



Pneumococo resistente em pneumonias

Pneumonia caused by resistant S. pneumoniae

—
Maria de Fátima B. Pombo March*

A resistência do pneumococo à penicilina começou a ser descrita como baixa ou intermediária, isto é, com concentração inibitória mínima (MIC) de 0,1 a 1,0mcg/ml, com o potencial de se tornar elevada (MIC superior a 2,0mcg/ml). Segundo a literatura, até o presente, a proporção de cepas altamente resistentes no mundo se mantém abaixo de 10% do total de cepas resistentes.

No Brasil, estudo no período de 1988 a 1992 com 262 amostras de pneumococo de pacientes das cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Ribeirão Preto, provenientes de sangue, secreções respiratórias, líquido, etc, evidenciou 47(17,9%) com resistência intermediária à penicilina e apenas duas com resistência elevada.

Ao contrário do adulto, na criança não há diferenças significativas no quadro clínico ou na gravidade das pneumonias causadas por cepas de pneumococo penicilina-resistentes ou suscetíveis. Alguns autores preconizam o uso de doses maiores de penicilina (200.000UI/kg) do que as convencionais, considerando que esta droga necessitaria de elevados níveis séricos para o tratamento de pneumonia por cepas de resistência intermediária. Entretanto, em doses habituais, a penicilina ou outro betalactâmico equivalente seriam insuficientes apenas para o pneumococo de muito alta resistência, com MIC superior a 4mcg/ml. No caso

de cepas de resistência intermediária, cefuroxime, cefotaxime e ceftriaxone podem ser úteis. Nas cepas de alta resistência, a vancomicina provavelmente é a droga de eleição.

O pico sérico da amoxicilina após uma dose de 15mg/kg é de 6 a 14mcg/ml, o que representa o MIC 6 a 14 vezes maior do que o necessário para tratamento de pneumococo de resistência intermediária. Deste modo, a resistência intermediária à penicilina é pouco significativa na conduta frente a pneumonia, sendo necessários maiores estudos em relação aos casos de elevada resistência, bem menos freqüentes.

Segundo a OMS, o tratamento de pneumonias com cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetoprim), amoxicilina ou cloranfenicol só deve ser modificado caso a resistência a estas drogas seja próxima de 25%. Portanto, o tratamento com penicilinas, preconizado nos programas de saúde, pode ser mantido com segurança.

O tratamento ambulatorial das pneumonias deverá ser efetuado em cerca de 90% dos casos desta doença na infância, isto é, quando não há sinais de gravidade que justifiquem a internação do paciente. Subentende o emprego de penicilina procaína (400.000U/dia) ou drogas para administração por VO: amoxicilina, ampicilina e sulfametoxazol-trimetoprima.

Professora Assistente de Pediatria - Setor de Pneumologia Pediátrica - UFRJ; Membro do Comitê de Doenças Respiratórias da SOPERJ;

Artigo recebido para publicação no dia 16/5/2000 e aceito no dia 1/6/2000, após revisão.

O tratamento empírico de pneumonias na criança hospitalizada é empregado largamente nos serviços pediátricos, em função da dificuldade universal do diagnóstico etiológico. Fundamenta-se principalmente no quadro clínico-radiológico do paciente. A princípio, na criança de dois meses a quatro anos com pneumonia comunitária, pensa-se inicialmente na etiologia pneumocócica e, neste sentido, propõe-se o tratamento com penicilina cristalina ou, eventualmente, procaína. A segunda bactéria em grau de frequência como causadora de pneumonia nesta faixa etária é o *H. influenzae*, que também poderia ser tratada com penicilina cristalina.

Mesmo em áreas com alta taxa de resistência do pneumococo, os antibióticos betalactâmicos podem ser usados com segurança como droga de primeira escolha para tratamento de infecções respiratórias. "O isolamento de uma cepa resistente num paciente que não apresenta meningite pode ser interpretado à luz da resposta clínica", ou seja, não significa necessariamente a troca de antibiótico.

O conhecimento da realidade local quanto à prevalência do pneumococo resistente é fundamental na elaboração dos programas de saúde para que a aceitação de dados tão variáveis da literatura não prejudique a adesão da equipe de saúde ao tratamento preconizado, bem como não passem despercebidos os casos existentes no local.

Os fatores de risco já identificados, como, por exemplo, o uso indiscriminado de antibióticos, devem ser combatidos. O monitoramento contínuo da sensibilidade do pneumococo deve ser incentivado sempre que possível em todas as regiões, visando-se a detectar precocemente as alterações no padrão de resistência.

É preciso desenvolver uma vacina mais eficiente para a prevenção primária de doença pneumo-

cócica do que as atuais polissacarídeas, que não são muito imunogênicas, em especial no grupo de menores de dois anos. Tão logo haja disponibilidade de novas vacinas, como a antipneumocócica polissacarídea-protéica, eficaz em crianças pequenas, poderá ser detida a disseminação das cepas resistentes, prevenindo a colonização de nasofaringe e a infecção subsequente por pneumococos resistentes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1-Brasil, Ministério da Saúde. Tratamento de pneumonias em hospitais de pequeno e médio portes. Brasília, DF, 1996.
- 2-Friedland T. Comparison of the response to antimicrobial therapy of penicilin-resistant and penicilin-susceptible pneumococcal disease. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 885-890.
- 3-Pallares, et al. Resistance to penicilin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995; 333(8): 474-480.
- 4-Schreiber J, Jacobs M. Antibiotic-resistant pneumococci. *Pediatr Clin N Am* 1995; 42(3): 519-537.
- 5-Sessegolo JF, et al. Distribution of serotypes and antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* strains isolated in Brazil from 1988 to 1992. *J Clin Microb* 1994; 32(4): 906-911.
- 6-Spika JS, et al. Antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* in the United States. *J Infect Dis* 1991; 163: 1.273-1.278.
- 7-Zangawill KM, et al. Epidemiology of invasive pneumococcal disease in Southern California: implications for the design and conduct of a pneumococcal conjugate vaccine efficacy trial. *J Infect Dis J* 1996; 174: 752-759. ■

Envie seu
artigo científico
para publicação*
em **PULMÃO RJ**

Seu artigo será avaliado pelo nosso Conselho Editorial

Endereço para envio:

Vitrô Comunicação

Praça XV de Novembro, 34/4º andar
Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ

E-mail: pulmaorj@vitro.com.br