicações graves, como pneumonia, insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório. É fundamental monitorar de perto as crianças afetadas e intervir prontamente para prevenir e tratar quaisquer complicações.

ASMA AGUDA

A asma é a doença crônica mais comum em crianças



A ASMA é caracterizada por uma inflamação crônica das vias aéreas como resultado de uma grande variedade de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas

Todas essas alterações podem ser encontradas mesmo em pacientes com manifestações leves da doença:

- **infiltração de neutrófilos e eosinófilos,**
- **mastócitos degranulados,**
- **vasodilatação brônquica,**
- **perda da integridade do epitélio brônquico,**
- **espessamento da membrana basal,**
- **hiperplasia de células caliciformes produtoras de muco, redução do lúmen com acúmulo de muco**
- **hipertrofia da musculatura lisa peribrônquica**

Causa

Na gênese da asma, há inúmeros agentes infecciosos envolvidos, mas considera-se que há uma importante associação entre infecção viral e início dos sintomas como sibilância e asma na faixa etária pediátrica (HERBERTO; CHONG, 2018).

Causa

A associação da ocorrência de asma em crianças e adolescentes com infecções virais prévias, principalmente pelo RVH e pelo VSR já é bem descrita.

No entanto, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis por essa íntima relação ainda não foram completamente elucidados.

Causa inflamatória

A inflamação acomete mais intensamente as vias aéreas ocorre obstrução variável do fluxo aéreo por contração muscular dos brônquios, edema, descamação da mucosa, acúmulo de muco, deposição de detritos celulares e acúmulo de secreções exsudativas no lúmen.

Esse quadro pode ser reversível espontaneamente ou por meio de tratamento a depender da gravidade do paciente.

Sintomas:

Extremamente incômodos e afetando diretamente a qualidade de vida da criança, os sintomas principais são sibilância, respiração rápida e curta, aperto no peito e tosse, além das crises mais intensas e graves relacionadas diretamente à variação do fluxo expiratório

Sintomas:

Os sintomas da asma cursam com os de outras infecções recorrentes na infância, o que dificulta o diagnóstico e interfere diretamente no estabelecimento de um tratamento adequado

Sinais e Sintomas

Os principais sintomas de pacientes asmáticos são:

- Dispneia
- Tosse
- Tosse crônica
- Aperto no peito
- Sibilância

Nos casos de significativa obstrução das vias aéreas, os pacientes podem apresentar:

- Cianose
- Taquipneia
- Tiragem intercostal
- Confusão mental

Diagnóstico:

Pela história que o paciente conta e por observações feitas durante o exame clínico, tais como: chiado, tórax exageradamente cheio de ar, presença de rinite alérgica (espirros repetidos, nariz escorrendo, entupimento e coceira do nariz, que pode ser intensa) e existência de familiares com doenças alérgicas e asma.

Exames para alergia e provas de função respiratória auxiliam no diagnóstico.

Tratamento:

Baseia-se nas medidas de higiene do ambiente, uso de medicamentos e vacinas para alergia.

A maioria dos pacientes com asma é tratada com dois tipos de medicação:

1) medicação chamada controladora ou de manutenção, que serve para prevenir o aparecimento dos sintomas e evitar as crises de asma, reduzem a inflamação dos brônquios, diminuem o risco de crises de asma e evitam a perda futura da capacidade respiratória. O uso correto da medicação controladora diminui muito ou até elimina a necessidade da medicação de alívio.

(2) medicação de alívio ou de resgate, que serve para aliviar os sintomas quando houver piora da asma.

Tratamento:

Baseia-se nas medidas de higiene do ambiente, uso de medicamentos e vacinas para alergia.

A maioria dos pacientes com asma é tratada com dois tipos de medicação:

1) medicação chamada controladora ou de manutenção, que serve para prevenir o aparecimento dos sintomas e evitar as crises de asma, reduzem a inflamação dos brônquios, diminuem o risco de crises de asma e evitam a perda futura da capacidade respiratória. O uso correto da medicação controladora diminui muito ou até elimina a necessidade da medicação de alívio.

(2) medicação de alívio ou de resgate, que serve para aliviar os sintomas quando houver piora da asma.

5. TRATAMENTO

Tratamento inicial

- Inalação com broncodilatadores de ação rápida, preferencialmente inalador dosimetrado (MDI) com máscara e espaçador.
- Início precoce de corticosteroides na crise grave e na crise leve em > 6 anos.
- Suplementação de oxigênio de acordo com a gravidade da crise e resposta às medidas iniciais .

Duração do Tratamento

- Salbutamol inalatório 4 a 6x/dia por 5 dias.
- Corticoide oral por 5 dias (se recebeu no atendimento).

Indicação de exames de controle durante o tratamento:

- Não há.

Indicação de retorno ambulatorial, exames no retorno:

- Reavaliação ambulatorial com pediatra após 48 horas. Exames de acordo com o médico assistente.

Quadro 1 Objetivos do tratamento da asma

1. Controlar os sintomas
2. Possibilitar atividades normais na escola e no lazer
3. Manter função pulmonar normal ou a melhor possível
4. Evitar episódios agudos, atendimentos em emergências e hospitalizações
5. Reduzir a necessidade de uso de broncodilatador para alívio dos sintomas
6. Minimizar efeitos adversos da medicação
7. Atender às expectativas do paciente e da família com o tratamento
8. Evitar a morte

Fonte: Wood, 2002

- MEDICAÇÕES UTILIZADAS NO CONTROLE DA CRISE ASMÁTICA GRAVE NO PRONTO SOCORRO**

Medicação	Dose
Salbutamol aerossol (100 mcg/dose)	4-8 jatos a cada 20 min 3 vezes (inicial). Repetir conforme necessidade.
Salbutamol sol. Inalação (5 mg/mL)	0,15 mg/kg, máximo 1mL, a cada 20 min 3 vezes (inicial). Repetir conforme necessidade.
Brometo de Ipratropio sol. Inalação (0,25 mg/mL)	<12 anos – 0,25 mg (20 gotas) a cada 20 min 3 vezes. >12 anos- 0, 5 mg (40 gotas) a cada 20 min 3 vezes.
Brometo de Ipratrópio aerossol (20 mcg/dose)	<12 anos – 4 jatos a cada 20 min 3 vezes. >12 anos- 8 jatos a cada 20 min 3 vezes.
Corticóide sistêmico (prednisona/prednisolona VO ou metilprednisolona EV)	1-2 mg/kg/dia (máximo 40 mg/dia para <12 anos e 50 mg/dia para 12-17 anos) a cada 12-24h.
Sulfato de Magnésio	Dose inicial sugerida: 50 mg/kg EV) infundido em 20 min. Se necessário completar para 75 mg/kg (máximo 2 g).
Salbutamol EV (0,5 mg/mL)	Ataque: 10 mcg/kg EV. Manutenção 0,1 a 1 mcg/kg/min EV (máximo 5 mcg/kg/min).

7 . FLUXOGRAMA

Avaliação inicial: anamnese, exame físico, sinais vitais e oximetria.
Classificação de Gravidade:

LEVE

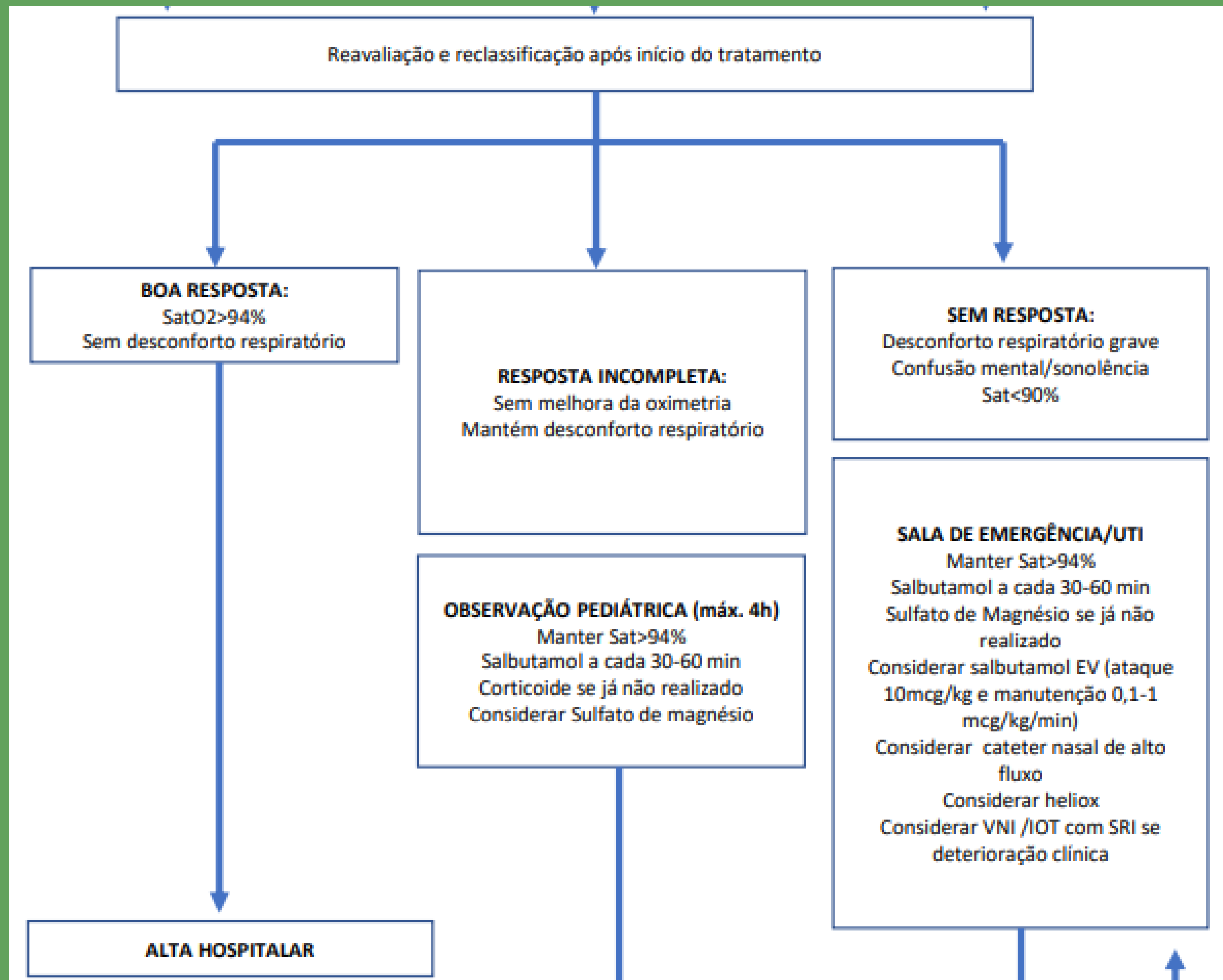
Salbutamol 400-800 mcg 3x a cada 20'
Corticoide VO se >6 anos
(1-2 mg/kg/dia)

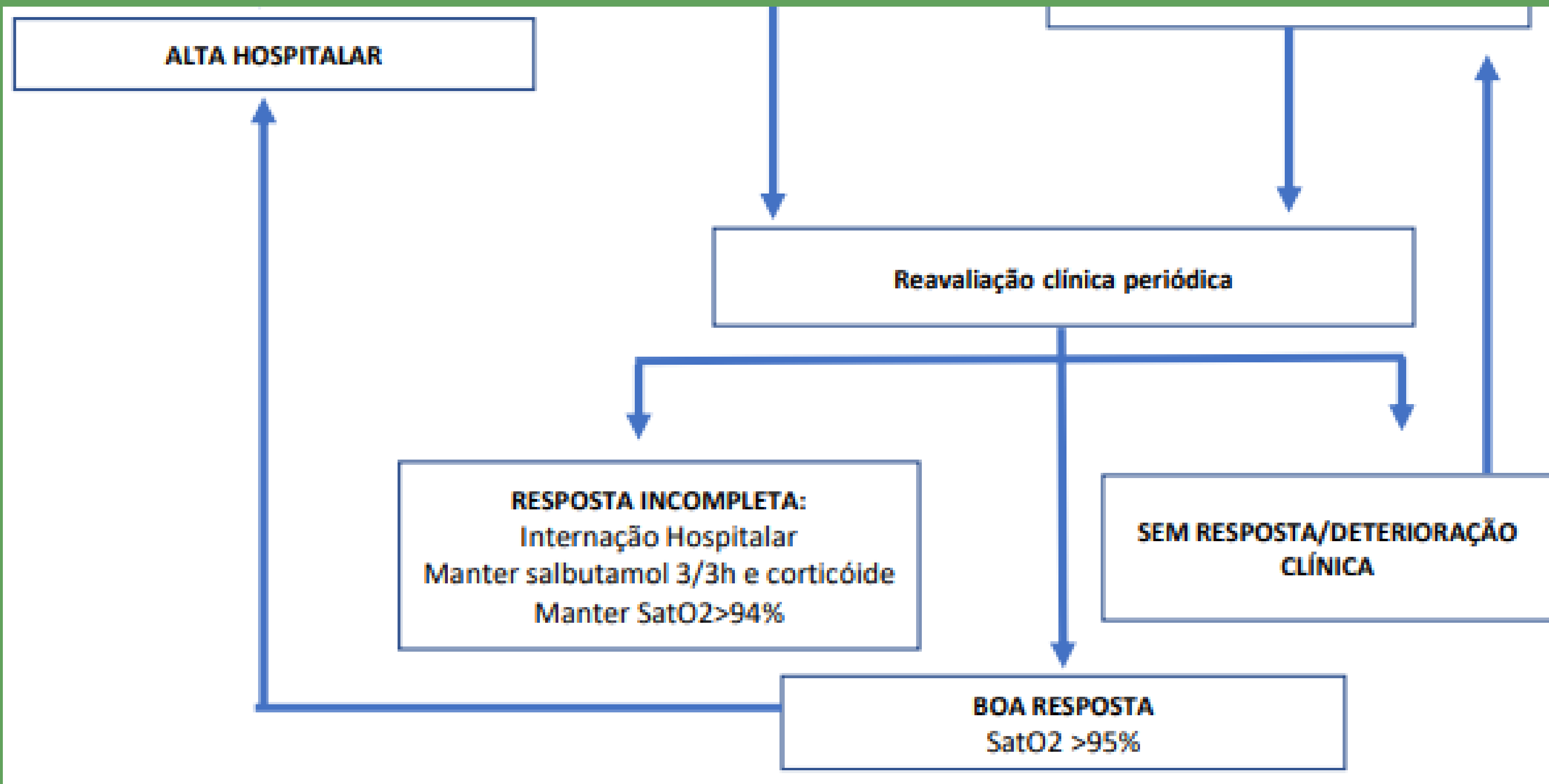
MODERADA

Manter SatO₂>94%
Salbutamol 400-800 mcg 3x a cada 20'
Corticoide VO (1-2 mg/kg/dia)
Considerar brometo de ipratrópio
(80-160 mcg 3x a cada 20')

GRAVE

Manter SatO₂>94% : avaliar máscara não reinalante/ CNAF <10 kg: 2 L/kg; >10 kg: 1 L/kg)
Salbutamol 400-800 mcg 3x a cada 20'
Brometo de ipratrópio 80-160 mcg 3x a cada 20'
Corticoide VO (1-2 mg/kg/dia)
Considerar sulfato de magnésio 50-75 mg/kg





PNEUMONIA

A asma é a doença crônica mais comum em crianças



Em crianças a pneumonia adquirida na comunidade tem alta incidência, segundo a OMS é de 156 milhões de episódios por ano em menores de 5 anos.

Também é uma importante causa de morbimortalidade no mundo, principalmente em países em desenvolvimento, responsável por 15% de todos os óbitos de crianças menores de 5 anos, dados de 2019 da ONU apontam mais de 800 mil óbitos no mundo em apenas 1 ano.

principais fatores de risco :

Desnutrição

Baixa idade e comorbidades

Outros fatores como:

baixo peso ao nascer

permanência em creches e escolas

ausência de aleitamento materno

vacinação incompleta

variáveis sócio-econômicas e ambientais contribuem para a morbimortalidade.

Fatores de proteção são a vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo B e *Streptococcus pneumoniae*, as quais reduziram muito a incidência de pneumonias.

Diagnóstico clínico:

Em recém-nascidos e lactentes, os sinais e sintomas frequentemente são inespecíficos.

Podem ocorrer:

- Febre ou hipotermia.
- Sintomas respiratórios como tosse seca ou produtiva e coriza são comuns, mas podem ser menos exuberantes.
- Inapetência, irritabilidade, letargia e gemência.
- Taquipneia (sinal muito sensível) e/ou dispneia

- Evolução inicial semelhante a resfriado ou gripe (tosse seca ou produtiva, febre e coriza).

A exacerbação dos sintomas, a manutenção da febre por período superior a 48-72 horas e a associação de dispneia, prostração e palidez sugerem complicação bacteriana.

Menos frequentemente pode ocorrer dor ou distensão abdominal e vômitos.

- Sinais clássicos da semiologia de condensação pulmonar (que podem estar ausentes):

submacicez à percussão.

crepitações, diminuição de murmúrios vesiculares, “respiração soprosa”.

broncofonia aumentada

Diagnóstico Radiológico:

A radiografia simples do tórax é extremamente útil ao diagnóstico, mas o padrão radiológico não define a etiologia da pneumonia.

Deve ser evitada no contexto de doenças tipicamente virais ou que cursam com sibilância, pois induz a erros diagnósticos com frequência.

Diagnóstico Laboratorial:

O hemograma, dosagem da proteína C reativa e pró-calcitonina são marcadores inespecíficos de processo inflamatório.

Podem ser utilizados como ferramenta auxiliar, porém de valor limitado, na diferenciação entre processo viral e bacteriano (principalmente se analisados em conjunto). Podem ter utilidade no seguimento da resposta ao tratamento.

Diagnóstico Laboratorial:

A pesquisa do agente etiológico é recomendada para pacientes que necessitam admissão hospitalar:

- Hemocultura – apesar da baixa positividade.
- Sorologias (M. pneumoniae, C. pneumoniae).

• Pesquisa de vírus respiratórios (VSR, adenovírus, influenza, parainfluenza).

• Análise do líquido pleural, se presente derrame e optado por punção deve coletar: análise bioquímica, bacterioscopia, cultura.

• Técnicas de biologia molecular (PCR / RT-PCR) podem ser coletados, quando disponíveis – identificação de vírus e bactérias.

PNEUMONIA

[Recomendações para o tratamento](#)



Tratamento ambulatorial

Recomendações gerais de hidratação, antitérmicos e orientação dos sinais de piora/ gravidade são indicadas para todos os pacientes.

A amoxicilina é o antibiótico de primeira escolha para as crianças tratadas ambulatorialmente pois é eficaz contra a maioria dos patógenos e bem tolerada.

A dose habitual é a de 50mg/kg/dia, dividida em 3 doses diárias, para manutenção de nível sérico acima do MIC do pneumococo por pelo menos 40-50% do intervalo entre as doses.

Uma dose alternativa é a de 90mg/kg/dia, dividida em 2 doses diárias. A mesma pode ser suspensa após 3 a 5 dias da resolução dos sintomas. Não é recomendado o controle radiológico para pacientes que evoluíram bem com o tratamento ambulatorial

Tratamento ambulatorial

Se a criança permanecer febril após 72h de tratamento ou apresentar piora clínica, deve ser reavaliada clínica e radiologicamente, para se afastar alguma complicação.

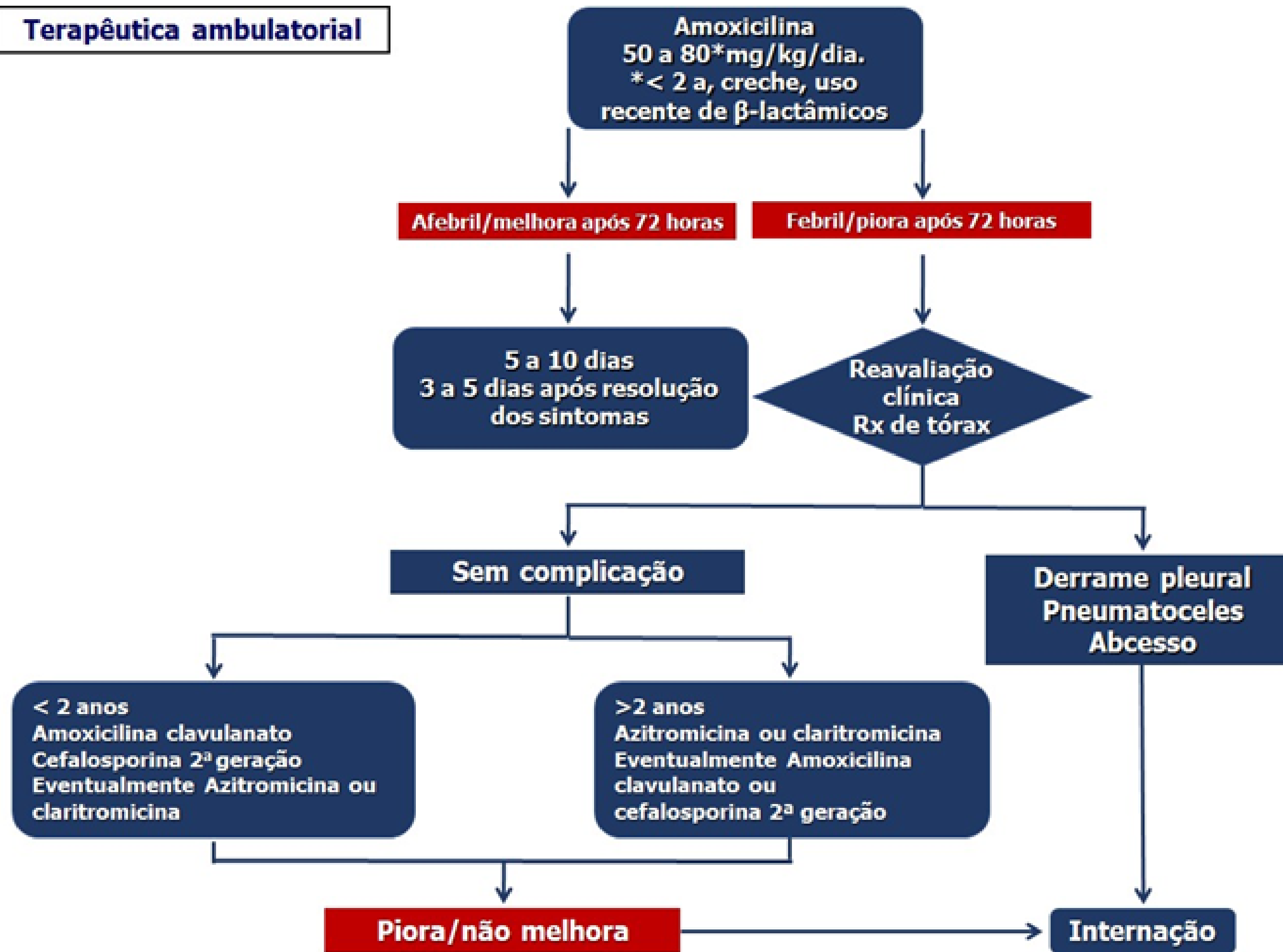
Na ausência de complicações, o antibiótico deve ser trocado, de acordo com a idade

. Para menores de 2 anos as opções são amoxicilina e clavulanato e cefalosporinas de 2ª ou 3ª geração.

Para os maiores de 2 anos, a claritromicina ou azitromicina, bem como a amoxicilina/clavulanato ou as cefalosporinas de 2ª ou 3ª gerações são opções adequadas.

As crianças com evidência de complicação devem ser internadas e a escolha do antibiótico revista

Terapêutica ambulatorial



Indicações de internação:

- Idade menor que 2 meses.
 - Insuficiência respiratória aguda.
 - Hipoxemia, saturação de oxigênio < 92%.
 - Comprometimento do estado geral, toxemia, desidratação.
 - Pneumonia extensa.
 - Impossibilidade de ingerir medicações (vômitos).
-
- Falha de resposta à terapêutica ambulatorial.
 - Immunodeficiência primária ou secundária.
 - Complicações.
 - Derrame pleural.
 - Abscesso pulmonar.
 - Pneumatocele.
 - Pneumotórax. (3,4)

Tratamento hospitalar

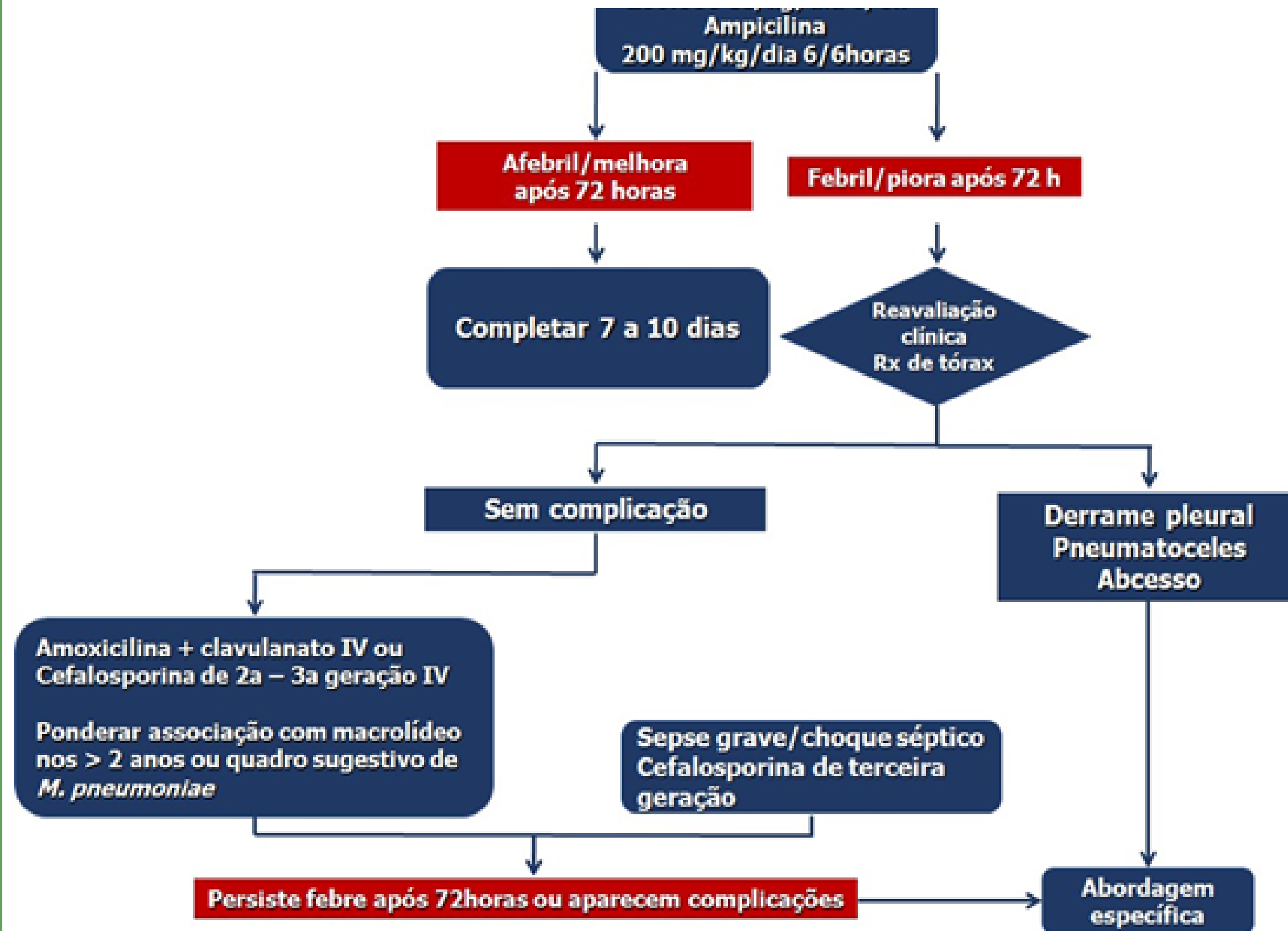
Para tratamento intravenoso, a ampicilina 200 mg/kg/dia é o antibiótico de primeira escolha.

A penicilina cristalina também pode ser usada como opção, se disponível no serviço.

Como alternativas às medicações propostas pode-se empregar a amoxicilina/clavulanato 90 mg/kg/dia ou cefuroxima 150 mg/kg/dia.

Se a criança permanecer febril após 72h de tratamento ou apresentar piora clínica, deve ser reavaliada clínica e radiologicamente para afastar alguma complicação.

Terapêutica hospitalar



Menores de 2 meses: Penicilina cristalina ou ampicilina associada a aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração se houver sepse ou acometimento associado de sistema nervoso central

resumo

- A radiografia de tórax é extremamente útil ao diagnóstico, mas o padrão radiológico não define a etiologia da pneumonia.
- Nenhum exame laboratorial deve ser solicitado para crianças com tratamento ambulatorial.
- A pesquisa do agente etiológico deve ser feita para todos os pacientes que necessitem admissão hospitalar. Ela pode incluir:
 - o Hemocultura – apesar da baixa positividade.
 - o Sorologias (M.pneumoniae, C.pneumoniae).
 - o Pesquisa de vírus respiratórios (VSR, adenovírus, influenza, para influenza).
 - o Análise do líquido pleural, se puncionado: análise bioquímica, bacterioscopia, cultura.
- Se a criança permanecer com febre após 72hs do tratamento ou apresentar piora clínica, deve ser revista clínica e radiologicamente, para afastar a presença de complicações.

Para as crianças com indicação de internação, a ampicilina é o antibiótico de primeira escolha. A duração total do tratamento deve ser de 7 a 10 dias, se não houver complicações.

Nota: Estas recomendações resultaram da revisão crítica da literatura e de práticas atuais, e não tem a intenção de impor padrões de conduta, mas ser um instrumento na prática clínica diária.

O médico, frente ao seu paciente (inclusive considerando as opiniões deste), deve fazer o julgamento a respeito da decisão de tratamento ou das prioridades de qualquer procedimento.



