

Artigo original

Tratamento das pneumonias comunitárias na infância. Treatment of childhood pneumonia.

Sidnei Ferreira¹, Maria de Fátima Bazhuni Pombo March².

RESUMO

Ainda é elevado o número de óbitos por pneumonias agudas em crianças. O agente etiológico mais frequente é o pneumococo. Desde a década de 80 do século passado, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu normas de diagnóstico e tratamento da doença. Nas crianças menores de 5 anos, faixa etária mais acometida, apresentando tosse e dificuldade para respirar, foram estabelecidas a elevação da frequência respiratória e a presença da tiragem subcostal como sinais clínicos de elevadas sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pneumonia. Crianças menores de 2 meses são abordadas de forma peculiar, pelo risco de septicemia e morte por pneumonia. Os autores apresentam uma proposta de tratamento de pneumonia em nível ambulatorial e hospitalar, inclusive para os complicados com derrame pleural. A amoxicilina e a penicilina procaína ou cristalina são drogas de primeira escolha, na maioria das vezes, de acordo com consensos nacional e internacional. Estudos bacteriológicos realizados no Brasil e na América Latina mostram que, apesar do aumento da resistência do pneumococo à penicilina e derivados no mundo todo, a situação, em nosso país, permite a indicação da droga com segurança.

Descritores: pneumonia aguda comunitária, derrame pleural, tratamento, criança.

ABSTRACT

It is still high the number of deaths for pneumonia in children. The most etiologic agent is Pneumococcus. Since the decade of 1980 the World Health Organization established management rules for the disease. In children under 5 years, age group more affected with cough and difficulty to breathe, elevated respiratory frequency and chest indrawing are considered signs of high sensitivity and specificity for the diagnosis of pneumonia. Children under 2 months are approached in a peculiar way by the septicemia risk and death for pneumonia. The authors present a proposal of pneumonia treatment in outpatient and inpatient levels, besides for the complicated ones with pleural ephusion. Amoxicilin, benzyl penicillin or crystalline are the first choice drugs, in agreement with national and international guidelines. Bacteriological studies accomplished in Brazil and in Latin America show that in spite of the increase of penicillin resistance of pneumococcus all over the world, the situation in Brzil allows the indication of these drugs with safety.

Keywords: communitary acute pneumonia, pleural ephusion, treatment, child.

CONDUTA NA PNEUMONIA NA INFÂNCIA

Dos 15 milhões de óbitos por ano de menores de cinco anos de idade, nos países em desenvolvimento, 2 milhões são por pneumonia. Apesar das revisões sistemáticas e diretrizes sobre o tema, é grande a diversidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas, havendo necessidade de maior padronização de condutas para diminuir a morbidade e a mortalidade por pneumonia, além de evitar o aumento da resistência bacteriana pelo uso indiscriminado de antibióticos.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada em diversas publicações, chama a atenção, há mais de duas décadas, para os sinais clínicos que permitem o

diagnóstico e a instituição do tratamento em crianças com pneumonia aguda adquirida na comunidade, de acordo com a faixa etária. Assim, crianças com história de tosse e dificuldade respiratória, com suspeita de pneumonia, devem ser avaliadas quanto à presença de tiragem subcostal e submetidas à contagem da frequência respiratória (FR), para classificação do caso e indicação da melhor conduta terapêutica.^{1,2}

Para os **menores de dois meses**, a FR igual ou maior do que 60 incursões respiratórias por minuto (irpm) e a tiragem subcostal são sinais com alta significância estatística para diagnóstico de pneumonia grave e, portanto, indicativos de internação hospitalar. Toda

1. Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

pneumonia nessa faixa etária deve ser classificada como *grave*. As crianças menores de 2 meses deverão iniciar tratamento de pneumonia com associação de antibióticos, visando germes gram positivos e gram negativos. Tal se justifica, pois não é bem conhecida a etiologia de pneumonia nesta faixa etária e há o risco de agentes gram negativos, estreptococos β hemolíticos e outros. Indica-se penicilina cristalina ou ampicilina associada a aminoglicosídeo, enquanto se aguardam resultados de exames que poderão esclarecer a etiologia.^{1,2}

A partir dos 2 meses aos 5 anos, as crianças podem ser classificadas em 2 grupos: *pneumonia grave* e *pneumonia*, de acordo com a presença ou ausência, respectivamente, de tiragem subcostal ao exame físico. Os valores de FR indicativos de **pneumonia**, segundo a idade são: de 2 a 11 meses igual ou maior que 50 irpm; de 1 a 4 anos igual ou maior que 40 irpm.^{1,2}

A OMS ressalta que qualquer criança suspeita de pneumonia que apresente *sinais de perigo ou de gravidade*, como estridor em repouso, recusa de líquidos, convulsão, alteração do sensorio, vômitos, entre outros, deve ser imediatamente referida para o hospital, independentemente do diagnóstico. Outras condições indicativas para internação hospitalar são: desnutrição grave, pneumonia extensa, derrame pleural extenso, medida da saturação de oxigênio igual ou menor do que 92%, cianose, desidratação, comorbidades e pro-

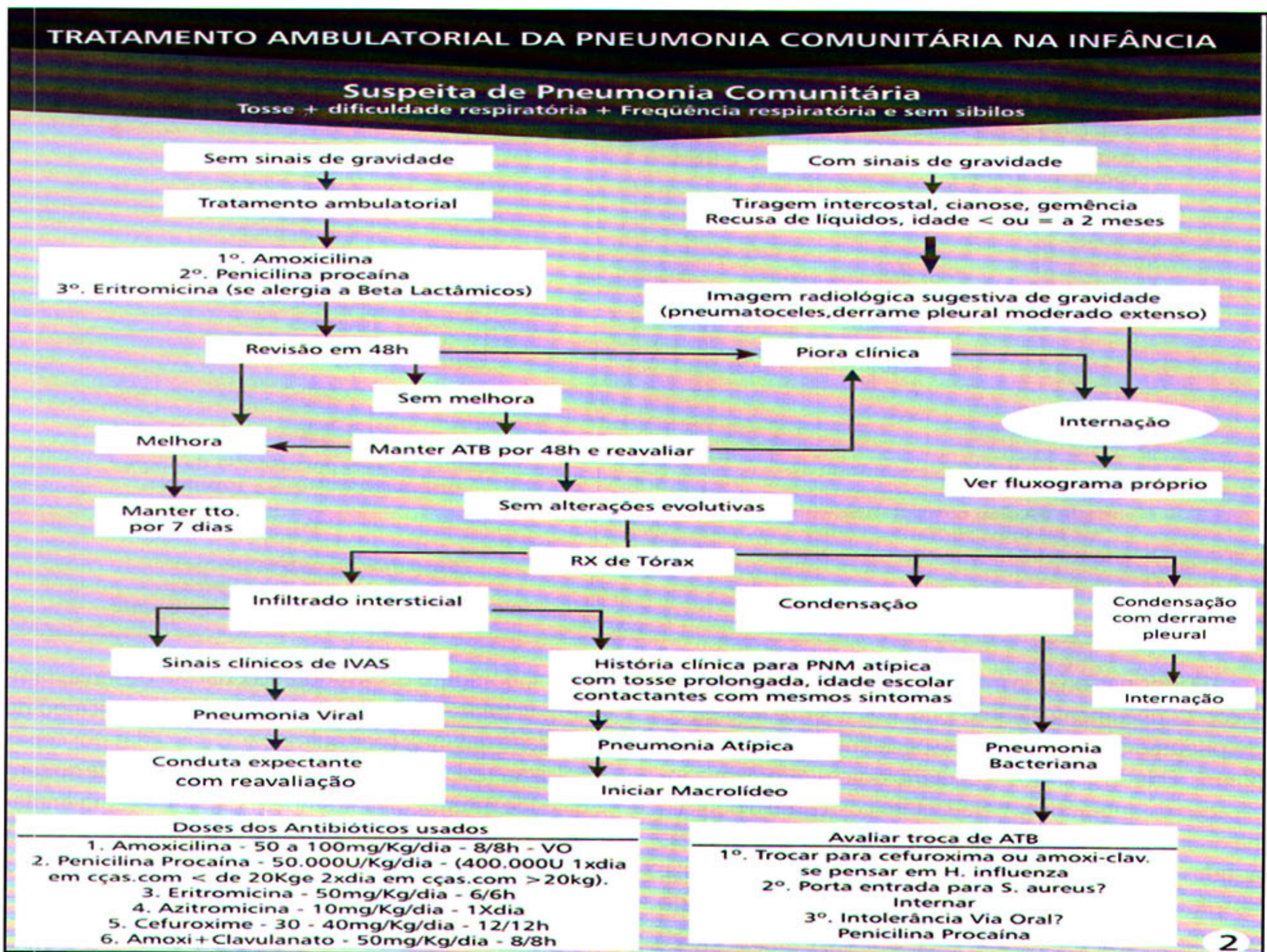
blemas sociais graves, como família incapaz de observar ou supervisionar adequadamente o tratamento.¹

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Quando a criança maior de dois meses de idade não apresenta tiragem subcostal ou qualquer sinal de perigo ou de gravidade, mas apresenta FR elevada, a classificação mais adequada é pneumonia, com indicação de tratamento ambulatorial.

Nos casos de pneumonia, recomenda-se antibioticoterapia com amoxicilina, por sete dias, como primeira escolha. A penicilina procaína também pode ser usada em dose única diária por 7 dias. O *Streptococcus pneumoniae* é o agente etiológico mais freqüente. Deve-se reavaliar o paciente em 48 horas e ao final do tratamento. Caso haja suspeita de pneumonia atípica ou afebril, tratar com um macrolídeo, como por exemplo eritromicina, por 10 dias, ou com um dos chamados novos macrolídeos, como azitromicina, por 6 dias, ou claritromicina, por 10 dias.¹

A radiografia de tórax deve ser realizada quando há sinais clínicos de gravidade ou dúvida em relação à extensão do processo ou presença de complicações de pneumonia, que indiquem internação hospitalar. De uma forma geral, a radiografia não deve ser realizada, rotineiramente, em crianças com suspeita de pneumonia, a nível ambulatorial, já que, na maioria das vezes, o diagnóstico é eminentemente clínico.³



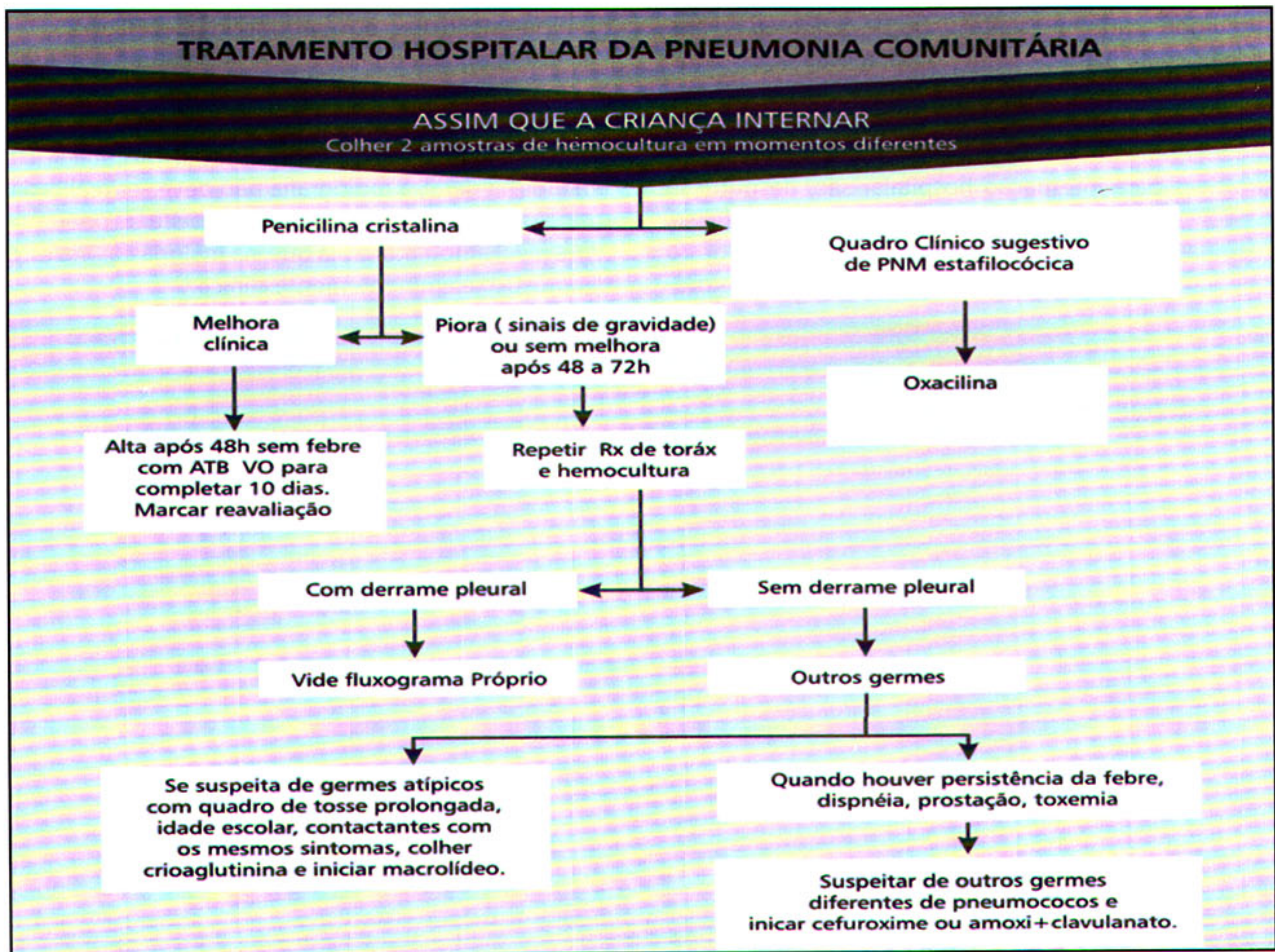
TRATAMENTO HOSPITALAR

A criança internada por pneumonia deve receber, inicialmente, penicilina cristalina ou ampicilina, por ser o *Streptococcus pneumoniae* o agente etiológico mais freqüente. A penicilina procaína pode ser uma alternativa em situações especiais. Nestes casos, indica-se colher sangue para hemocultura, realizar radiografia de tórax e realizar toracocentese com exame do líquido pleural, se houver derrame pleural. Caso apresente à internação quadro clínico compatível com pneumonia estafilocócica, deve-se iniciar oxacilina e manter este tratamento por, no mínimo, três semanas. Geralmente, trata-se de lactentes, graves, toxêmicos, com evolução clínico-radiológica muito rápida e, algumas vezes, com lesões cutâneas de porta de entrada para a bactéria.²

Após 48 a 72 horas de internação, se o paciente não melhorar, ou piorar, deve-se radiografar novamen-

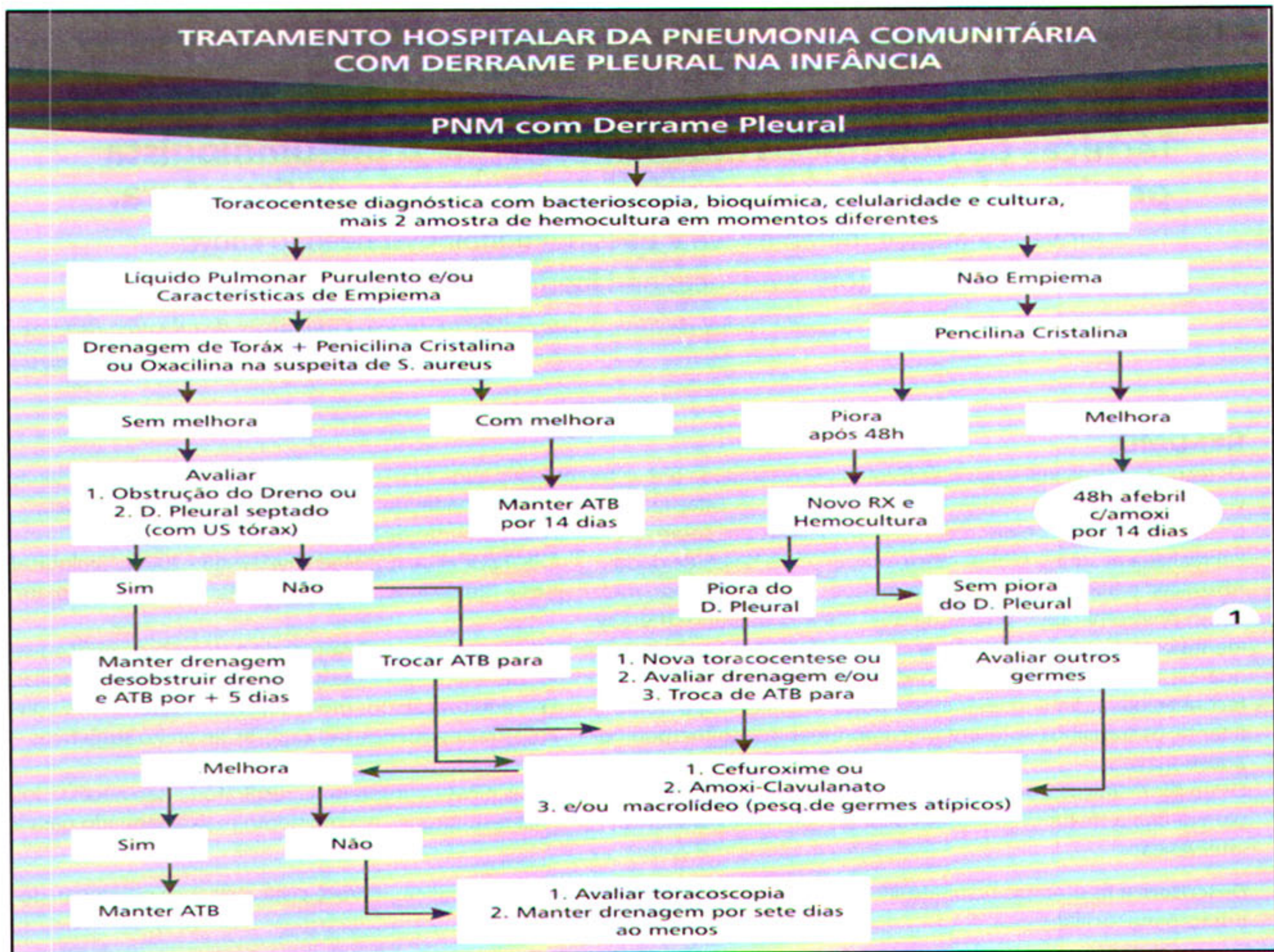
te e colher novas culturas. Se a radiografia de tórax apresentar imagem sugestiva de derrame pleural, deve-se avaliar a necessidade de punção pleural e de drenagem torácica fechada. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente etiológico, também, das pneumonias complicadas com derrame pleural.³

Caso não ocorra a melhora esperada, ou a radiografia não demonstre a possibilidade de derrame pleural, pensar em agentes diferentes do *Streptococcus pneumoniae*, como o *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*. Caso a suspeita maior recaia sobre a primeira hipótese, trocar o antibiótico para cefuroxima ou amoxicilina-clavulanato, evitando o uso de cefalosporinas de terceira geração, que devem ser reservadas aos processos infecciosos de sistema nervoso central. Para germes atípicos, os macrolídeos já citados.¹⁻³



Dados nacionais e internacionais apontam o *Streptococcus pneumoniae* como principal agente etiológico de pneumonia em crianças, especialmente menores de 5 anos. Estudos clínicos e bacteriológicos reforçam a indicação de antibióticos beta-lactâmicos, como a penicilina e seus derivados, para o tratamento das pneumonias agudas comunitárias, a nível ambulatorial (amoxicilina) e hospitalar (penicilina cristalina). A resistência elevada do *Streptococcus pneumoniae* à penicilina é rara em nosso

meio e, do ponto de vista prático, não se observa, também, diferenças significativas na evolução clínica ou na gravidade das infecções pulmonares causadas por cepas penicilina-resistentes ou suscetíveis. A resistência ou sensibilidade intermediária também não representa limitação ao uso da penicilina, porque corresponde a cepas da bactéria que necessitam de níveis séricos mais elevados do antibiótico, que já são normalmente obtidos com doses usadas habitualmente para o tratamento.⁴



AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem e citam a participação, em várias etapas deste trabalho, dos Drs: Lucia Araújo Evangelista, Ana Cristina Frota, Thalita Fernandes

Abreu e Clemax Couto Sant’Anna, do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG- UFRJ).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de normas de assistência e controle de infecções respiratórias agudas . 4a ed. Brasília, DF, 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento de pneumonias em hospitais de pequeno e médio portes. Brasília, DF, 1996.
3. Diretrizes brasileiras em pneumonias adquiridas na comunidade em pediatria-2007. J Brás Pneumol 2007;33(Suppl 1):S31- S50.
4. Penicillin resistant pneumococcus and risk of treatment failure in pneumonia. Arch Dis Child published online 11 Sep 2007 doi: 10.1136/adc.2006.111625.