

65. BRONQUITE AGUDA

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Inflamação dos brônquios.

Geralmente é causada por infecções virais como rinovírus, influenza ou parainfluenza e vírus sincicial respiratório.

Causas menos frequentes são: *Mycoplasma pneumoniae* e *Bordetella pertussis* (agente etiológico da coqueluche).

Na presença de sibilos suspeitar de asma (cerca de 33% dos pacientes com sintomas de bronquite tem asma).

b. QUADRO CLÍNICO

Início agudo de tosse, produção de escarro e sintomas de infecção de trato respiratório superior, menos de 10% dos pacientes apresenta febre.

A tosse geralmente é produtiva, podendo durar várias semanas.

O aspecto do escarro não é importante no diagnóstico diferencial com pneumonia.

Sugere pneumonia: febre > 38° C, FC > 100/min e FR > 24/min.

c. CONDUTA

Efetuar tratamento sintomático.

Em adultos considerar uso de agentes supressores da tosse.

Indicar radiografia de tórax se o paciente apresentar sinais de pneumonia.

Afastar pneumonia clinicamente ou através de radiografia.

Iniciar antibióticos apenas se houver pneumonia ou suspeita de coqueluche.

Monitorizar paciente com oxímetro se ele apresentar dispnéia ou taquipnéia.

Administrar broncodilatadores em pacientes com evidência de broncoespasmo.

66. PNEUMONIA COMUNITÁRIA NO PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Pneumonia que ocorre fora do hospital ou menos de 48 horas após a internação.

Mortalidade varia de 1% (pacientes que não requerem hospitalização) a 14% (pacientes que necessitam de hospitalização).

Fatores de risco para mortalidade são: idade avançada, alcoolismo, comorbidades, alteração do nível de consciência, taquiplnéia (maior que 30 irpm em adultos) e hipotensão arterial (< 90 mmHg).

A história, radiografias de tórax e exame físico; não são suficientes para permitir a identificação do agente etiológico da pneumonia.

As bactérias são as principais causas identificadas de pneumonia comunitária. O pneumococo responde por dois terços dos casos. Outras causas comuns são o *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae* e outros Gram negativos.

Indivíduos com ICC, diabetes mellitus, SIDA, DPOC, portadores de câncer, esplenectomizados e tabagistas são doenças associadas ao aumento da gravidade.

b. QUADRO CLÍNICO NO PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Febre e tosse que pode ou não ser produtiva.

Taquicardia e graus variáveis de dispnéia.

Outros sintomas e sinais podem estar presentes: calafrios, dor pleurítica, mialgias, anorexia, queda na saturação de oxigênio.

Radiografia de tórax mostra um infiltrado pulmonar novo e em alguns casos derrame pleural parapneumônico.

Pneumonias lobares apresentam sinais de consolidação: sopro tubário, frêmito vocal e egofonia (voz anasalada).

Broncopneumonias cursam geralmente com estertores pulmonares e roncos, mas sem sinais de consolidação.

Pneumonias intersticiais podem apresentar estertores pulmonares ou ausculta pulmonar normal.

Empiemas são mais frequentes em infecções por *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e por germes anaeróbios.

São sinais de gravidade em crianças:

Taquiplnéia

menores de 2 meses FR > 60 irpm

de 2 a 12 meses FR > 50 irpm

de 12 meses a 5 anos FR > 40 irpm

de 5 a 16 anos FR > 28 irpm

Cianose, desconforto respiratório com batimento de asa de nariz, gemência, retrações inter ou subcostais.

Alteração do sensório com agitação ou sonolência.

Convulsões.

Desidratação ou não aceitação de líquidos.

Toxemia.

Febre > 38,5°C ou hipotermia em jovens e lactentes.

c. CONDUTA

Classificar o risco do paciente.

Avaliar o paciente clinicamente.

Solicitar radiografias de tórax em PA e perfil, quando possível (pacientes instáveis tem necessidade de fazer a radiografia no leito em AP).

Verificar a presença de sinais de alerta da gravidade da doença que indiquem a necessidade de internação hospitalar.

Monitorizar a oximetria de pulso.

Obter sangue arterial para gasometria de pacientes apresentando um ou mais dos seguintes achados: dispnéia intensa, hipotensão arterial, alteração do nível de consciência e queda na saturação da hemoglobina.

Enviar amostra de sangue para hemograma.

Determinar a necessidade de internação hospitalar.

Colher secreção traqueal (quando possível) para Gram do escarro.

Solicitar cultura do escarro em pacientes com indicação de internação hospitalar. A amostra deve ser obtida antes do início dos antibióticos.

Efetuar duas hemoculturas em pacientes que necessitam de hospitalização.

Aplicar oxigênio sob máscara em pacientes apresentando hipotensão arterial, dispnéia ou queda na saturação.

Adotar o protocolo de insuficiência respiratória caso necessário.

Obter acesso venoso em pacientes que necessitarão de internação hospitalar.

Iniciar antibióticos por **via intravenosa** em pacientes que serão hospitalizados: **amoxicilina/clavulanato** 1g IV de 8 em 8 horas, associado a **azitromicina** 500 mg uma vez por dia, ou monoterapia com uma quinolona respiratória **levofloxacina** 750 mg por dia.

Iniciar antibióticos por **via oral** em pacientes que serão tratados ambulatorialmente, **azitromicina** na ausência de comorbidades ou **amoxicilina-clavulanato** associados a **azitromicina** ou monoterapia com **levofloxacina** 500 mg/dia.

Nos pacientes < 28 dias internar sempre em UTI com: **ampicilina** – 200 mg/kg por dia IV, de 8 em 8 horas (< 7 dias) ou de 6 em 6 horas (> 7 dias) + **gentamicina** – 7,5 mg/kg por dose de 24 em 24 horas ou **cefotaxima** - 150 mg/kg por dia IV de 12 em 12 horas (< 7 dias) ou 8 em 8 horas (> 7 dias).

Entre 28 dias e 3 meses – Internar sempre. Em CTI, apenas os graves. Usar **ampicilina e gentamicina**, em posologia descrita no item anterior.

Para maiores de 3 meses iniciar: **ampicilina** 200 mg/kg por dia, dividido de 6 em 6 horas ou **amoxicilina + clavulanato** 90 mg/kg por dia IV de 8 em 8 horas.

Indicação de internação em crianças:

Idade menor que 3 meses, independente do comprometimento geral;

Recusa alimentar, vômitos frequentes;

Resposta inadequada à terapêutica inicial e/ou evolução arrastada ou recorrente na mesma localização;

Desconforto respiratório com taquidispnéia, gemência, batimento de asa de nariz (com ou sem cianose);

Necessidade de oxigenioterapia suplementar;

Alterações de sensório com letargia, irritabilidade e sinais de toxemia.

67. CISTITE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Cistite é um tipo de infecção urinária não complicada restrita a bexiga.

Afeta as mulheres mais frequentemente que aos homens.

A maior parte dos casos deve-se a infecção bacteriana por Gram negativos (Enterobactérias) como *Escherichia coli* (80%), *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*.