

## **ABORDAGEM AMBULATORIAL DAS PNEUMONIAS AGUDAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Andréa da Silva Munhoz

As pneumonias são responsáveis por elevadas taxas de hospitalização e óbito, especialmente em crianças menores de cinco anos. Metade das mortes relacionadas à pneumonia ocorre em crianças menores de um ano.

Os principais fatores de risco associados às infecções respiratórias agudas são: desnutrição, baixo peso ao nascer, desmame precoce, vacinação incompleta, baixo nível socioeconômico, dificuldade ou demora de acesso à assistência à saúde, aglomeração e tabagismo domiciliar.

O tabagismo passivo é um importante fator de risco para desencadeamento e agravamento de doenças do trato respiratório, principalmente nos primeiros anos de vida. Diante disso os pais e/ou cuidadores que fazem uso do tabaco devem ser orientados e encorajados a iniciarem tratamento antitabágico.

### **Diagnóstico**

O quadro clínico da pneumonia adquirida na comunidade pode variar dependendo de sua extensão e da idade do paciente, apresentando desde sintomas inespecíficos como febre, dor abdominal, letargia e tosse, até sintomas mais específicos como taquidispneia, hipoxemia, crepitações localizadas e sopro tubário.

Preferencialmente a frequência respiratória deve ser contada durante um minuto por meio da inspeção torácica da criança sentada ou no colo do cuidador, de forma que a mesma permaneça tranquila.

Considera-se taquipneia a frequência respiratória maior que 60 incursões/minuto em crianças menores de dois meses, 50 incursões/minuto entre dois e 12 meses de idade, maior que 40 incursões/minuto em crianças de 1 a 5 anos e maior que 20 incursões/minuto em maiores de 5 anos.

No caso de história de episódio anterior de sibilância e dificuldade respiratória associada à presença de sibilos à ausculta pulmonar, deve-se considerar a possibilidade de crise de asma. Sendo assim, a mensuração da frequência respiratória deve ser feita após administração de broncodilatador por via inalatória.

Pacientes com desconforto respiratório (batimento de aletas nasais, retração intercostal, de fúrcula ou subdiafragmática), gemência, cianose, hipoxemia mensurada pela oximetria de pulso (saturação da oxihemoglobina  $\leq$  90%), comprometimento do estado geral, dificuldade de ingestão de líquidos, sinais de desidratação, desnutrição grave ou incapacidade da família em cuidar do paciente, devem ser internados.

No caso de lactentes com menos de dois meses com suspeita de pneumonia sempre se indica a internação, mesmo na ausência de sinais de gravidade.

A radiografia de tórax deve ser solicitada: no momento do diagnóstico, se houver piora ou não melhora satisfatória em 48 a 72 horas após iniciado o tratamento e na resolução do quadro (geralmente 4 a 6 semanas após o diagnóstico). É de extrema importância que a qualidade técnica radiológica esteja adequada para evitar falsos diagnósticos. As incidências posteroanterior e perfil permitem avaliar a extensão da pneumonia e possíveis complicações, bem como auxilia no diagnóstico diferencial com outras doenças de vias aéreas inferiores; no entanto, apresenta baixa acurácia na diferenciação entre pneumonia viral e bacteriana.

Exames inespecíficos como leucograma e proteína C reativa não devem ser realizados como rotina para pacientes tratados ambulatorialmente.

### **Tratamento**

Os cuidadores de crianças com pneumonia e com possibilidade de tratamento domiciliar devem sempre ser orientados quanto: ao modo de administrar as medicações, cuidados com a alimentação e hidratação, controle de temperatura, sinais de piora que necessitem assistência médica imediata e retorno em 48 horas para reavaliação.

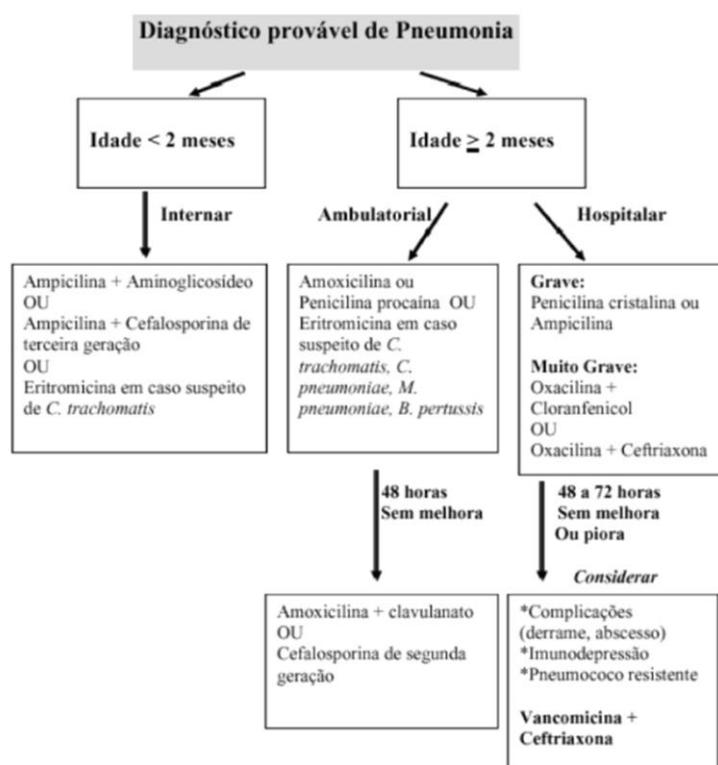
Devido à dificuldade do diagnóstico etiológico das pneumonias, na grande maioria das vezes, o tratamento é empírico e se baseia nos agentes etiológicos mais prováveis para cada faixa etária conforme quadro a seguir.

**Agentes etiológicos mais prováveis, por faixa etária, de pneumonia comunitária.**

Idade	Etiologia	Aspecto clínico relevante
<b>0 a 20 dias</b>	Estreptococo do Grupo B	Sepse precoce; pneumonia grave, bilateral, difusa
	Enterobactérias (ex. <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella sp.</i> , <i>Proteus sp.</i> )	Infecção nosocomial, geralmente após 7 dias de vida
	Citomegalovírus	Outros sinais de infecção congênita
	<i>Listeria monocytogenes</i>	Sepse precoce
<b>3 semanas a 3 meses</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção genital materna, afebril, progressiva, subaguda, infiltrado intersticial
	Vírus sincicial respiratório (VSR)	Pico de incidência entre 2-7 meses de vida, rinorréia profusa, sibilância, predomínio no inverno e primavera
	Parainfluenza	Quadro semelhante ao VSR, afetando crianças maiores, sem caráter sazonal
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Provavelmente a causa mais comum de pneumonia bacteriana
	<i>Bordetella pertussis</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	Pneumonia ocorre em casos graves Doença grave, freqüentemente complicada
<b>4 meses a 4 anos</b>	VSR, parainfluenza, influenza, adenovírus, rinovírus	Causam pneumonia freqüentemente entre as crianças mais jovens deste grupo etário
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Causa mais provável de pneumonia lobar ou segmentar mas pode causar outras formas também
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Tipo b em desaparecimento devido ao uso da vacina conjugada em larga escala; outros tipos e não tipáveis também causam pneumonia.
	<i>Staphylococcus aureus</i>	Doença grave, freqüentemente complicada entre os mais jovens deste grupo etário
	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Crianças mais velhas neste grupo etário
	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	História epidemiológica, ausência de resposta à terapêutica para os agentes mais comuns
<b>5 anos a 15 anos</b>	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Causa freqüente neste grupo de pacientes; apresentação radiológica variável
	<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Causa controversa entre os indivíduos mais velhos deste grupo
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Causa mais freqüente de pneumoniae lobar mas também cursa com outras apresentações radiológicas
	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Freqüência aumentada no início da puberdade e na gravidez

No tratamento das pneumonias bacterianas, a antibioticoterapia de escolha varia de acordo com a faixa etária e as características da infecção (vide quadro abaixo).

Algoritmo para tratamento antimicrobiano inicial empírico para pacientes pediátricos com pneumonia comunitária.



A posologia dos principais antimicrobianos utilizados no tratamento das pneumonias em crianças e adolescente está apresentada no quadro a seguir.

Posologia dos principais antimicrobianos para tratamento ambulatorial de pneumonia em crianças com idade  $\geq 2$  meses e adolescentes

Antimicrobiano	Dosagem	Intervalo entre as Tomadas	Duração
Amoxicilina	50mg / kg / dia	12 em 12 horas	7 a 10 dias
Penicilina procaína*	50.000UI / kg / dia	12 em 12 horas	7 dias
Eritromicina	50mg / kg / dia	6 em 6 horas	14 dias
Amoxicilina – clavulanato	45mg / kg / dia	12 em 12 horas	7 a 10 dias
Cefuroxime-axetil	30mg / kg / dia	12 em 12 horas	7 a 10 dias

\*Via Intramuscular

Em 48 a 72 horas após iniciado o tratamento, espera-se melhora do estado geral, redução da febre e da dispneia. Caso o quadro clínico esteja inalterado ou com algum sinal de piora, deve-se aventar a possibilidade de: escolha inadequada do antibiótico, subdose e/ou complicações como derrame pleural, abscesso, atelectasias ou pneumonia necrosante.

### **Considerações finais**

A maioria dos casos de pneumonia apresenta boa evolução sem sequelas remanescentes. Mesmo assim, esses casos devem ser reavaliados aproximadamente duas semanas após a reavaliação com 48 horas de tratamento.

No intuito de promover a redução das taxas de mortalidade, deve-se sempre atentar para que seja realizado o diagnóstico precoce e que o tratamento seja instituído o mais rápido possível.

É importante frisar que a vacinação adequada é uma das principais armas na profilaxia das doenças infecciosas das vias respiratórias e por isso deve ser sempre verificada e estimulada.

### **Bibliografia**

1. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Infectologia e Pneumologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para Antibioticoterapia de Crianças e Adolescentes com Pneumonia Comunitária**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/Pediat\\_doc.PDF](http://www.sbp.com.br/img/Pediat_doc.PDF). Acesso em 18 julho 2012.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. **Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria**. J Bras Pneumol; 33(Supl 1):S 31-S 50, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s1/02.pdf>. Acesso em 18 julho 2012.