



ARTIGO ORIGINAL

Pneumonia pneumocócica – serão os novos scores mais precisos a prever eventos desfavoráveis?

C. Ribeiro^{a,*}, I. Ladeira^a, A.R. Gaio^b e M.C. Brito^a

^a Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal

^b Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Recebido a 3 de março de 2012; aceite a 13 de setembro de 2012

Disponível na Internet a 10 de julho de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Scores de gravidade;
Pneumonia
pneumocócica;
Eventos adversos

Resumo

Introdução: A decisão do local de tratamento é um dos fatores mais importantes na abordagem de doentes com pneumonia adquirida na comunidade. Os *scores* de gravidade são ferramentas prognósticas validadas para previsão da mortalidade por pneumonia adquirida na comunidade e decisão do local de tratamento.

O objetivo deste trabalho foi comparar o poder discriminatório de 4 *scores* – os clássicos PSI e CURB-65 e os mais recentes SCAP e COP-SMART – na previsão de eventos adversos: morte, internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), necessidade de ventilação mecânica invasiva ou suporte de aminas vasopressoras em doentes internados com pneumonia pneumocócica.

Métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo de doentes internados por pneumonia pneumocócica num período de 5 anos.

Os doentes foram estratificados com base nos dados da admissão e foram-lhes atribuídas classes de risco para cada *score*: baixo, médio e alto risco. Os resultados foram obtidos comparando as classes de baixo risco versus médio-alto risco.

Resultados: Foram estudados 142 episódios de internamento onde se observaram 2 mortes e 10 doentes necessitaram de ventilação mecânica e suporte de aminas. A maioria dos doentes foram classificados como baixo risco por todos os *scores* – encontrámos altos valores preditivos negativos para todos os eventos adversos estudados sendo o mais elevado correspondente ao SCAP. Os *scores* mais recentes mostraram uma maior precisão para prever internamento na UCI e necessidade de ventilação ou suporte por aminas (principalmente para o *score* SCAP com valores mais elevados da AUC para todos os eventos adversos).

Conclusões: A taxa de todos os eventos adversos aumentou com o agravamento da classe de risco em todas os *scores*. Os *scores* de gravidade mais recentes parecem ter um maior poder discriminatório para todos os eventos adversos no nosso estudo, em particular, o SCAP.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: carla.farinharibeiro@chvng.min-saude.pt (C. Ribeiro).

KEYWORDS

Severity Scores;
Pneumococcal
pneumonia;
Major adverse
outcomes

Pneumococcal pneumonia – are the new severity scores more accurate in predicting adverse outcomes?

Abstract

Introduction: The site-of-care decision is one of the most important factors in the management of patients with community-acquired pneumonia. The severity scores are validated prognostic tools for community-acquired pneumonia mortality and treatment site decision.

The aim of this paper was to compare the discriminatory power of four scores – the classic PSI and CURB65 and the most recent SCAP and SMART-COP – in predicting major adverse events: death, ICU admission, need for invasive mechanical ventilation or vasopressor support in patients admitted with pneumococcal pneumonia.

Methods: A five year retrospective study of patients admitted for pneumococcal pneumonia.

Patients were stratified based on admission data and assigned to low-, intermediate-, and high-risk classes for each score. Results were obtained comparing low versus non-low risk classes.

Results: We studied 142 episodes of hospitalization with 2 deaths and 10 patients needing mechanical ventilation and vasopressor support. The majority of patients were classified as low risk by all scores – we found high negative predictive values for all adverse events studied, the most negative value corresponding to the SCAP score. The more recent scores showed better accuracy for predicting ICU admission and need for ventilation or vasopressor support (mostly for the SCAP score with higher AUC values for all adverse events).

Conclusions: The rate of all adverse outcomes increased directly with increasing risk class in all scores. The new gravity scores appear to have a higher discriminatory power in all adverse events in our study, particularly, the SCAP score.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma doença comum, com taxas de mortalidade relativamente baixas e reduzida utilização de recursos quando tratada em ambulatório, mas uma importante fonte de morbidade, mortalidade e custos quando o internamento é necessário¹. O *Streptococcus pneumoniae* não é apenas o principal agente etiológico associado à PAC, mas também é o principal patógeno responsável por internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)².

O local de tratamento é uma das decisões mais importantes no tratamento de doentes com PAC. Vários sistemas de pontuação foram desenvolvidos para prever o risco de mortalidade das PAC e estes têm sido aplicados para orientar os médicos na decisão de internamento de doentes no hospital ou na UCI. No entanto, essas ferramentas foram inicialmente desenvolvidas e têm sido extensivamente validadas para prever o risco de mortalidade e estudos têm demonstrado que o risco de morte nem sempre se correlaciona com a necessidade de internamento hospitalar ou UCI¹.

Pontuações

O PSI foi desenvolvido por Fine et al. como parte da Pneumonia Outcomes Research Trial (PORT) e a descrição original foi baseada numa coorte de derivação de 14.199 doentes internados com PAC e foi posteriormente validada, de forma independente, em 38.039 doentes internados com PAC e em 2.287 doentes internados e em ambulatório prospectivamente incluídos no estudo de coorte PORT³.

O PSI usa múltiplos dados demográficos e de antecedentes, informações obtidas no exame físico e exames laboratoriais, sendo além disso atribuído a cada um uma pontuação e o score total é usado para categorizar os doentes em uma de 5 classes, cada uma com um diferente risco de morte³.

O CURB-65 é uma regra simples, usando apenas 5 avaliações: confusão (devido à pneumonia), ureia > 7 mmol/L, frequência respiratória ≥ 30 /min, pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou diastólica ≤ 60 mm e idade ≥ 65 anos. Cada um destes 5 critérios recebe um ponto e o score total fica entre 0-5, com risco de mortalidade crescente com a pontuação⁴.

Recentemente, España et al. desenvolveram e validaram uma regra para identificar os doentes que precisam de acompanhamento adicional e tratamento mais agressivo após a primeira avaliação no serviço de urgência. Eles determinaram que a necessidade de UCI era definida pela presença de um dos 2 critérios principais: o pH arterial < 7,30 ou pressão arterial sistólica < 90 mm Hg. Na ausência de tais critérios a PAC grave também pode ser identificada pela presença de 2 de 6 critérios menores. Estes incluíram: confusão, ureia > 30 mg/dL, frequência respiratória > 30/min, relação PaO₂/FiO₂ < 250 ou PO₂ < 54 mmHg, infiltrados multilobares e idade ≥ 80 anos. Uma das vantagens deste sistema de pontuação em comparação com os critérios IDSA/ATS é que os diferentes achados clínicos conferem valores diferentes de pontuação na definição de PAC grave. A necessidade de UCI foi definida por pontuação superior a 10 pontos, num sistema onde o pH < 7,30 confere 13 pontos e pressão arterial sistólica < 90 mmHg confere 11 pontos. Os outros critérios conferiam menos do que 10 pontos cada um e, como tal, mais do que um critério é essencial para definir necessidade de internamento na UCI^{5,6}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213746>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213746>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)