

ANTIBIÓTICOS COM COBERTURA PARA BACTÉRIAS ATÍPICAS SÃO DESNECESSÁRIOS

Shefet D, Robenshtok E, Paul M, Leibovici L. Empirical atypical coverage for inpatients with community-acquired pneumonia: systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2005 Sep 26; 165 (17): 1992-2000. Disponível em: URL: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/165/17/1992> [Acedido em 02/02/2006]

Pergunta clínica

Nos adultos com pneumonia adquirida na comunidade são mais eficazes os antibióticos com cobertura para as bactérias atípicas do que os antibióticos beta-lactâmicos?

Apesar de a pneumonia estreptocócica continuar a ser a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) mais frequente, a razão para a utilização de macrólidos ou de quinolonas deve-se à capacidade de cobrir os patógenos atípicos, como a *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* e a *Legionella pneumophila*.

Shefet et al realizaram uma meta-análise com o objectivo de avaliar a

necessidade de cobertura antibiótica empírica para as bactérias atípicas nos adultos hospitalizados com PAC. Foram incluídos ensaios clínicos aleatorizados (ECA) que comparassem o tratamento da PAC com antibióticos com cobertura para bactérias atípicas (macrólidos, quinolonas, tetraciclina, doxiciclina e cloranfenicol) com regimes que não incluíssem esses antibióticos. O resultado primário avaliado foi a mortalidade e os resultados secundários foram a falha terapêutica, a erradicação bacteriológica e os efeitos adversos. Vinte e quatro ECA entraram na meta-análise, envolvendo 5.015 indivíduos. Os resultados dos estudos foram homogêneos. Foi efectuada a comparação em todos os estudos (excepto em um deles) entre um antibiótico beta-lactâmico (amoxicilina ou ceftriaxona) e monoterapia com antibiótico com cobertura de patógenos atípicos. A duração do tratamento foi quase sempre 10 dias, sem diferenças significativas entre os dois grupos. Não se encontrou diferença significativa na taxa de mortalidade (RR 1,13; IC 95% 0,82 a 1,54). Esta diferença manteve-se não significativa quando analisados separadamente os estudos com os macrólidos (RR 1,25; IC 95% 0,52 a 3,01) e os estudos com as quinolonas (RR 0,98; IC 95% 0,69 a 1,41). Relativamente ao fracasso clínico terapêutico, também não foi encontrada diferença significativa (RR 0,92; IC 95% 0,82 a 1,03). Na análise de subgrupo com os diferentes regimes terapêuticos, obteve-se uma tendência não significativa de sucesso clínico com as quinolonas. No entanto, esta vantagem desapareceu quando foram avaliados apenas os ECA de boa qualidade. Uma vantagem significativa na erradicação bacteriológica foi detectada com os antibióticos com

1. Preço de Referência
2. Nível de Evidência

cobertura de atípicos (RR 0,73; IC 95% 0,59 a 0,91). Esta vantagem também desapareceu quando a análise foi restrita aos ECA de boa qualidade (RR 0,96; IC 95% 0,61 a 1,52). Não foi encontrada diferença significativa na taxa de eventos adversos entre os dois grupos.

Continua a ser uma controvérsia

nas normas de orientação clínica a necessidade de adicionar ou não um macrólido a um beta-lactâmico. Esta meta-análise não ajudou a esclarecer este ponto uma vez que não foram incluídos ECA que comparassem um beta-lactâmico com a combinação de um beta-lactâmico com um macrólido.

Baseado neste estudo, existe evidência que o tratamento da PCA em adultos com antibióticos com cobertura para bacterias atípicas não é melhor que o tratamento com beta-lactâmicos isoladamente (**LOE=1a**).

Filipa Almada Lobo
USF Horizonte – Matosinhos