

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE NA EMERGÊNCIA DO HCPA

ASSESSMENT OF ADHERENCE TO COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA PROTOCOL AT HCPA EMERGENCY ROOM

Beatriz Graeff Santos Seligman¹, Cristina Bergmann Triches², Marcel Müller da Silveira²,
Rodrigo Hammes Strelow², Michael Schmidt Duncan³, Pedro Tregnago Barcellos³,
Shana Martins³, Renato Seligman⁴

RESUMO

Objetivo: O estudo tem como objetivo principal avaliar o grau de adesão ao protocolo para manejo de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) vigente na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Visamos também, buscar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais que possam contribuir para um desfecho mais grave nestes pacientes.

Métodos: De forma prospectiva e observacional, selecionamos pacientes com diagnóstico clínico e radiológico de pneumonia, através de busca ativa na emergência do HCPA, durante o período de agosto a novembro de 2005. O já consagrado escore PORT (*Pneumonia Patient outcomes Research Team*) de gravidade foi utilizado para estratificação dos pacientes, os quais foram reavaliados no quinto dia.

Resultados: Foram obtidos dados de 77 pacientes, com taxa geral de adesão de 65,8%. Esta caiu para apenas 8,7% quando analisados pacientes com PORT 1 e 2, subindo para 91,8% quando considerados os pacientes com escores PORT maiores.

Conclusões: Antibioticoterapia não recomendada, exames laboratoriais e internação desnecessários foram os pontos mais discordantes das recomendações do protocolo. Os dados demonstram a necessidade de uma maior adesão ao protocolo, com vistas à redução de gastos desnecessários e melhoria na qualidade do atendimento.

Unitermos: pneumonia, comunitária, tratamento.

ABSTRACT

Objective: The main purpose of the study was to assess the adherence to the community acquired pneumonia protocol adopted in the HCPA emergency room. Moreover we investigated epidemiological, clinical and laboratory characteristics that could be related to a worse prognosis.

Methods: In a prospective and observational manner we selected patients with clinical and radiological diagnosis of pneumonia through active search in the HCPA emergency department during the period between August and November, 2005. The PORT index was used to rank patients, who were assessed again in the fifth day.

Results: Data was obtained from 77 patients, with an overall adherence of 65.8%. Compliance fell to only 8.7% when only patients with PORT 1 and 2 scores were analyzed, reaching 91.8% for higher PORT scores.

¹ Médica Internista, Chefe do Serviço de Medicina Interna do HCPA

² Médicos Residentes de Segundo Ano do Serviço de Medicina Interna do HCPA

³ Acadêmicos de Medicina da UFRGS

⁴ Professor do Serviço de Medicina Interna do HCPA

Autor responsável: Rodrigo Hammes Strelow; endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2073, apto 94, bairro Bom Fim, Porto Alegre-RS, CEP 90035007; tel: (051)92491052; email: rodrigostrelow@hotmail.com

Conclusions: Non-recommended antibiotic therapy and unnecessary laboratory tests and admissions were the main discordant topics about the protocol recommendations. Our data show the need to increase protocol adherence, in order to reduce unnecessary expenses and to improve quality of assistance.

Key words: pneumonia, community, treatment.

INTRODUÇÃO

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) continua sendo uma doença comum e grave, apesar do surgimento de novos antibióticos e vacinas efetivas. Define-se PAC como aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48 horas da admissão (1). Em virtude de não ser uma doença de notificação compulsória, as informações sobre incidência são baseadas em estimativas, que atualmente indicam a ocorrência de 5,6 milhões de PACs anualmente, sendo necessária internação em 1,1 milhões, segundo dados norte-americanos (2). Oitenta por cento dos casos de PAC são tratados em nível ambulatorial, porém no Brasil, estima-se que uma parcela menor seja tratada neste nível de atenção, resultando num maior número de internações, conseqüentemente com maior gasto dos recursos destinados à saúde pública.

No Brasil, as pneumonias são a primeira causa de morte entre as doenças respiratórias e, abstraindo-se as causas externas, ocupam o quarto lugar na mortalidade geral entre os adultos, resultando em 26.394 óbitos no ano de 1996 (1). Os dados mundiais indicam que a mortalidade dos pacientes tratados ambulatorialmente para pneumonia é baixa, na faixa de 1-5%. Porém, entre os pacientes com PAC que requerem internação, a mortalidade atinge 12%, sendo ainda maior em populações específicas, como naqueles com bacteremia, e aqueles provenientes de instituições. A mortalidade é ainda maior, chegando a 40%, nos pacientes que internam e requerem cuidados em CTI (3).

Diversos estudos tentaram demonstrar o impacto do uso de diretrizes no desfecho das PACs. Dois desses estudos encontraram benefício tanto na mortalidade quanto nos custos. Um estudo retrospectivo de coorte realizado em 2 hospitais de Veteranos nos EUA investigou a associação entre o uso de diretrizes para a escolha do agente antimicrobiano e a mortalidade entre os pacientes hospitalizados por PAC. A sobrevivência em 30 dias foi significativamente maior nos pacientes tratados com base em diretrizes (94% versus 78%) (4). Outro estudo realizado em 19 hospitais canadenses testou o uso de um algoritmo que definia a necessidade de internação e estabelecia o tipo de antibiótico a ser usado. Os resulta-

dos mostraram que os pacientes manejados conforme o algoritmo tiveram os custos reduzidos e desfechos equivalentes 6 semanas após o tratamento. Mortensen e colaboradores (5) avaliaram o efeito da adesão aos protocolos para orientação da antibioticoterapia empírica para PAC, encontrando uma redução significativa da mortalidade em 30 dias. A falência em aderir ao protocolo esteve associada com maior mortalidade (OR = 5.7%; IC 95% 2,0 – 16,0).

Assim, é importante a criação de protocolos de tratamento formulados pelas instituições, baseados no perfil de sensibilidade local, para a orientação terapêutica das PACs. Com isso, visa-se diminuir o uso inadequado de antibióticos, evitando surgimento de novas cepas resistentes, e aumentando as chances de sucesso terapêutico.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), é utilizado um protocolo de atendimento para os pacientes com Pneumonia Adquirida na Comunidade, o qual foi baseado em diretrizes nacionais e internacionais, adaptado para a microbiologia local, com o objetivo de facilitar a decisão terapêutica e melhorar o desfecho dos pacientes através do uso correto dos antibióticos. Tal protocolo foi elaborado em 2001 e revisado em 2003 por uma equipe de profissionais médicos do HCPA. Desde então, encontra-se à disposição dos médicos que trabalham na instituição.

O objetivo deste estudo é avaliar prospectivamente o grau de adesão a este protocolo e verificar os desfechos nos grupos estudados, bem como avaliar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais que possam contribuir para um desfecho mais grave neste grupo de pacientes.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo observacional, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo incluídos casos selecionados a partir de 2 a 3 visitas diárias a emergência durante o período de agosto a novembro de 2005. Todos os pacientes com mais de 12 anos que procuraram atendimento no Serviço de Emergência do HCPA com sinais e sintomas compatíveis com pneumonia adquirida na comunidade e

diagnóstico de tal patologia confirmado por achados radiológicos foram incluídos. O início dos sintomas deveria ser fora do ambiente hospitalar ou em até 48 horas de internação.

Pacientes com diagnóstico de HIV, pacientes já em uso de antibióticos ao procurar o Serviço de Emergência e pacientes internados há mais de 48 horas foram excluídos da análise.

Foi considerada adesão ao protocolo quando a solicitação dos exames e a escolha do antibiótico obedeciam às diretrizes do protocolo assistencial disponível na emergência.

Os dados coletados foram obtidos por uma equipe composta por três acadêmicos de medicina da UFRGS e três médicos residentes do Serviço de Medicina Interna do HCPA. Diariamente os pesquisadores realizaram busca ativa dos casos na emergência. Por ser um estudo observacional, não houve interferência na conduta do médico assistente.

O protocolo foi submetido às comissões Científica e de Ética do HCPA para sua realização. Os pesquisadores se comprometeram a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As informações foram divulgadas de forma anônima.

Todos os pacientes incluídos no estudo foram seguidos e reavaliados no quinto dia para verificação do desfecho.

O protocolo de acompanhamento de cada paciente foi elaborado baseado no score PORT ("Pneumonia Patient Outcomes Research Team") (6-8). O PORT estratifica o paciente em 5 classes. Esta estratificação é realizada em 2 etapas distintas: como passo inicial, a classe I compreende os indivíduos com idade inferior a 50 anos, na ausência das 5 co-morbidades listadas (doença neoplásica, hepatopatia crônica, insuficiência cardíaca congestiva, enfermidade cerebrovascular e insuficiência renal), com sinais vitais normais ou pouco alterados, e sem distúrbios sensoriais.

Os indivíduos não alocados na classe I passariam automaticamente às classes II a V cuja tabulação de pontos obedece a 3 variáveis demográficas (idade, sexo e local de habitação), 5 co-morbidades (sumarizadas acima), 5 alterações de exame físico, e 7 anormalidades laboratoriais e/ou radiológicas.

Em geral, os pacientes das classes I e II (mortalidade de 0,1 e 0,6% respectivamente) podem ser tratados em regime ambulatorial. Para aqueles da classe III (mortalidade 2,8%), recomenda-se uma breve internação. Neste caso, mediante a antibioticoterapia endovenosa ministrada nas primeiras 48 a 72 horas, define-se a necessidade de prorrogar-se o tempo de permanência na instituição ou a alta hospitalar, quando será

instituída a terapêutica sequencial (substituição da administração endovenosa do antibiótico pela via oral, a partir de critérios que definem a estabilização).

Os pacientes da classe IV e V (mortalidade 8,2 e 29,2%, respectivamente) devem ser tratados em regime hospitalar.

Para o processamento informatizado dos resultados foram utilizados os softwares EpiInfo 6.1, Microsoft Access 2.000; SPSS/PC+ for Windows e Intercooled Stata 6.0. As variáveis contínuas foram analisadas pelo Teste T de Student (distribuição normal) e pelo Teste de Mann Whitney (distribuição não-normal). Para análise de variáveis dicotômicas/categóricas do estudo de prognóstico foram utilizados o teste de Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Para os desfechos contínuos serão utilizados modelos lineares, e regressão logística para desfechos dicotômicos. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foram obtidos dados de 77 pacientes. A média de idade foi de 62 anos. Sessenta e um por cento dos pacientes eram do sexo masculino, 12,3% eram alcoolistas e 50,7% tabagistas. Apenas 1 paciente dos pesquisados era institucionalizado. Quanto às comorbidades, 22% tinham doença cardiovascular associada, 20% neoplasia, 13% insuficiência cardíaca congestiva (ICC), 10% doença renal crônica e 4% hepatopatia crônica. (tabela 1)

Os pacientes foram classificados pelo índice PORT, obtendo-se a seguinte distribuição: PORT 1 (6,4%); PORT 2 (25%); PORT 3 (24,4%); PORT 4 (29,5%); PORT 5 (14,1%) (figura 1).

Tabela 1. Características dos Pacientes

Idade em anos (média)	62,1
Pacientes com mais de 50 anos (%)	76,9
Sexo masculino (%)	61
Procedente da comunidade (%)	97,5
Tabagismo (%)	50,7
Alcoolismo (%)	12,3
Doença cardiovascular (%)	21,3
Neoplasia (%)	16
ICC (%)	10,7
Doença renal crônica (%)	9,3
Hepatopatia crônica (%)	6,7

ICC: insuficiência cardíaca congestiva.

Todos os pacientes classificados como PORT 1 tiveram exames laboratoriais realizados, ao contrário do recomendado pelo protocolo.

Setenta por cento dos pacientes classificados como PORT 1 e 2 (para os quais o protocolo preconiza tratamento ambulatorial), foram tratados em regime hospitalar.

Do total dos pacientes analisados, 65,8% foram tratados com base no protocolo assistencial do HCPA. Dos pacientes com PORT 1 e 2, apenas 8,7% aderiram ao protocolo e entre os com PORT 3,4 e 5, a adesão atingiu 91,8%. (Figura 2)

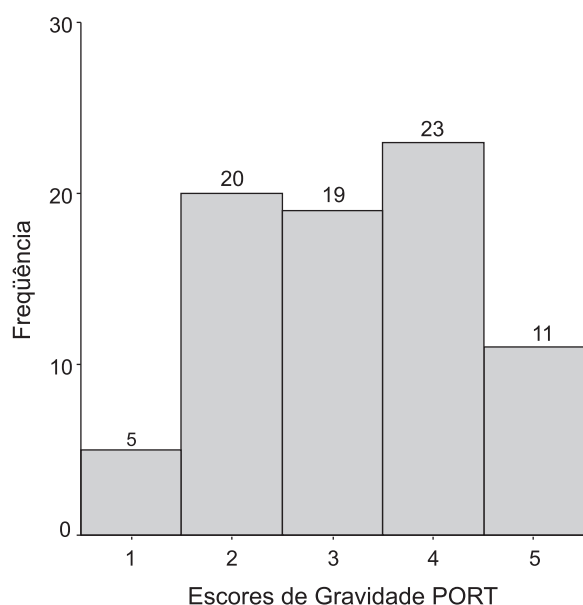


Figura 1. Distribuição dos pacientes de acordo com a gravidade – Escore PORT.

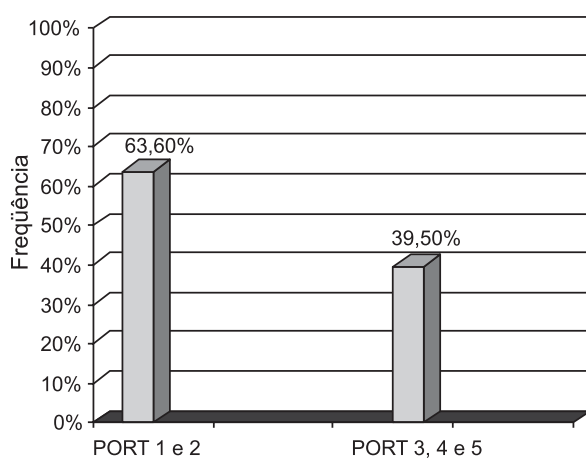


Figura 3. Alta no quinto dia.

Dos pacientes com PORT 1 e 2, 63,6% tiveram alta no quinto dia em contraste com apenas 39,5% dos pacientes com PORT 3,4 e 5 (Figura 3).

Dos pacientes que aderiram ao protocolo do HCPA, 40,5% tiveram alta no quinto dia e dos que não aderiram 60,9% tiveram alta neste período ($p=0,11$) (Figura 4).

Entre os pacientes classificados como PORT 1 e 2 que aderiram ao protocolo, 16% tiveram esquema modificado até o quinto dia. Naqueles com PORT 3, 4 e 5 que aderiram, 14,9% tiveram troca de antibiótico no mesmo período.

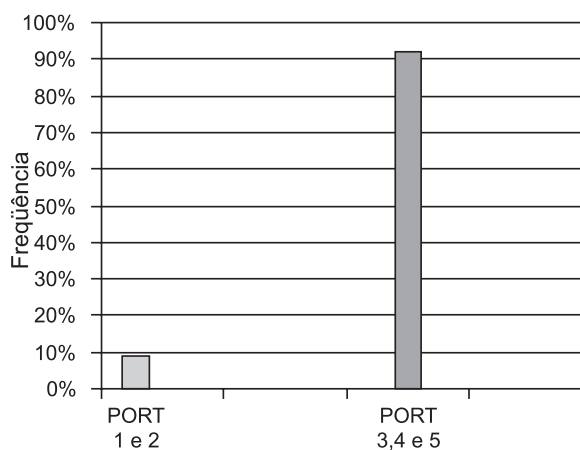


Figura 2. Adesão ao protocolo de acordo com o escore.

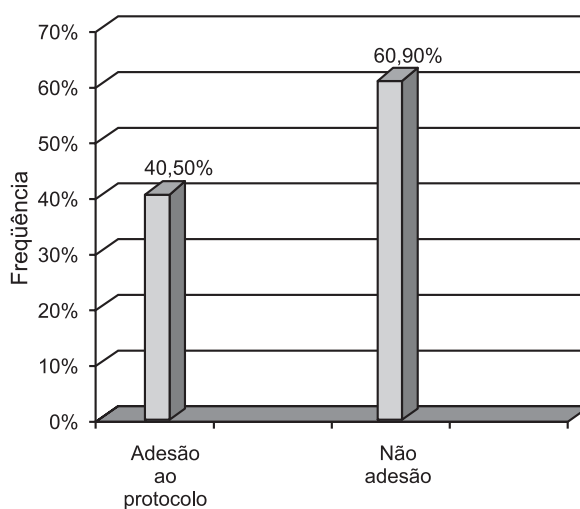


Figura 4. Alta até o quinto dia por adesão.

DISCUSSÃO

Constatamos que a população de pacientes atendida na emergência do HCPA com PAC tem uma grande prevalência de co-morbidades.

Vimos que a taxa de adesão ao protocolo do HCPA para PAC foi maior quando os pacientes eram mais graves e com mais co-morbidades. A internação foi mais freqüente quando houve maior adesão ao protocolo. Isso pode ocorrer pela maior gravidade e co-morbidades associadas neste grupo.

Houve menor adesão ao protocolo nos pacientes com PORT 1 e 2, por serem tratados em excesso, através da escolha de antibióticos destinados a germes mais virulentos, exames laboratoriais desnecessários e maior tempo de permanência internados.

O protocolo do HCPA não incorporou algumas diretrizes do último consenso brasileiro de PAC. Esta mudança dinâmica pode ser responsável por uma parcela da não adesão completa ao protocolo institucional vigente, não refletindo necessariamente inadequação de conduta.

A análise dos dados demonstra que se faz necessária uma maior adesão ao protocolo assistencial do HCPA por parte dos médicos da instituição, especialmente nos pacientes com PORT 1 e 2, evitando internações e gastos desnecessários, além de não acrescentar benefício aos pacientes.

De toda forma, o perfil de pacientes que procura a Emergência de nossa instituição é o de doentes crônicos, muitos deles já em seguimento por outras patologias, muitas das quais não constam no escore PORT havendo, portanto, a possibilidade de que parte das internações consideradas excessivas justifique-se por esse fato.

Sugerimos a revisão do protocolo assistencial de PAC do HCPA, tendo em vista o surgimento de novas diretrizes preconizadas pelo Consenso Brasileiro de Pneumonia Adquirida na Comunidade, publicado no ano de 2004.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. Parte I – Pneumonia Adquirida na Comunidade. J Pneumol 2001;27 (Supl 1).
2. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Resp Crit Care Med 2001; 163:1730.
3. Metlay JP, Fine MJ. Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. Ann Intern Med 2003; 138:109.
4. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, et al. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. CAPITAL Study Investigators. Community-acquired Pneumonia Intervention trial Assessing Levofloxacin. JAMA 2000; 283:749.
5. Mortensen EM, Restrepo M, Anzueto A, et al. Effects of guideline-concordant antimicrobial therapy on mortality among patients with community-acquired pneumonia. Am J Med 2004; 117:726.
6. Fine MJ, Smith DN, Singer DE. Hospitalization decision in patients with community acquired pneumonia: a prospective cohort study. Am J Med 1990;89:713.
7. Fine MJ, Hanusa BH, Lave JR, et al. Comparison of a disease-specific and a generic severity of illness measure for patients with community acquired pneumonia. J Gen Intern Med 1995;10:359.
8. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997; 336:243.