

ALERTA: O Risco Oculto na Triage

Jovem morre de pneumonia após ir três vezes à UPA e receber diagnóstico de ansiedade.



A jovem, 17 anos, procurou atendimento médico na UPA pública no dia 17 e no dia seguinte, madrugada do dia 18 de janeiro, relatando falta de ar e dor no peito.



Após ser avaliada, a família decidiu levá-la a um hospital particular na manhã do dia 19. Após exames, recebeu diagnóstico de ansiedade e, com piora clínica, foi internada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A adolescente morreu no dia seguinte, em 19 de janeiro.



ALERTA: ANSIEDADE NÃO EXCLUI DOENÇA ORGÂNICA.

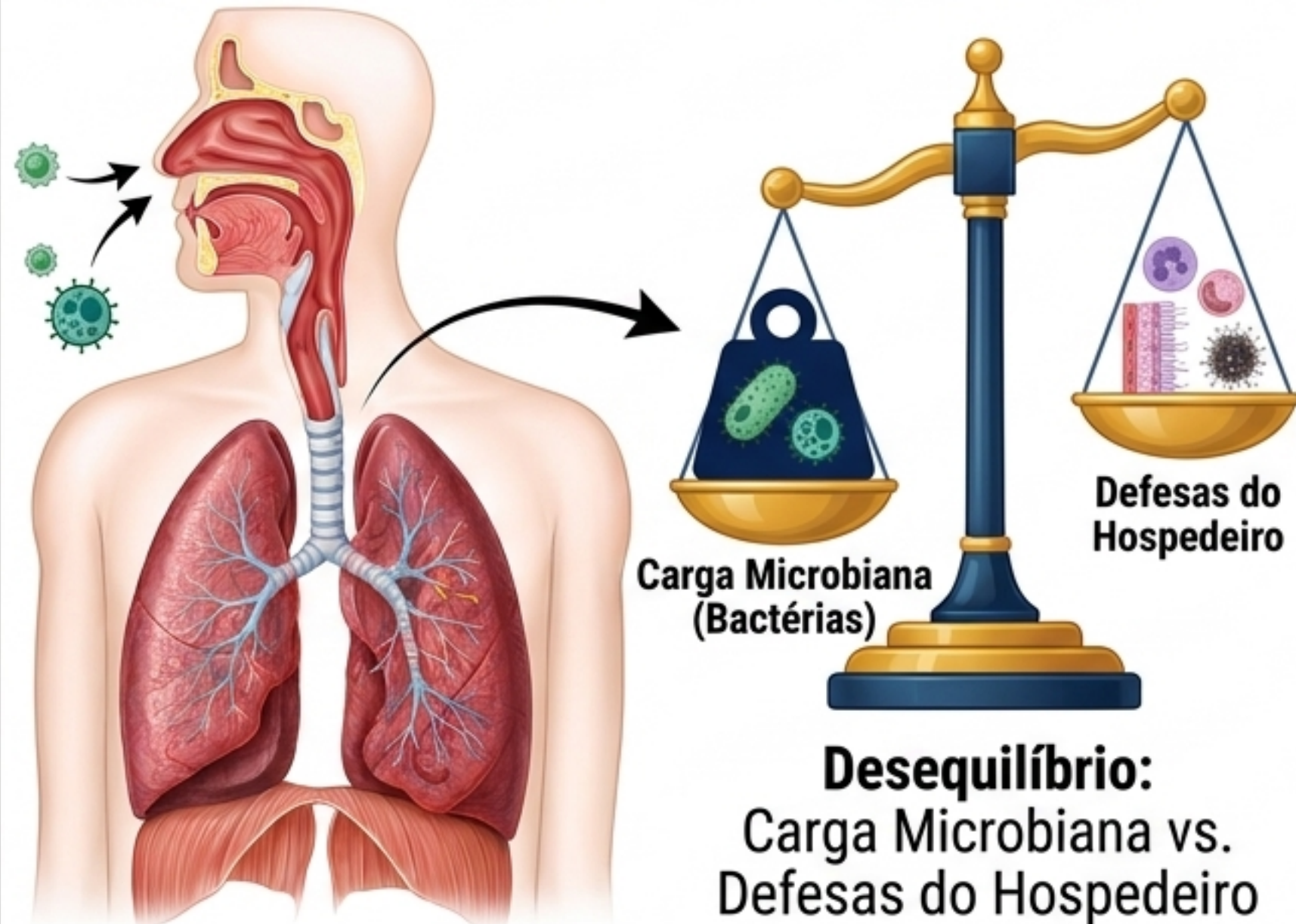


**A Regra de Ouro:
Ansiedade NÃO exclui
doença orgânica.
Retornos frequentes pela
mesma queixa exigem
reavaliação completa.**

O Que é a PAC e Quem Está em Risco?

Infecção do **parênquima pulmonar** causada pela **quebra das barreiras de defesa do hospedeiro**, permitindo a proliferação de patógenos.

Fisiopatologia e Desequilíbrio



Comorbidades e Fatores de Risco



Idade
≥ 65 anos



DPOC ou
Asma



Cardiopatias



Diabetes
Mellitus



Doença Renal
Crônica

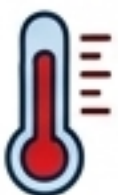
O Diagnóstico da PAC é 100% Clínico

**Atrasar o diagnóstico esperando laboratório ou RX custa vidas.
Exames buscam complicações, não a doença de base.**

Anamnese (História)



Tosse



**Febre persistente
> 38,5°C**



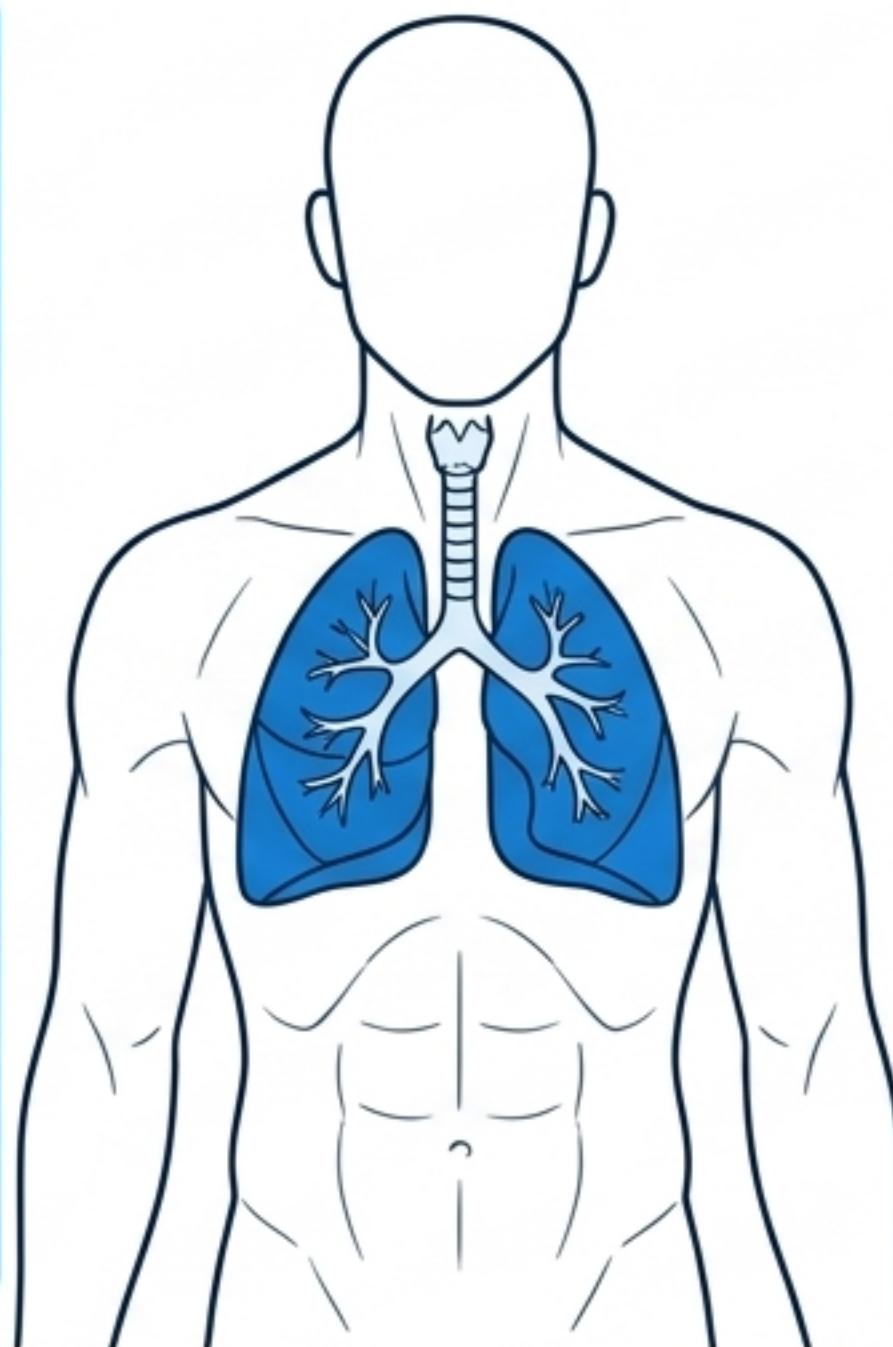
Dispneia progressiva



Hiporexia



**Dor torácica
pleurítica**



Exame Físico (Sinais)



Estertores crepitantes



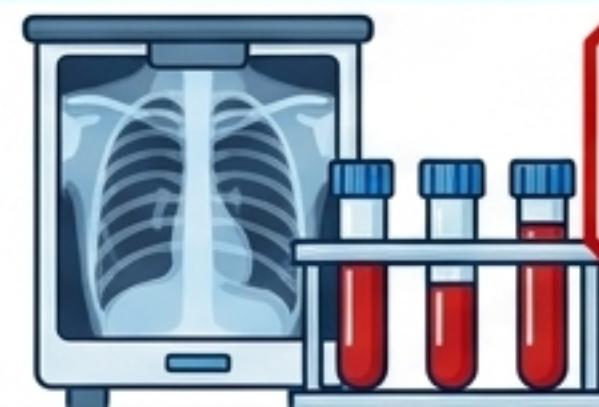
**Murmúrio Vesicular
(MV) diminuído**



**Esforço respiratório
(tiragem / taquipneia)**



**Frêmito torácico-vocal
aumentado**

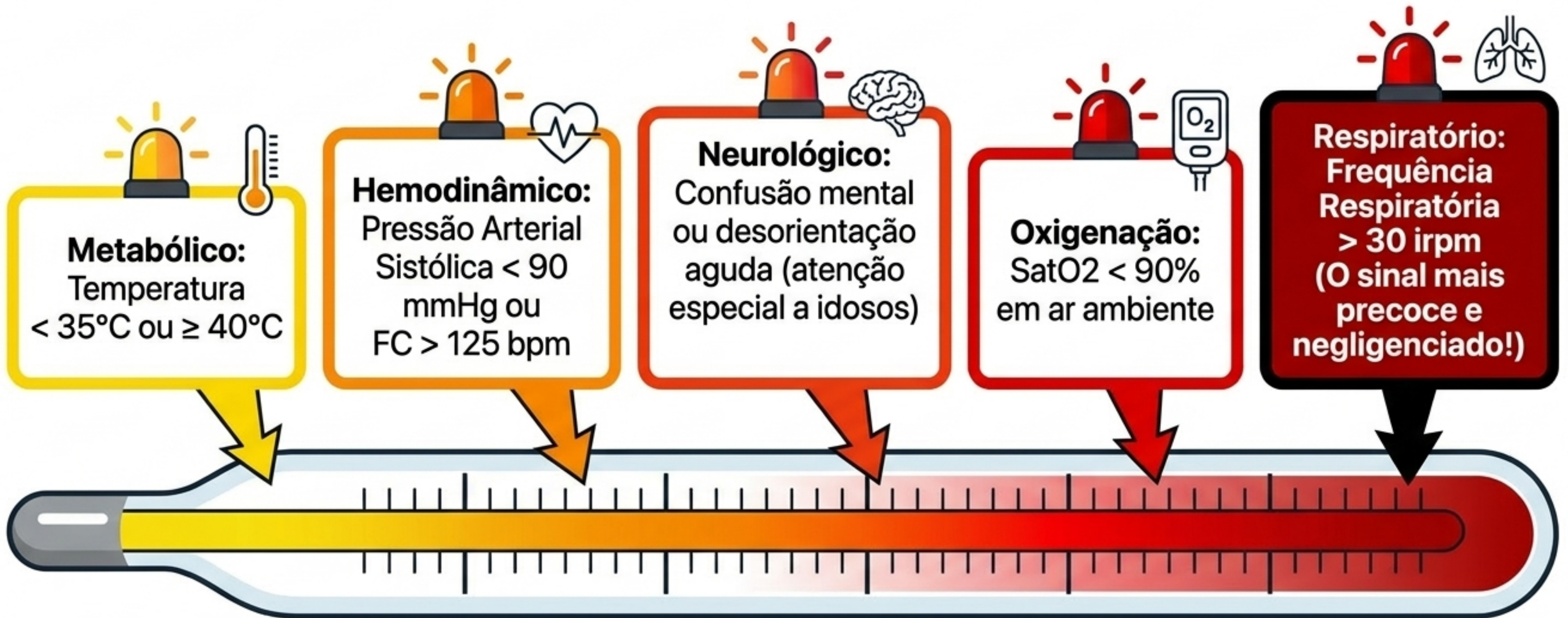


Diagnósticos Diferenciais e Armadilhas

Condição	Início dos Sintomas	Ausculata Pulmonar	Febre
PAC (Pneumonia)	Arrastado / Progressivo	Crepitações / MV diminuído	Persistente, arrastada
Exacerbação de DPOC	Agudo sobre crônico	Sibilos difusos	Ausente ou muito baixa
Tromboembolismo (TEP)	Súbito e agudo	Limpo (frequentemente)	Ausente (sem infecção)
Crise de Ansiedade	Súbito / Situacional	Pulmão Limpo	Ausente

! Armadilha Comum: Infecções virais prévias (Influenza, COVID) danificam o epitélio ciliar e frequentemente abrem portas para infecções bacterianas. Na suspeita forte, inicie antibiótico empírico.

Sinais de Gravidade na Triage



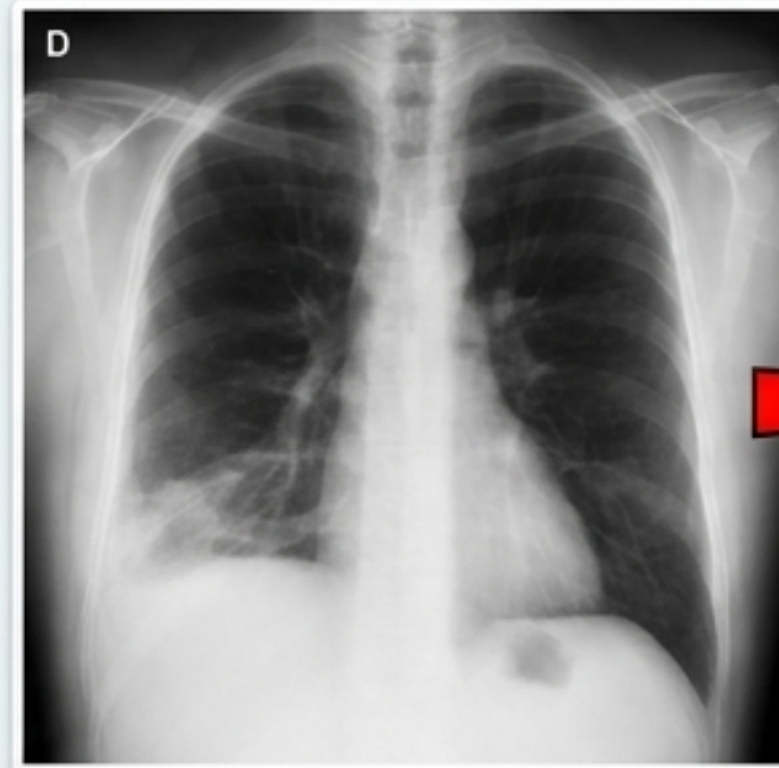
AVISO À EQUIPE DE ENFERMAGEM: Pacientes que apresentarem FR > 30 irpm ou confusão mental aguda NÃO devem aguardar na recepção. Interrompa o médico e acione o **Eixo Vermelho** imediatamente.

Exames e Recursos Limitados: Oximetria e RX

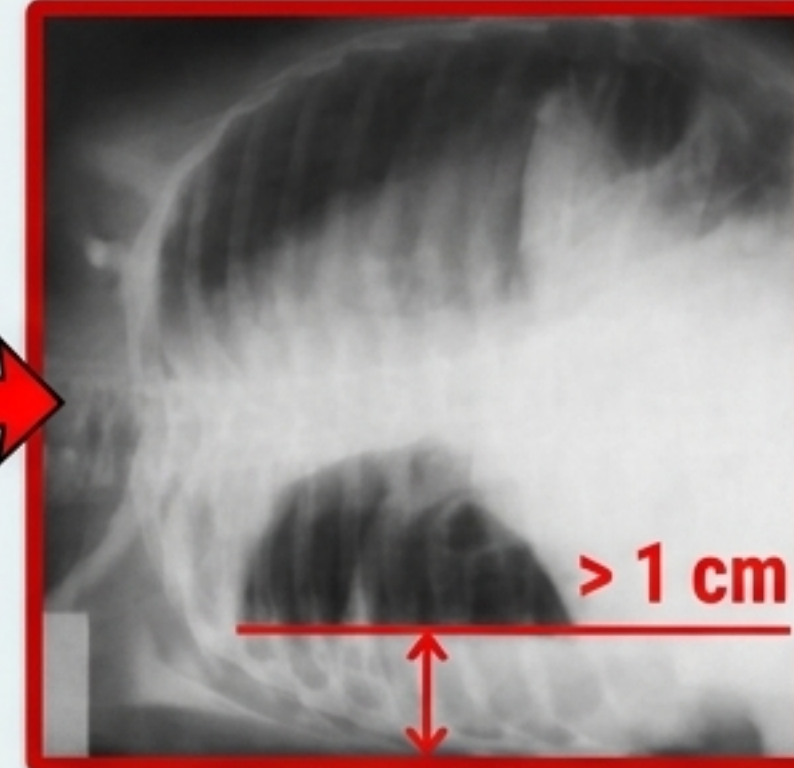


Oximetria de Pulso: O 5º Sinal Vital

Define a necessidade imediata de oxigenoterapia.



RX TÓRAX



INCIDÊNCIA LAURELL

- **Objetivo do RX:** Buscar complicações (ex: Derrame Parapneumônico).

⚠ Alerta: O processo inflamatório (infiltrados) pode demorar até 72h para aparecer na imagem. Se a clínica é forte e o RX é limpo, o paciente tem PAC!

📌 Incidência de Laurell: O paciente deitado de lado permite detectar finas lâminas de líquido (> 1 cm), indicando a necessidade de toracocentese.

Estratificação de Risco Rápida: Escore CRB-65

Em Itariri, sem laboratório rápido de madrugada, o PSI ou CURB-65 falham. O CRB-65 exige APENAS parâmetros clínicos.

→ CRB-65

- **C** — Confusão mental
1 ponto cada
- **R** — Respiração
(FR > 30 irpm)
1 ponto cada
- **B** — Baixa Pressão
(PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60)
1 ponto cada
- **65** — Idade ≥ 65 anos
1 ponto cada

0 pontos: Baixo Risco
→ **FLUXO VERDE**
(Tratamento Ambulatorial / Casa)

1 a 2 pontos: Risco Intermediário
→ **FLUXO AMARELO**
(Internação / Observação na UPA)

3 a 4 pontos: Alto Risco
→ **FLUXO VERMELHO**
(Sala Vermelha / UTI / CROSS)

Fluxo Verde: Ambulatório (CRB-65 = 0)

CRB-65 = 0 (Baixo Risco)

Possui
comorbidades
ou usou ATB nos
últimos 3 meses?

NÃO

SIM

1ª Escolha:
AMOXICILINA 1g,
VO, 8/8h
(3 a 5 dias)



Atenção: Use 1g!
Dose alta é necessária
para vencer a
resistência do
Pneumococo.
Não prescrever 500mg.

Alternativa:
Clarithromicina 500mg, VO, 12/12h

1ª Escolha:
AMOXICILINA + ÁC. CLAVULÂNICO
(500/125mg 8/8h) +
CLARITROMICINA 500mg (12/12h)
por 3 a 7 dias



Alternativa isolada:
Levofloxacina 750mg, VO, 1x/dia

Adjuvantes: Receitar apenas antitérmicos/analgésicos. Corticoides rotineiros ou xaropes antistamínicos **NÃO** são recomendados para PAC leve.

FLUXO AMARELO: INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO (CRB-65 = 1 OU 2)

**CEFTRIAXONE 1g, IV,
12/12h (5 a 10 dias)**

+

**CLARITROMICINA 500mg,
VO, 12/12h (5 a 10 dias)**

**AMOXICILINA +
ÁC. CLAVULÂNICO
500/125mg 8/8H - 5 a 10 DIAS
+
CLARITROMICINA 500mg
12/12H - 5 a 10 DIAS**

OU

**LEVOFLOXACINA
750mg VO
1x AO DIA - 5 DIAS**



**REGRA DE OURO
LOGÍSTICA:**

**A PRIMEIRA DOSE
DO ANTIBIÓTICO
ENDOVENOSO DEVE SER
ADMINISTRADA NA
PRIMEIRA HORA DA ADMISSÃO.**

**NÃO ATRASE ESPERANDO
TRANSFERÊNCIA OU RX.**

Fluxo Vermelho: Sala Vermelha e Sepse (CRB-65 ≥ 3)

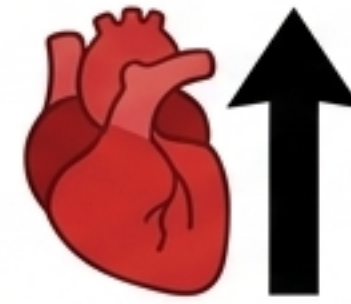
Reconhecimento Imediato (PAC Grave): Choque séptico exigindo vasopressores **OU** Insuficiência respiratória precisando de Ventilação Mecânica.



1. Acessos e Volume: 2 acessos venosos venosos calibrosos. Ressuscitação volêmica (com cautela pulmonar).



2. ATB Imediato: Amplo espectro infundido imediatamente.

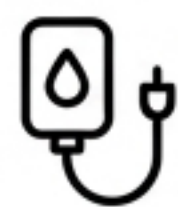


3. Vasopressor: Acionar Noradrenalina se o choque for refratário.



4. Corticoide: APENAS EM PAC GRAVE (Choque/VM). Não usar em PAC leve. Hidrocortisona 200mg/dia IV ou Dexametasona 6mg/dia.

OXIGENOTERAPIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO



ALVO DE SATURAÇÃO: MANTER
SatO₂ ≥ 90-94% (88-92% EM
PACIENTES CRÔNICOS COM DPOC)



1

CATETER NASAL
Até 5 L/min

2

MÁSCARA
NÃO-REINALANTE
Com reservatório, para
hipoxemia severa



3

VNI
Falência de oxigenação sem
rebaixamento mental



4

INTUBAÇÃO (IOT)
Fadiga severa, esforço extremo,
instabilidade ou Glasgow < 8

ESCALONAMENTO RÁPIDO NA
PIORA DO ESFORÇO RESPIRATÓRIO



ATENÇÃO EM TRANSPORTES PROLONGADOS: NÃO COLOQUE NA AMBULÂNCIA UM PACIENTE FADIGANDO COM MÁSCARA NO FLUXO MÁXIMO ESPERANDO QUE ELE SUPORTE A VIAGEM. CONSIDERE IOT PRECOCE ANTES DO TRANSPORTE.

REGULAÇÃO CROSS, VAGA ZERO E TRANSPORTE

SOLICITAÇÃO ASSERTIVA NO SISTEMA CROSS



Registre o Escore CRB-65 para provar a gravidade.



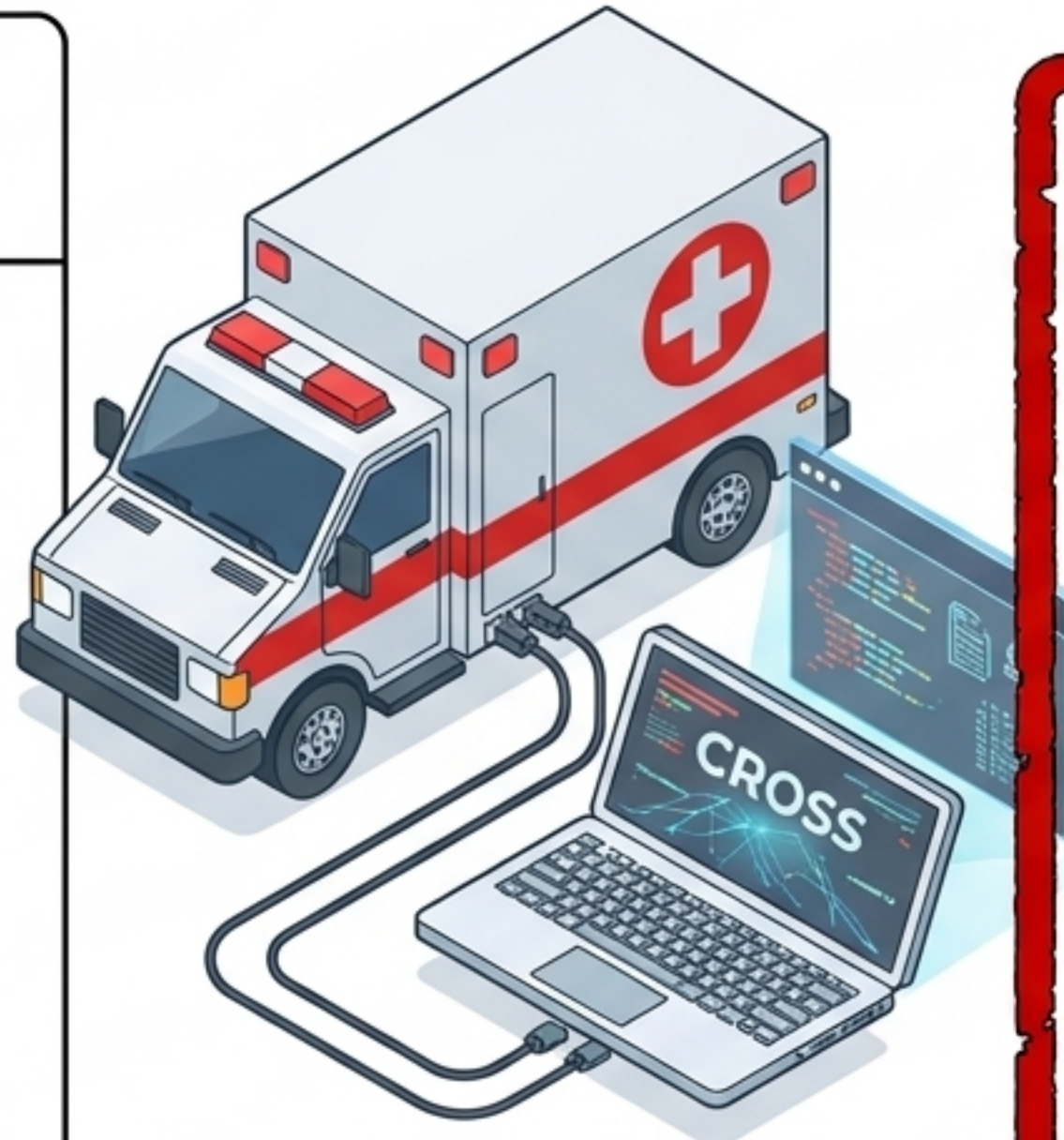
Insira todos os sinais vitais atuais rigorosamente.



Detalhe condutas já tomadas (ex: IOT realizada, DVA infundida).



Solicite VAGA ZERO se houver:
Risco iminente de morte,
falência respiratória irresponsiva
ou choque refratário.



**A PRIMEIRA DOSE
DO ANTIBIÓTICO
DEVE OCORRER
NO SEU SERVIÇO,
ANTES DE LIGAR
A SIRENE DA
AMBULÂNCIA.**

CHECKLIST DE ESTABILIDADE: CRITÉRIOS DE ALTA

- ✓ Temperatura < 37,8°C (Sem febre há 48h)
- ✓ Frequência Cardíaca < 100 bpm
- ✓ Frequência Respiratória < 24 irpm
- ✓ Pressão Arterial Sistólica $\geq$ 90 mmHg
- ✓ SatO2 $\geq$ 90% em ar ambiente
- ✓ Estado mental normal
- ✓ Estado mental < AVPR



CRITÉRIO SOCIAL INEGOCIÁVEL PARA APS

O paciente consegue ingerir as medicações orais?
Ele tem rede de apoio e condições de comprar o remédio? Ele consegue voltar ao Pronto-Socorro se piorar? Sem apoio, não há alta segura.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

ENFERMAGEM (VANGUARDA)

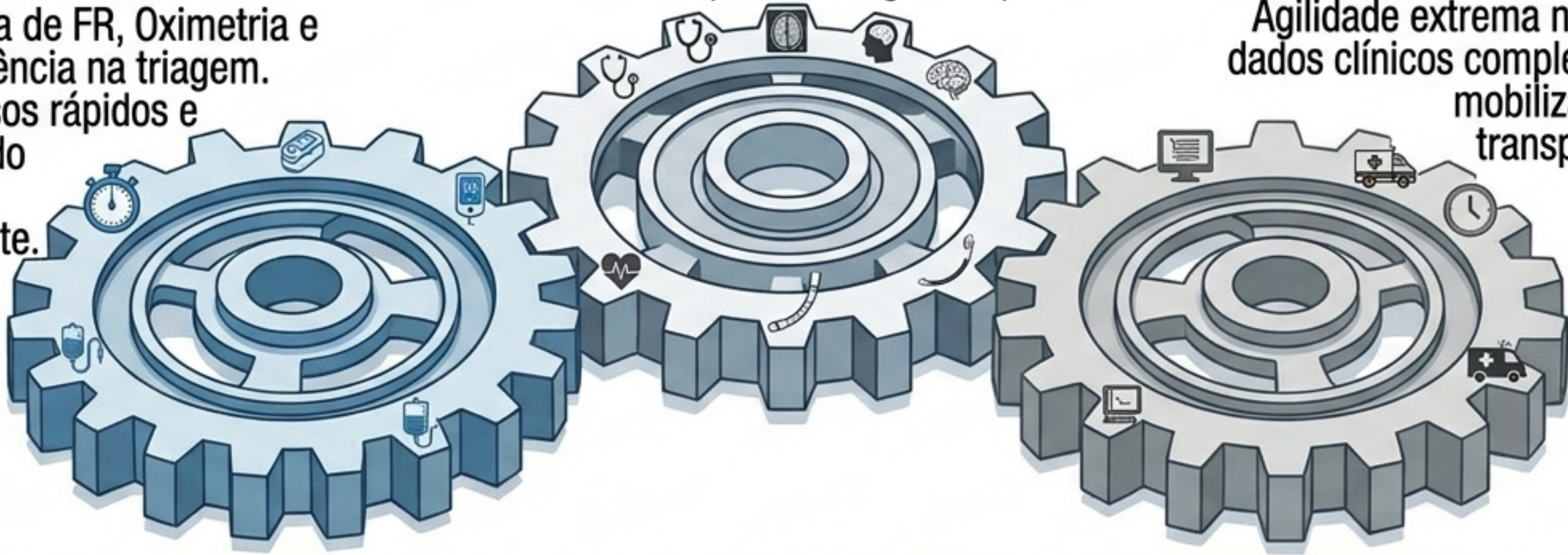
Vigilância estrita de FR, Oximetria e nível de consciência na triagem. Coleta de acessos rápidos e administração do ATB na 1ª hora inegociavelmente.

MEDICINA (DIAGNÓSTICO)

Diagnóstico clínico soberano, estratificação de risco (CRB-65), manejo avançado de vias aéreas e choque, tomada de decisão assertiva (Alta vs. Vaga Zero).

ADMINISTRATIVO / CROSS

Agilidade extrema na inserção dos dados clínicos completos no sistema e mobilização imediata do transporte e motorista.



O manejo da PAC é um esporte coletivo. A falha técnica ou de comunicação em uma engrenagem trava todo o protocolo de sobrevivência.

PAC na Prática: Checklist Final e Mensagens-Chave



Ansiedade não exclui hipoxemia: sempre meça rigorosamente a SatO2 e a Frequência Respiratória.



Corticoides são restritos e EXCLUSIVOS para o tratamento do paciente em PAC Grave.



A primeiríssima dose de antibiótico acontece NO SEU SERVIÇO, ANTES de qualquer transporte inter-hospitalar.