

## TRATAMENTO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

Celso Nakagawa\*

### TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA AGENTES ETIOLÓGICOS DA PAC

#### *Streptococcus pneumoniae*

- Sensível: Amoxicilina, cefalosporina ou macrolídeo.
- Resistência intermediária: Amoxicilina 500 mg, 3x/dia ou cefuroxima 500 mg, 2x/dia.
- Altamente resistente: Cefotaxima 1g IV a cada 8 horas, ceftriaxona 1g IV a cada 24 horas, Penicilina G 2 milhões a cada 4 horas ou fluoroquinolona respiratória.

#### *H. Influenzae*

- Cefalosporina de 3ª Geração ou 4ª Geração, ou betalactâmico/inibidor de betalactamase.

#### *Mycolasma pneumoniae*

- Macrolídeo ou doxiciclina.

#### *Clamídea pneumoniae*

- Macrolídeo ou doxiciclina.

#### *Legionella*

- Macrolídeo associado à rifampicina ou fluoroquinolona.

#### *S. Aureus*

- Sensíveis à Oxacilina: Oxacilina.
- Resistentes à Oxacilina: Vancomicina.

#### **Bacilos entéricos gram-negativos**

- Cefalosporina de 3ª ou 4ª geração associada a Aminoglicosídeos ou fluoroquinolona.

#### *Pseudomonas Aeruginosa*

- Ciprofloxacina ou Aminoglicosídeo + betalactâmico antipseudomonas (Ceftazidima, Piperacilina-tazobactam, imipenem ou meropenem).

#### **Anaeróbios**

- Betalactâmico/inibidor de betalactamase ou clindamicina.

### SELEÇÃO DE ANTIBIÓTICOS PARA TRATAMENTO EMPÍRICO DE PAC

#### **Pacientes não internados**

- Opção: macrolídeo, fluoroquinolona anti-pneumocócica, betalactâmico.
- Fluoroquinolonas devem ser reservadas para pacientes com comorbidades e idosos. Ciprofloxacina não deve ser usada.
- Amoxicilina (e outros betalactâmicos) é menos efetiva do que macrolídeos e fluoroquinolonas (uma falha a mais em 12 doentes tratados), mas é opção de menor custo.
- Penicilina procaína tem espectro estreito, é injetável e mais cara do que a amoxicilina (considerar o custo das seringas e da aplicação) e não é recomendada.
- Cefalexina e cefaclor não devem ser usadas. Se a escolha recair em cefalosporinas orais, preferir cefuroxima, cefpodoxima ou cefprozil.
- Pneumonia aspirativa: amoxicilina clavulanato.

#### **Pacientes internados**

- Enfermaria: Fluoroquinolona anti-pneumocócica (isoladamente) ou betalactâmico (em geral ceftriaxona ou cefotaxima) associado a macrolídeo.
- Risco de Pseudomonas (doença pulmonar estrutural com curso recente de antibiótico e/ou uso crônico de corticoesteróide sistêmico), sobretudo em UTI: agente anti-pseudomonas (piperacilina associada ou não ao tazobactam, carbapenem ou cefepima) + ciprofloxacina em dose alta.
- Pneumonia Aspirativa: Fluoroquinolona e clindamicina ou metranidazol; ou betalactâmico com inibidor de betalactamase.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 2, p. 10-12, 2003

\* Médico Infectologista - CHS, Presidente da Comissão do Controle de Infecção Hospitalar (CCH).

## DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A duração do tratamento das pneumonias nunca foi avaliada por ensaios controlados. Em geral, de uma a duas semanas são suficientes. Para pneumonia por *S. pneumoniae*, recomenda-se que os doentes sejam tratados até que permaneçam afebris por, pelo menos, 72 horas. Pneumonias

causadas por *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* e *Legionella* em indivíduos imunocompetentes, devem ser tratadas por duas semanas. Pneumonias causadas por bactéria que causam necrose do parênquima pulmonar (*S. aureus*, *Klebsiella*, anaeróbios) podem necessitar de tratamento de três semanas ou mais, dependendo da evolução individual.

Tratamento da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

AGENTE	SENSIBILIDADE		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<u>Sensível</u> Amoxicilina Cefalosporina Macrolídeo	<u>Resistência Intermediária</u> Amoxicilina 500 mg Cefuroxima 500 mg	<u>Altamente resistente</u> Cefotaxima 1g IV Cefotriaxona 1g IV Penicilina G Fluoroquinolona respiratória
<i>H. influenzae</i>	Cefalosporina 3 <sup>a</sup> G ou 4 <sup>a</sup> G Betalactâmico/inibidor de betalactamase		
<i>Mycolasma pneumoniae</i>	Macrolídeo Doxiciclina		
<i>Clamídea pneumoniae</i>	Macrolídeo Doxiciclina		
<i>Legionella</i>	Macrolídeo associado a Rifampicina ou Fluoroquinolona		
<i>S. Aureus</i>	<u>Sensíveis à Oxacilina</u> Oxacilina	<u>Resistente à Oxacilina</u> Vancomicina	
<b>Bacilos entéricos gram-negativos</b>	Cefalosporina 3 <sup>a</sup> G ou 4 <sup>a</sup> G associado a aminoglicosídeos ou fluoroquinolona		
<b>Pseudomonas aeruginosa</b>	Ciprofloxacina ou Aminoglicosídeo = betalactâmico anti-pseudomonas (Ceftazidima, Piperacilina-tazobactam, Imipenem ou Meropenem)		
<b>Anaeróbios</b>	Betalactâmico / inibidor de betalactamase ou clindamicina		

Pacientes internados

<b>Enfermaria</b>	Fluoroquinolona anti-pneumocócica (isoladamente) Betalactâmico (em geral ceftriaxona ou cefotaxima) associado a macrolídeo.
<b>Risco de Pseudomonas sp</b>	Doença pulmonar estrutural com curso recente de antibiótico e/ou uso crônico de corticoesteróide sistêmico, sobretudo em UTI: agente anti-pseudomonas ( <b>Piperacilina</b> associada ou não ao <b>Tazobactam</b> , <b>Carbapenens</b> ou <b>Cefepima</b> ) + <b>Ciprofloxacina</b> em dose alta.
<b>Pneumonia aspirativa</b>	Fluoroquinolona e Clindamicina ou Metranidazol; ou Betalactâmico com inibidor de betalactamase.

Pacientes não internados

<b>DROGA</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>Fluoroquinolonas</b>	Devem ser reservadas para pacientes com comorbidades e idosos. <b>Ciprofloxacina</b> não deve ser usada.
<b>Amoxicilina (e outros betalactâmicos)</b>	É menos efetiva do que macrolídeos e fluoroquinolonas (uma falha a mais em 12 doentes tratados), mas é opção de menor custo.
<b>Penicilina procaína</b>	Espectro estreito, é injetável (considerar o custo das seringas e da aplicação) e é mais cara do que a amoxicilina. Não é recomendada.
<b>Cefalexina e Cefaclor</b>	Não devem ser usadas. Se a escolha recair em cefalosporinas orais, preferir <b>Cefuroxima, Cefpodoxima</b> ou <b>Cefprozil</b> .
<b>Amoxicilina - clavulanato</b>	Pneumonia aspirativa.
<b>Macrolídeo</b>	

Antibióticos mais usados em PAC e dosagens habituais

<b>ANTIBIÓTICOS</b>	<b>DOSAGEM</b>
<b><u>Betalactâmicos</u></b>	
Amoxicilina ± ácido clavulânico	500 mg VO 3x/dia ou 875 mg 2x/dia
PenicilinaG	2 milhões IV 6x/dia
Piperacilina-Tazobactam	4,5 g 3- 4x/dia
Oxacilina	2 g IV 4- 6x/dia
Cefuroxima	500 mg 2x/dia
Cefotaxima	1 a 2 g IV ou IM 3x/dia
Ceftriaxona	1 a 2 g IV ou IM 1x/dia
Ceftazidima	1 a 2 g IV 3x/dia
Cefepima	1 a 2 g IV 2x/dia
<b><u>Macrolídeos</u></b>	
Claritromicina	500mg 2x / dia
<b><u>Fluoroquinolonas</u></b>	
Ciprofloxacina	500 - 750 mg VO 2x/dia ou 400 - 600 mg IV, 2x/dia
Levofloxacina	500 mg oral ou IV 1x/dia
Gatifloxacina	400 mg oral ou IV 1x/dia
Moxifloxacina	400 mg oral ou IV 1x/dia
<b><u>Outros</u></b>	
Clindamicina	600 mg IV 6/6 horas
Doxiciclina	100 a 200 mg VO 1-2x/dia
Metronidazol	500 mg IV 8/8 horas
Vancomicina	500 mg IV 6/6 horas ou 1g IV 12/12 horas
Imipenem Cilastatina	500 mg IV 6/6 horas
Meropenem	1g IV 8/8 horas

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. J Pneumol 2001; 27(Supl).