

Recomendações e implementação de diretrizes sobre pneumonia adquirida na comunidade: mais problemas do que soluções

Recommendations and implementation of guidelines for community-acquired pneumonia: more problems than solutions

Jorge Luiz Pereira-Silva

A pneumonia é a 3ª causa de óbitos no mundo e a 1ª nos países com renda per capita baixa.

⁽¹⁾ Responsabiliza-se por um grande número de internações hospitalares e elevado consumo de recursos destinados à saúde da população. No Brasil, alocado entre os países com renda per capita média-alta (US\$ 3.976 a US\$ 12.275), a pneumonia é a 4ª causa de óbitos.⁽¹⁾ Em 2009, a esperança de vida do brasileiro ao nascer aumentou para 73,2 anos (70 e 77 anos em homens e mulheres, respectivamente).⁽²⁾ Dos 190 milhões de brasileiros, 7,6% têm idade ≥ 65 anos, um segmento da população com um maior número de comorbidades, mais susceptível às pneumonias e às suas complicações e sujeito a maiores taxas de mortalidade.⁽³⁾ Das 722 mil internações hospitalares por pneumonia registradas no Brasil em 2011, 194 mil (27%) acometeram indivíduos com mais de 65 anos.⁽³⁾ Dos 47 mil óbitos por pneumonia, 33 mil (70,2%) ocorreram em indivíduos nesse grupo etário.⁽³⁾ Cerca de R\$ 600 milhões foram destinados ao manejo das pneumonias, comparados aos R\$ 240 milhões gastos com infarto agudo do miocárdio e R\$ 126 milhões, com acidente vascular cerebral.⁽³⁾

O advento da penicilina e de outros antibióticos nos anos 40 produziu um efeito dramático no prognóstico de diversas infecções bacterianas, sobretudo da pneumonia pneumocócica, cujas taxas de mortalidade caíram de 25-35% para 5% nas décadas seguintes.⁽⁴⁾ Estas observações despertaram um otimismo exagerado pelo tratamento das pneumonias, cujo foco foi direcionado ao patógeno e à antibioticoterapia. Nas décadas subsequentes, o fenômeno da resistência bacteriana e os fatores relacionados à resposta imune do hospedeiro ganharam destaque. A despeito dos avanços no conhecimento científico e das estratégias de imunização, a mortalidade por pneumonia adquirida na comunidade (PAC) permanece inalterada nas últimas cinco décadas. Atualmente, diversos conceitos sobre a patogenia das pneumonias têm sido revistos.

⁽⁵⁾ Enquanto a infecção resulta de um fenômeno

microbiológico, a resposta inflamatória sistêmica traduz uma reação complexa do hospedeiro a estímulos diversos, dentre eles, a infecção. Fatores relacionados à senescência e à resposta imune do hospedeiro passaram a ser valorizados. A avaliação molecular da carga bacteriana, a produção de toxinas e o efeito imunomodulador de determinados antibióticos têm despertado o interesse. As estratégias terapêuticas guiadas por marcadores biológicos, além de permitir distinguir os pacientes de maior e de menor risco, mostram-se promissoras na tomada de decisões, sobretudo na redução do consumo de antibióticos (início da prescrição e tempo de uso), possibilitando reduzir a pressão seletiva, o custo do tratamento e eventuais efeitos adversos. A terapia adjuvante, que transcende o emprego de antibióticos — compreendendo reposição volêmica, oxigenoterapia, suporte ventilatório e hemodinâmico, controle de comorbidades descompensadas, correção de distúrbios eletrolíticos e abordagem precoce da sepse, dentre outras — tem valor prognóstico. Ainda que diversos estudos procurem demonstrar a eficácia da terapia empírica iniciada precocemente, comparável ao tratamento dirigido ao patógeno, existem muitas limitações na identificação da etiologia da PAC, sobretudo no momento da decisão terapêutica. O papel dos testes rápidos, a exemplo da pesquisa de antígenos urinários, ainda não está definido. A utilização de escores de gravidade permite estratificar pacientes por critérios de risco, além de definir o local de tratamento. Essa estratégia tem se mostrado útil em tratar pacientes de baixo risco em regime ambulatorial, além de propor ações mais efetivas e imediatas para aqueles de maior risco. Além disso, a identificação de critérios de estabilidade tem permitido a utilização da terapia sequencial e a alta hospitalar precoce.

Durante muitos anos, a prática médica assistencial esteve baseada em recomendações derivadas da opinião consensual de especialistas (consensos), sem que as evidências resultantes de estudos bem delineados fossem o foco principal.

No presente, o conceito de diretrizes considera um conjunto de recomendações produzidas de forma sistemática por um grupo de especialistas, a partir de evidências disponíveis na literatura médica.⁽⁶⁾ Têm por objetivo auxiliar os médicos na tomada de decisões em circunstâncias clínicas específicas. Sua implementação visa aprimorar a qualidade da assistência à saúde, mediante a redução da proporção de decisões inconsistentes, e conferir maior celeridade à incorporação dos avanços científicos e tecnológicos à prática médica. As diretrizes estimulam a pesquisa e ensejam a criação de protocolos adaptados à realidade local.⁽⁶⁾ Devido à sua importância epidemiológica, a PAC tem sido um dos principais alvos das diretrizes. Muitas têm sido publicadas e sistematicamente atualizadas, sem que resultem em reais benefícios à prática assistencial. Diante disso, quanto ao espectro entre as recomendações baseadas em evidências e a implementação das diretrizes, há mais perguntas do que respostas.⁽⁷⁾ A heterogeneidade dos estudos acarreta resultados conflitantes. Muitos desses são retrospectivos e observacionais, com um pequeno número de pacientes. Outros alocam subgrupos de pacientes (ambulatoriais, idosos ou internados em UTI) e utilizam escores de gravidade distintos e desfechos diversos. Alguns avaliam a antibioticoterapia como intervenção primária capaz de reduzir a mortalidade e o tempo de permanência hospitalar, o que é altamente questionável, enquanto outros abordam as variáveis clínicas. A mortalidade de pacientes de baixo risco costuma ser muito pequena. Seria necessário recrutar um número muito grande de pacientes para demonstrar o impacto da antibioticoterapia na mortalidade nesse subgrupo de indivíduos. Alguns estudos têm demonstrado que a adesão às recomendações das diretrizes, considerando os escores de gravidade, reduz as internações de pacientes de baixo risco⁽⁸⁾ e que a antibioticoterapia empírica instituída precocemente diminui a mortalidade e tempo de permanência hospitalar.⁽⁹⁾ No entanto, a análise de desfechos clínicos específicos com base na adesão às diretrizes é uma tarefa árdua e pode não ser a melhor forma de avaliar as recomendações. Vários estudos analisam desfechos clínicos distintos pré e pós-intervenção (implementação das diretrizes), com resultados contraditórios. Estudos randomizados e controlados, com populações de risco bem definidas, com a adoção sistemática de esquemas terapêuticos

estandardizados e prescrições gerenciadas, considerando desfechos clínicos específicos, ainda não estão disponíveis. Além do baixo poder dos estudos em que se baseiam várias recomendações, a implementação de diretrizes aos protocolos assistenciais constitui um grande desafio.⁽¹⁰⁾ Em uma revisão sistemática envolvendo 76 estudos elegíveis, foram identificadas 293 potenciais barreiras à implementação das diretrizes em 120 tipos distintos de inquéritos. Os autores enfatizam a necessidade de que os potenciais empecilhos locais devam ser considerados antes da implementação das diretrizes.⁽⁶⁾

No presente número do *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Silveira et al.⁽¹¹⁾ relatam um estudo observacional, cujo objetivo primário foi avaliar, de forma retrospectiva, a concordância entre os critérios de hospitalização utilizados na admissão de pacientes com PAC no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, no período entre 2005 e 2007, e aqueles da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, assim como sua associação com a mortalidade em 30 dias. Demonstrou-se a concordância entre as internações hospitalares e as recomendações das diretrizes brasileiras (versão 2004)⁽¹²⁾ na maioria dos casos (73,2%). Dos pacientes avaliados, 66 (58,9%) receberam tratamentos concordantes com as diretrizes. Entretanto, para os admitidos em UTI, essa proporção caiu para 43,8%. A antibioticoterapia adequada ocorreu em apenas 58,9% dos casos, e 21,4% foram tratados com um beta-lactâmico isoladamente, esquema considerado discordante. A taxa de mortalidade em 30 dias foi de 12,3%, e 10 dos pacientes (76,9%) que foram a óbito tinham idade ≥ 65 anos. A mortalidade em 12 meses foi de 19,4%. A despeito do mérito do estudo, há algumas limitações, várias delas associadas ao caráter retrospectivo observacional. Dos 709 pacientes admitidos com o diagnóstico de PAC, 357 (50,4%) foram excluídos, 133 não possuíam exames radiológicos disponíveis, e 31 não apresentaram alterações radiológicas compatíveis com o diagnóstico de pneumonia. A amostra final do estudo ficou restrita a 112 pacientes, com média de idade de 57,3 anos (mediana de 56 anos); 42 (37,5%) com idade ≥ 65 anos. O pequeno número de pacientes com idade ≥ 65 anos pode ter interferido nas taxas de mortalidade. A perda significativa de informações em prontuários pode ter permitido a inserção inadvertida de indivíduos com pneumonia

nosocomial ou associada a cuidados de saúde. Além disso, o tempo decorrido até o início da antibioticoterapia, o tempo total de tratamento e a adesão ao mesmo após a alta não foram avaliados, acarretando possíveis inconsistências na proporção de mortalidade. Ademais, a natureza unicêntrica do estudo impede a generalização de seus resultados. Todavia, deve-se louvar a iniciativa dos autores em descrever comportamentos e atitudes perante pacientes com PAC em uma instituição universitária no Brasil, o que estimula a discussão da complexidade e dos diversos fatores envolvidos na elaboração e implementação de diretrizes assistenciais. A evolução do conhecimento científico irá permitir o aprimoramento das evidências em que se baseiam as recomendações emanadas das diretrizes sobre PAC, assim como irá promover estratégias mais efetivas à sua implementação e facilitar a imprescindível adesão.

Jorge Luiz Pereira-Silva
Professor Associado,
Disciplina de Pneumologia,
Departamento de Medicina
Interna e Apoio Diagnóstico,
Faculdade de Medicina da Bahia da
Universidade Federal da Bahia,
Salvador (BA) Brasil

Referências

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2012 Mar 12]. The top 10 causes of death. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
2. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2012 Mar 12]. World Health Statistics 2011. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html
3. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Informática do SUS [homepage on the Internet]. Brasília: DATASUS [cited 2012 Mar 12]. Sistema e Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10>
4. Austrian R, Gold J. Pneumococcal bacteremia with especial reference to bacteremic pneumococcal pneumonia. *Ann Intern Med*. 1964;60:759-76. PMID:14156606.
5. Waterer GW, Rello J, Wunderink RG. Management of community-acquired pneumonia in adults. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(2):157-64. PMID:20693379. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201002-0272CI>
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for Improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
7. Ewig S, Welte T. Evaluation of guidelines for community-acquired pneumonia: a story of confounders, surprises and challenges. *Eur Respir J*. 2008;32(4):823-5. PMID:18827148. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00105008>
8. Atlas SJ, Benzer TI, Borowsky LH, Chang Y, Burnham DC, Metlay JP, et al. Safely increasing the proportion of patients with community-acquired pneumonia treated as outpatients: an interventional trial. *Arch Intern Med*. 1998;158(12):1350-6. PMID:9645830. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.12.1350>
9. Dambrava PG, Torres A, Vallès X, Mensa J, Marcos MA, Peñarroja G, et al. Adherence to guidelines' empirical antibiotic recommendations and community-acquired pneumonia outcome. *Eur Respir J*. 2008;32(4):892-901. PMID:18550608. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00163407>
10. Blasi F, Iori I, Bulfoni A, Corrao S, Costantino S, Legnani D. Can CAP guideline adherence improve patient outcome in internal medicine departments? *Eur Respir J*. 2008;32(4):902-10. Erratum in *Eur Respir J*. 2009;33(1):223. PMID:18508826. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00092607>
11. Silveira CD, Ferreira CS, Correa RA. Adherence to guidelines and its impact on outcomes in patients hospitalized with community-acquired pneumonia at a university hospital. *J Bras Pneumol*. 2012;38(2):148-157.
12. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PAC) em Adultos Imunocompetentes. *J Pneumol*. 2004;30(Suppl 4):S1-S24.