

RECOMENDAÇÕES DAS SECÇÕES

Antibioticoterapia Empírica na Infecção Urinária na Criança

CARLA SIMÃO, MAGDA V. RIBEIRO, ARLETE NETO

Secções de Nefrologia e Infecciologia Pediátrica

Empirical Antibacterial Treatment in Urinary Tract Infection in Childhood

Devem ser tratadas todas as IU sintomáticas na criança e a bacteriúria assintomática nos casos com patologia nefro-urológica ou doença crónica que condicione maior susceptibilidade para infecções. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, em todos os casos após a colheita de urina para urocultura. **A antibioticoterapia é inicialmente instituída de forma empírica e logo que possível ajustada de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA).**

Objectivos: Controlar e aliviar os sintomas
Evitar o aparecimento de cicatrizes (nas IU altas)
Erradicar o agente do aparelho urinário

Crítérios de escolha da antibioticoterapia

Para iniciar uma terapêutica empírica há que ter em consideração aspectos que se relacionam com o agente infectante, com características do hospedeiro e com as características e propriedades farmacocinéticas dos antibióticos.

É necessário conhecer em cada área comunitária quais os agentes infectantes mais frequentes e qual o seu padrão de sensibilidade aos antibióticos. Em relação ao hospedeiro importa considerar a idade e os agentes infectantes mais frequentes de acordo com o grupo etário, a gravidade da situação clínica, a existência, ou não, de patologia nefro-urológica ou outra, e, importa conhecer terapêuticas antibióticas que tenham sido recentemente instituídas. No que diz respeito aos fármacos importa utilizar uma antibiótico bactericida, com espectro de

acção selectivo, com boa concentração urinária, com mínimo de efeitos secundários e com baixa capacidade de induzir o aparecimento fácil de estirpes resistentes. Igualmente importante é a posologia, a tolerância e aceitabilidade dos preparados disponíveis no mercado, sobretudo quando a terapêutica é instituída em ambulatório.

Terapêutica empírica

A proposta de terapêutica empírica, de acordo com o tipo de IU é a seguinte:

I. Recém-nascido

A suspeita de IU no RN é sempre abordada como um quadro de sépsis

a) Se infecção precoce:

Ampicilina + Aminoglicosido → Endovenoso
(75-100mg/kg/d - 8/8h) (5-6mg/kg/d - 24/24h)

b) Se infecção tardia (e mais provável o diagnóstico de IU)

Ampicilina + Cefalosporina de 3.^a geração → Endovenoso
(75-100mg/kg/d - 8/8h) (Ceftriaxone - 80-100mg/kg/d)

II. Lactente com > 1 M ≤ 3 M

Cefuroxime + Aminoglicosido → EV
(80-100mg/kg/d - 8/8h) (5-6mg/kg/d - 24/24h)

Nota: a utilização do aminoglicosido tem por objectivo alargar o espectro de acção durante o período de maior risco de cicatrizes renais.

III. Lactente e criança mais velha (> 3 M)

Pielonefrite aguda

a) Se em regime de internamento hospitalar

1 – doente sem factores de risco

Cefuroxime → EV
(80-100mg/kg/d – 8/8h)

2 – doente com factores de risco

Cefuroxime + Aminoglicosido → EV
(80-100mg/kg/d – 8/8h) (5-6mg/kg/d – 24/24h)

b) Se em regime de ambulatório

Cefalosporina de 2.^a geração
Cefuroxime axetil → Oral
(40mg/kg/d – 12/12h)

ou

Cefalosporina de 3.^a geração
Cefixime – 8 mg/kg/24-24h → Oral
Ceftibuteno – 9 mg/kg/24-24h

Cistite

Cefalosporina de 1.^a ou 2.^a geração
Cefadroxil – 30 mg/kg/d – 12/12h → Oral
Cefaclor – 40 mg/kg/d – 12/12h
Cefatrizina – 20-40 mg/kg/d – 8/8h
Cefradina – 100 mg/kg/d – 8/8h

NOTA

Propõe-se o início da terapêutica em regime de internamento hospitalar nos casos de PNA que ocorram em crianças com idade jovem (recém-nascido ou lactente com menos de 6 meses de idade), com quadros de gravidade clínica (febre elevada, prostração, vômitos, estado séptico, associado a parâmetros analíticos de infecção – leucocitose com neutrofilia e PCR francamente positiva), com patologia nefro-urológica ou outra patologia crónica que obrigue a vigilância clínica, com incapacidade de tolerância da via oral e nos casos de incerteza do cumprimento da terapêutica em regime ambulatório. A terapêutica por via parentérica pode ser substituída por terapêutica oral após o conhecimento do TSA e/ou após 48h de apirexia e melhoria clínica significativa.

Em todos os casos a terapêutica empírica deve ser ajustada de acordo com o TSA da urocultura obtida à

entrada. Sugerindo-se nova urocultura às 72h e após interrupção da terapêutica.

A duração total do tratamento proposta é de 10 dias (7 a 14) nos casos de PNA e de 7 dias nos casos de cistite.

Quimioprofilaxia das IU

A quimioprofilaxia justifica-se em doentes com susceptibilidade aumentada para a ocorrência de IU e deve ser instituída em todos os doentes que tiverem tido uma PNA até se ter a caracterização morfológica e funcional do seu aparelho urinário, a qual determinará a continuação, ou não, da terapêutica instituída.

O fármaco mais utilizado é o trimetoprim, na dose de 1mg/kg/dia. Outros antibióticos possíveis são a nitrofurantoína (1-2 mg/kg/d). Estes fármacos são administrados em toma única por terem uma semi-vida longa.

Bibliografia

1. Ribeiro M. Infecção urinária. Protocolos de urgência em pediatria. ACSM ed. Lisboa, 2000: 108-10.
2. Somec R, Belson A, Assia A, Jurgenon U, Spierer Z, Reif S. First generation cephalosporins as therapy for uncomplicated pyelonephritis in children. A retrospective analysis. *J Med* 2000; 31 (3-4): 195-203.
3. Hooton T M, Levy S B. Antimicrobial resistance: a plan of action for community practice. *Am Fam Physician* 2001; 15; 63 (6): 1087-98.
4. Levchenko E, et al. Attitude of Belgian pediatricians toward strategy in acute pyelonephritis. *Pediatr Nephrol* 2001; 16: 113-5.
5. Fanos V, Khoory B J. Antimicrobial survey of urinary tract isolates from a pediatric department. *J Chemother* 1999; 11 (4): 255-9.
6. Helwing H. Contemporary issues in management of pediatric infections. *Infect Dis J* 1997; 16 (3): 539-42.
7. Vu-Thien H. Antibiotic sensitivity to isolated bacteria in pediatric urinary tract infection. *Arch Pediatr* 1998; 5 Suppl 3: 2665-85.
8. Mangiarotti P, Pizzini C, Fanos V. Antibiotic prophylaxis in children with relapsing urinary tract infections: review. *J Chemother* 2000; 12 (2): 115-23.