



PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE: RELATO DE CASO.

Amanda Soares de Carvalho Barbosa¹, Larissa Alvim Mendes², Célio Roberto Coutinho Mendes³, Renata Alvim Mendes⁴

¹Graduada em Fisioterapia pela UNEC, Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG - MG, amandasoaresc@hotmail.com

²Graduanda em Medicina, Centro Universitário UNIFACIG - MG, mendes_lala@hotmail.com

³Cirurgião Geral, Coloproctologista. Médico, Universidade Federal de Juiz de Fora, celiorn@oi.com.br

⁴Cirurgiã Geral, Endoscopista. Médica, Centro Universitário Serra dos Órgãos, re-avim@hotmail.com

Resumo: A pneumonia adquirida na comunidade é uma infecção do trato respiratório inferior que atinge as vias aéreas. Pode ser adquirida tanto fora do ambiente hospitalar ou que se manifesta em até 48 horas após internação. Os sintomas associados são dispnéia, dor ou compressão torácica, tosse, mal-estar, fraqueza, ritmo cardíaco acelerado. É uma doença comum, com alta mortalidade, sendo a quinta causa de morte no Brasil na população idosa. A radiografia de tórax auxilia identificar a gravidade da infecção e suas complicações. O início do tratamento geralmente é empírico devido o não conhecimento exato do agente etiológico, portanto é baseado em dados clínicos e epidemiológicos. A antibioticoterapia deve ser realizada com quinolonas ou betalactâmicos associado a um macrolídeo para pacientes internados e sem quadro de gravidade. O objetivo do estudo é relatar o caso de um paciente com antecedente de IAM e pneumonia em que foi indicado internação hospitalar e tratamento empírico, além de alertar para a necessidade de adoção de critérios e protocolos de atendimento. A metodologia utilizada foi qualitativa e descritiva, de revisão da literatura, busca de artigos na base de dados SCIELO e Google Acadêmico, na língua portuguesa e inglesa, com data de publicação após o ano 2004. O relato de caso foi descrito de forma cronológica pelo próprio paciente, após consentimento do mesmo para publicação e divulgação do estudo.

Palavras-chave: Pneumonia comunitária; Diretriz de pneumonia; Complicações de pneumonia; ECG; sobrecarga ventricular esquerda.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma doença comum, com alta mortalidade. É a sexta causa de morte nos EUA e a quinta no Brasil, na população acima dos sessenta anos de idade. Eles representam aproximadamente 70% de todas as pneumonias no Brasil. Em 2017, houve 598.668 internações e 52.776 óbitos por PAC em nosso país (GOMES, 2018).

Existem fatores relacionados com uma maior gravidade e mortalidade em pacientes com PAC, como a idade avançada e presença de algumas doenças crônicas, como: doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca (ALMEIDA, FERREIRA FILHO, 2004).

A pneumonia é uma infecção do trato respiratório inferior que atinge as vias aéreas e o parênquima, pode ter ou não consolidação dos espaços alveolares (MACHADO, MORAES, ESCARELLI, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2009), a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é causada por microrganismos como: bactérias, vírus e fungos, que compromete as vias aéreas inferiores. É diagnosticado como PAC o paciente que adquire a doença fora do ambiente hospitalar ou que se manifesta em até 48 horas após internação hospitalar.

Os principais sintomas são dispnéia, febre, tosse e dor torácica pleurítica (DOS SANTOS, NASCIMENTO, GUERRA, et. al., 2008). Outros sintomas também observados nesses pacientes são: mialgia generalizada, suores, calafrios, dor de garganta, anorexias, náuseas, vômitos, diarreia (PINHEIRO, DE OLIVEIRA, 2006). Sendo assim, o diagnóstico de PAC é realizado com a associação da clínica do paciente com os exames de imagem, como a radiografia de tórax pósterio-anterior e em

perfil, que nos permite detectar a gravidade da infecção e suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2009).

Conforme o mesmo autor, o tratamento empírico mais indicado é com antibióticos, quinolona ou betalactâmico associado a um macrolídeo, para pacientes com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, internados e sem quadro de gravidade. De acordo com Almeida, Ferreira Filho (2004), a antibioticoterapia em pneumonia no início do tratamento geralmente é empírico devido o não conhecimento exato do agente etiológico, portanto é baseado conforme dados clínicos e epidemiológico.

As internações devido doenças do aparelho respiratório, segundo DATASUS (2010), corresponde a 16,8% do total de pessoas internadas com 60 anos ou mais. Além disso, as internações por doenças do aparelho circulatório corresponde a 34,6% do total de pessoas internadas com 60 anos ou mais. Por isso, é necessário promover uma revisão do assunto e sensibilizar os profissionais da saúde sobre o tema.

O atual trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente com antecedente de infarto agudo do miocárdio (IAM) com quadro de PAC no qual foi indicado internação hospitalar e tratamento empírico. Como também, alertar para a necessidade de adoção de critérios e protocolos de atendimento a fim de reduzir a taxa de mortalidade de pneumonia no Brasil, visto que o tratamento precoce e eficaz é essencial para esse fim.

2. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido sobre o tema pneumonia comunitária em paciente com antecedente de infarto agudo do miocárdio, uma vez que essas patologias se tornam importante pelo alto percentual de internações na cidade de Manhuaçu, situada a Leste de Minas Gerais, na divisa com Espírito Santo (Zona da Mata).

O relato de toda a cronologia e acontecimentos, desde os primeiros sintomas até o desfecho do caso, foi repassado pelo próprio paciente que apresentava quadro de pneumonia comunitária com antecedente de infarto agudo do miocárdio após ser elucidado sobre o estudo e consentir à sua publicação e divulgação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o referencial teórico e a revisão bibliográfica, utilizou-se trabalhos acadêmicos (publicações em periódicos), em língua portuguesa e inglesa, com data de publicação após o ano 2004, utilizando-se as palavras chave "Pneumonia comunitária"; "Diretriz de pneumonia; Complicações de pneumonia"; "ECG"; "sobrecarga ventricular esquerda", nas bases de pesquisa do Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

F.M.L., sexo masculino, 66 anos, natural de Luisburgo, atualmente mora em Manhuaçu no Bairro Ponte da Aldeia. É casado, possui 3 filhos. Trabalhava como lavrador, atualmente aposentado, realiza serviços de frete e trabalha na sua lavoura. Mãe era hipertensa, diabética e morreu de complicações após diagnóstico de pneumonia aos 84 anos. Seu pai morreu de infarto agudo do miocárdio aos 44 anos. Possui duas irmãs que também apresentam problemas cardíacos. Paciente já foi internado anteriormente, devido à diabetes e hipertensão descompensados; após acidente de moto e três vezes por episódios de infarto. Há 18 anos, em 2000, quando estava jogando bola, paciente sentiu dor torácica em queimação, desmaiou e foi levado ao hospital de Belo Horizonte, diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no qual recebeu tratamento. Posteriormente, em 2012, passou mal em sua casa, com quadro de dispnéia e dor no peito em queimação, levado a UPA de Manhuaçu e transferido para Muriaé devido a outro IAM, onde foi realizado cateterismo e colocação de Stent. Em 2014, quando estava andando na rua, sentiu novamente dor no peito em queimação, dispnéia, encaminhado a UPA e diagnosticado com terceiro infarto agudo do miocárdio. Afirma que faz uso de medicamentos de uso contínuo que são: Losartana 25 mg, 1 vez ao dia pela manhã, SeloZok (Succinato de Metoprolol) 25mg, 1 vez ao dia pela manhã, Diamicon (Glicazida) 25 mg, 1 vez a noite e AAS (Ácido Acetilsalicílico) 100 mg, 1 vez ao dia após o almoço. Relata ainda que suas vacinas estão em dia e que nunca realizou dieta, além de ter fumado durante 31 anos (15,5 anos/maço), bebia 1 litro de cachaça por dia na época em que fumava, porém nega atualmente o uso de cigarro e consumo de bebida alcoólica. Paciente relatou também que dois dias anteriores à crise, estava com muita tosse produtiva, cansaço e apresentou um episódio de febre, que cessou com uso de Dipirona. Na atual internação, foi levado a UPA pelo filho, no dia 05 de outubro de 2018, após apresentar em casa, quadro intenso de dispnéia, confusão mental e dor torácica. Na UPA, o médico

suspeitou de novo quadro de IAM, devido aos sintomas apresentados pelo paciente, sua história prévia de IAM e então solicitou eletrocardiograma (ECG) onde foi encontrada uma sobrecarga ventricular esquerda (Figura 1).

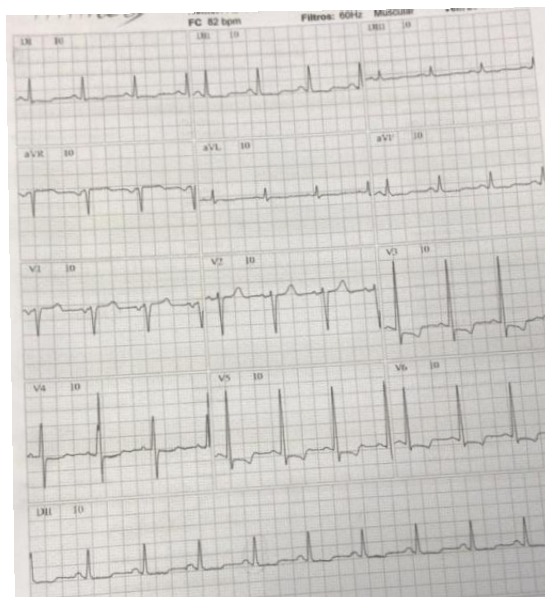


FIGURA 1 – Eletrocardiograma (ECG) do paciente - Alteração difusa da repolarização ventricular. Sinais sugestivos de sobrecarga ventricular esquerda.

Na UPA foi medicado com anti hipertensivo sublingual, devido pressão de 220/100 mmHg, porém manteve quadro de dispnéia e dor torácica. Paciente foi diagnosticado com Pneumonia após realização de RX de tórax, onde foi observada opacidade alveolar no lobo inferior direito, e seio costofrênico pouco visível (Figura 2). Foi prescrito Levofloxacino 500mg, intravenoso de 24/24 horas por cinco dias e indicada internação hospitalar.

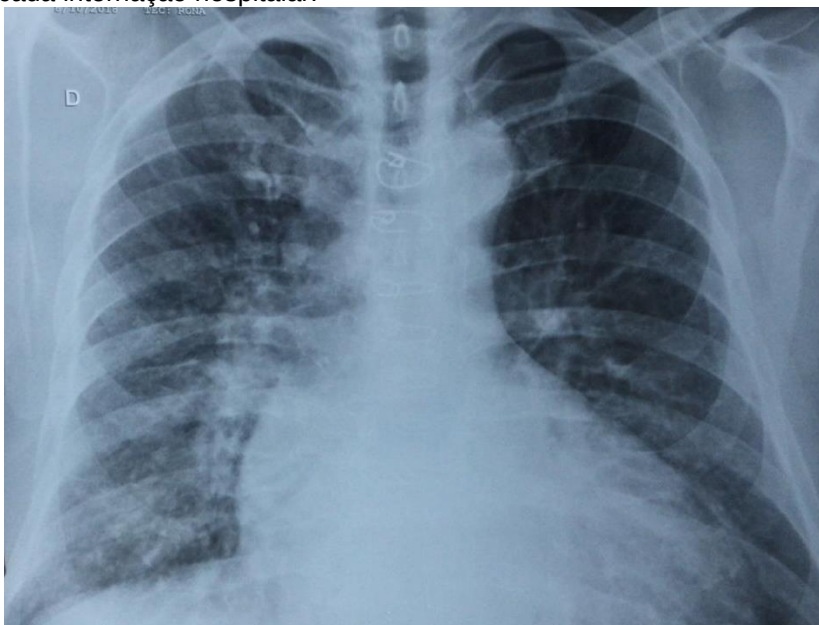


FIGURA 2 – Radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior do paciente

Após alta hospitalar, a indicação médica para o paciente foi dieta hipossódica, atividade física leve e tratamento medicamentoso com uso de Losartana 50 mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas; Diamicon 50 mg, 1 comprimido pela manhã; AAS 100 mg, 1 comprimido após almoço; Sinvastatina 40 mg, 1 comprimido à noite; Carvedilol 12,5 mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas; Espirolactona 25 mg, 1 comprimido após almoço e Omeprazol 20 mg, 1 comprimido pela manhã. Após,

aproximadamente 15 dias da alta, paciente relatou que está se sentindo bem, sem quadro de tosse, cansaço e melhorou seu estado geral, possibilitando retornar suas atividades de vida diária.

No paciente citado foi realizado o exame de ECG, devido seu histórico anterior de IAM como também possível suspeita de outro IAM, entretanto ao analisar o ECG foi encontrada uma sobrecarga ventricular esquerda. Portanto, após diagnóstico de pneumonia e tratamento hospitalar do quadro, paciente recebeu alta hospitalar e foi orientado que fizesse controle glicêmico e mantivesse a pressão arterial em níveis adequados.

A antibioticoterapia realizada no relato de caso foi o Levofloxacino, uma vez ao dia, por cinco dias. Já que consoante a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2009), os indivíduos adultos com PAC de leve a moderada gravidade podem ser efetivamente tratados com antibióticos ministrados por um período igual ou inferior a sete dias.

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2009), as complicações podem aparecer em alguns casos, especialmente naqueles com fator de risco. As complicações como derrame pleural, abscesso pulmonar, bacteremia, eventos cardiovasculares (endocardite, pericardite), diarreia ou rash cutâneo podem estar associadas à pneumonia, aos medicamentos utilizados no tratamento ou por piora de doenças crônicas, tais como DPOC e insuficiência cardíaca congestiva.

A apresentação radiológica é variada, e incluem tanto consolidação alveolar ou cavidade isolada, quanto à presença de múltiplas consolidações, nódulos cavitados, além de um padrão miliar. Outras características observadas são a presença de pneumatoceles, pneumotórax, derrame pleural e rápida progressão radiológica das lesões após a admissão hospitalar (DOS SANTOS, NASCIMENTO, GUERRA, et.al., 2008).

Após suspeita de pneumonia adquirida na comunidade, o critério mais utilizado para avaliar o grau de gravidade é CURB-65. Sendo o CURB-65 baseado nos seguintes critérios: presença de confusão mental, uréia acima de 50 mg/dL, frequência respiratória maior ou igual a 30 incursões por minuto (irpm), pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou diastólica menor ou igual a 60 mmHg, idade maior que 65 anos. Cada critério equivale a um ponto, sendo que a pontuação 0 e 1, o tratamento é domiciliar; pontuação 2, considerar internação e supervisão do tratamento; pontuação 3 a 5 é recomendado internação. O índice de mortalidade por PAC no escore 4 foi de 41,5% e no escore 5 foi de 57% (PINHEIRO, DE OLIVEIRA, 2006).

Nesse estudo, o paciente em questão foi internado obedecendo aos seguintes critérios do CURB - 65: idade superior a 65 anos, uréia acima de 50 mg/dL, confusão mental, com um total de 3 pontos, indicação de internação para realização do tratamento.

Entender e compreender a patogênese da pneumonia é essencial para que haja desenvolvimento de intervenções. Após a hospitalização, consequente a PAC, o curso clínico pode evoluir para melhora clínica ou falha clínica ou pneumonia não resolvida. Assim, saber a respeito da epidemiologia, evolução do quadro dos pacientes com PAC é necessário para sucesso do tratamento (CHEST, 2019).

Ainda que haja limitações, o valor desse estudo é reforçar os principais conceitos em relação a PAC a fim de melhorar o controle dessa patologia e, conseqüentemente diminuir sua mortalidade em nosso país. Para isso é essencial destacar a importância da utilização do escore de gravidade na avaliação inicial do paciente e instituição de medidas que melhorem o manejo hospitalar dos pacientes internados (GOMES, 2018).

4. CONCLUSÃO

Portanto, de acordo com relato de caso, salienta-se a importância do diagnóstico clínico do quadro de pneumonia comunitária para início do tratamento empírico, sendo confirmado pela radiografia simples de tórax. Desse modo, evita-se que ocorra a progressão da patologia e conseqüentemente suas complicações, principalmente em pacientes com histórico de doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial como o paciente relatado. A PAC se constitui em um sério problema de saúde pública em nosso país. Por conseguinte, medidas que melhorem o diagnóstico e o manejo terapêutico são fundamentais, a fim de que o número de óbitos seja reduzido no Brasil.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Roberto de; FERREIRA FILHO, Olavo Franco. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. **J BrasPneumol**, v. 30, n. 3, p. 229-36, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jbpneu/v30n3/v30n3a08.pdf>> . Acesso em: 21 out. 2018.

BRANDL, DjohnLenon. Infarto Agudo Do Miocárdio. **Revista Uniplac**. Lages, v. 5, n. 1 (2017). Disponível em: <<http://revista.uniplace.net/ojs/index.php/uniplace/issue/view/74>> Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Informações de Saúde. Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10. DATASUS. 2010. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Manhuacu_Geral.xls> Acesso em: 06 out. 2019.

CHEST. 2019 Oct 11. pii: S0012-3692(19)34004-8. doi: 10.1016/j.chest.2019.09.022, Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31610158/?i=1&from=community%20acquired%20pneumonia>> Acesso em: 15 out. 2019.

CORREA, R.A. *et al* . Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes - 2009. **J. bras.pneumol.**, São Paulo , v. 35, n. 6, p. 574-601. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 out. 2018.

CORREA, R.A. Estudo de casos hospitalizados por pneumonia comunitária no período de um ano. **J. Pneumologia**, v. 27, n. 5, p. 243-248, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862001000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2018.

DOS SANTOS, José Wellington Alves, NASCIMENTO, Douglas Zaione, GUERRA, Vinicius André, RIGO, Vanessa da Silva, MICHEL, Gustavo Trindade, DALCIN, Tiago Chagas. (2008). Pneumonia estafilocócica adquirida na comunidade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 34(9), 683-689. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000900008>>. Acesso em: 21 out. 2018.

GOMES, Mauro. Pneumonia adquirida na comunidade: os desafios da realidade brasileira. **J Bras Pneumol**. 2018;44(4):254-256. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/imagebank/pdf/completo_v44n4_PT.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

MACHADO, Daniel; MORAES, Leandro Tristão Abi-Ramia de; ESCARELI, Mariana de Oliveira; VIANNA, Itamar Alves. Pneumonia: Tratamento e Evolução. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, Ano V, n. 14, dezembro 2010. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1022/906>>. Acesso em: 21 out. 2018.

Ministério da Saúde. DATASUS. Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS. 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>> Acesso em 21 out. 2018.

NICOLAU, José Carlos *et al* . Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 80, supl. 2, p. 1-18, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003000800001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

Organização Pan Americana de Saúde. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. Doenças cardiovasculares. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839> Acesso em: 23 out. 2018.

PINHEIRO, Bruno do Valle; DE OLIVEIRA, Júlio César Abreu. Pneumonia adquirida na comunidade. Jun. 2006. Revisão fev 2007. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/1083905-Pneumonia->

adquirida-na-comunidade-autores-bruno-do-valle-pinheiro-1-julio-cesar-abreu-de-oliveira-2-publicacao-jun-2006-revisao-fev-2007.html> Acesso em: 13 out. 2019.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PAC) em Adultos Imunocompetentes. **J Pneumol.**2009;35(6):574-601. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2009_35_6_11_portugues.pdf>Acesso em: 22 out. 2018