

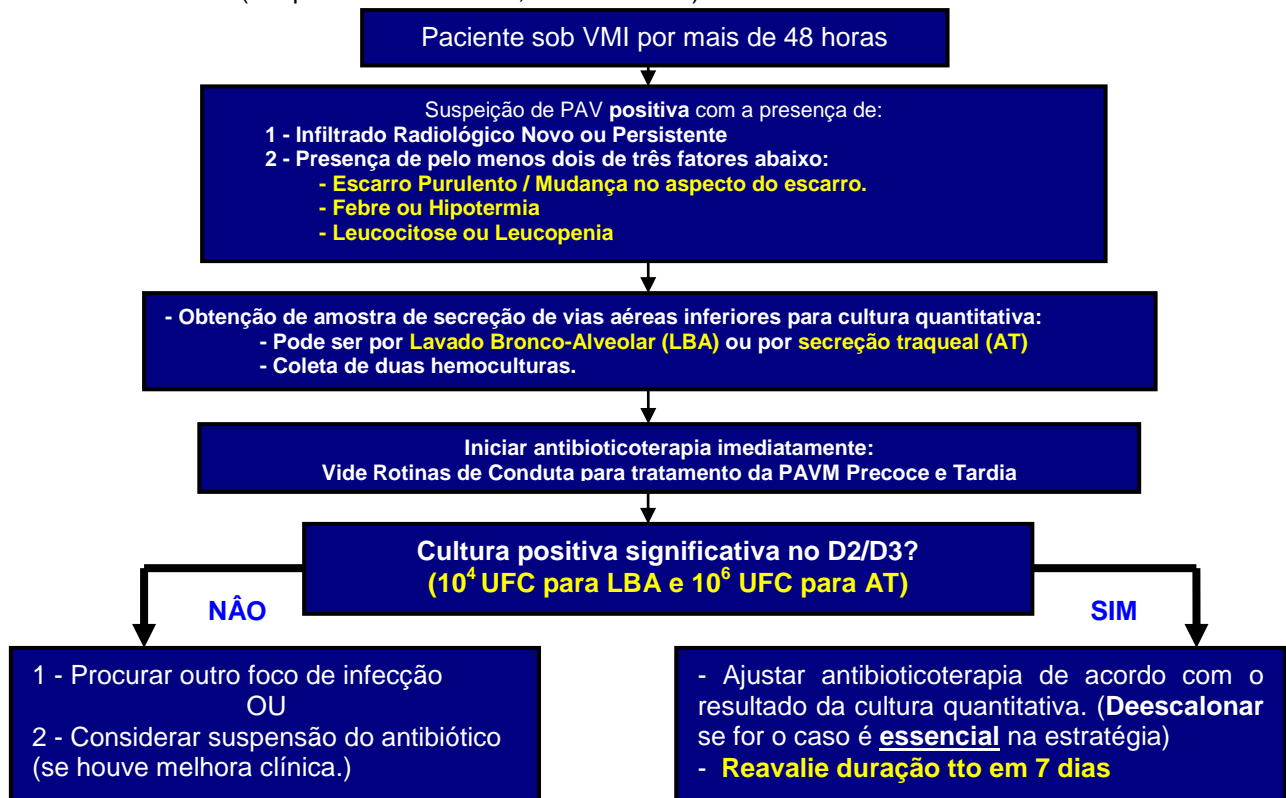


## PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA – DIAGNÓSTICO

I - INTRODUÇÃO: O diagnóstico de PAVM é muitas vezes difícil de estabelecer. Tratar pacientes com PAVM envolve a escolha empírica correta do esquema antibiótico, sem o quê a mortalidade aumenta de forma importante. Esta rotina visa orientar o estabelecimento da SUSPEIÇÃO DE PAVM e neste caso como proceder inicialmente para estabelecer o diagnóstico final. A sugestão da literatura para a suspeição de PAVM segue alguns passos. Passo 1: Identificação de Radiografia de tórax com novo ou persistente infiltrado. (Radiografias normais excluem a suspeição, devendo-se procurar outros focos infecciosos, incluindo traqueobronquite infectada e sinusite nosocomial, por exemplo). Como a radiografia com infiltrado é comum em pacientes em UTI, estando relacionada muitas vezes a congestão e a causas não-infecciosas, deve-se aplicar um segundo passo, visando melhorar a especificidade e sensibilidade da suspeição. Passo 2: Paciente deve apresentar pelo menos duas de três das alterações a seguir: mudança no aspecto do escarro, leucocitose/leucopenia, febre/hipotermia. O encontro de pelo menos dois destes fatores guarda a melhor relação de sensibilidade e especificidade para a suspeita de PAVM. Uma vez fechada a suspeição, deve-se colher cultura de secreção traqueal quantitativa, podendo ser realizada por aspirado traqueal ou broncoscopia, caso esta seja de fácil acesso. Deve-se colher também duas hemoculturas. A orientação para escolha do antibiótico é abordada nas Rotinas de Conduta de Tratamento da PAV Precoce e Tratamento da PAV Tardia (vide [www.sti-hspe.com.br](http://www.sti-hspe.com.br)). Após 2-3 dias de tratamento, o resultado das culturas deve necessariamente nortear dois caminhos: 1) **Cultura Negativa**: Considerar suspensão do antibiótico ou avaliar possibilidade de outro foco, se piora clínica no período; 2) **Cultura Positiva**: Ajustar antibiótico, deescalando se for o caso é essencial na estratégia.

II - GRAU DE RECOMENDAÇÃO: **Grau 1C**

III - ALGORITMO (adaptado de Chastre J, et al<sup>1</sup>. e ATS<sup>3</sup>)



IV – CONCLUSÃO: A otimização da suspeição de PAV para o fechamento do diagnóstico, associado com a coleta de culturas, permite iniciar o tratamento desde logo, melhorando o prognóstico do paciente, aplicando-se deescalonamento ou suspensão do antibiótico quando necessário, permitindo uso racional destas drogas nos pacientes que realmente necessitem.

V - Referências: (\*Leitura recomendada)

1. \*Chastre J, et al. Ventilator-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 867.
2. Hubmayr RD. Statement of the 4<sup>th</sup> International Consensus conference in Critical Care on ICU-Acquired Pneumonia. *Intensive Care Med*, 2002; 28: 1521-1536.
3. American Thoracic Society and ISDA. Guidelines for the Management of Adults with HAP, VAP, and HCAP. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 171. pp 388-416, 2005
4. Ibrahim EH, et al. Experience with a clinical guideline for the treatment of ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Med*, 2001; 29 1109-1115.