

Pneumonia Aguda da Comunidade de Evolução Complicada

Grupo Coordenador: Ana Ramos, Isabel Guerra, Telma Barbosa (HCMPia), Conceição Silva (CHPVarzim/VConde), Cristina Ferreira (HSOliveira), Guilhermina Reis (HGSAntónio)

Colaboradores: Hugo Rodrigues, Cristiana Ribeiro (CHAMinho), Sílvia Saraiva, Ana Aguiar (CHPVarzim/VConde), Maria João Sampaio, Sandra Teixeira (CHVSousa), Ana Luisa Leite, Ana Isabel Pais, Lúcia Rodrigues (CHVNGaia), Nilza Ferreira, Arelo Manso (CHVReal/PRégua), Rosa Barbosa, Lucília Vieira, Amélia Fernandes, Manuel Reis (HAmarante), Augusta Gonçalves, Nicole Silva, Liliana Pinheiro (HBraga), Carla Dias (HFamalicão), Cristina Ferreira (HGuimarães), Arménia Oliveira, Mafalda Sampaio, Otilia Cunha (HOAzeméis), Fátima Madruga (HOvar), Ana Paula Aguiar, Marco Pereira, Ana Castro, Sofia Aroso (HPHispano), Marta Rios, Maria João Oliveira, Tiago Correia (HGSAntónio), Álvaro Sousa, Sara Figueiredo, Guimarães Dinis, Sofia Fernandes (HSTirso)

RESUMO

Introdução: A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma das causas principais de morbilidade e mortalidade em Pediatria, bem como um motivo frequente de admissão hospitalar desta faixa etária. A evolução complicada, nomeadamente com desenvolvimento de derrame pleural, empiema, pneumotórax, pneumatocelelo e/ou atelectasia, ocorre numa pequena minoria dos casos. De forma a minimizar a morbilidade e mortalidade neste subgrupo de doentes, a abordagem deverá ser direccionada e reformulada em função das novas modalidades terapêuticas, médicas ou cirúrgicas.

O **objectivo principal** deste estudo foi correlacionar a presença de factores de risco, apresentação clínica e alterações laboratoriais associadas à evolução complicada. **Metodologia:** Foi realizado um estudo inter-hospitalar com análise dos processos clínicos das crianças com idades compreendidas entre 1 mês e 16 anos, internadas com o diagnóstico de PAC complicada nos hospitais de Amarante, Braga, Pedro Hispano, Póvoa Varzim/Vila do Conde, Famalicão, Maria Pia, Oliveira de Azeméis, Ovar, Padre Américo, Santo António, Santo Tirso, Viana do Castelo, Vila Nova de Gaia e Vila Real, entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2006. Definiu-se como PAC complicada aquela que se apresentava e/ou cursava com derrame pleural, em-

piema, pneumotórax, atelectasia, pneumatocelelos ou abscesso pulmonar. Consideraram-se como critérios de exclusão a presença de doença pulmonar crónica e/ou internamento nos 30 dias prévios. Cada hospital assegurou o preenchimento de um questionário, que incluía dados relativos aos seguintes parâmetros: identificação, antecedentes pessoais, sintomas iniciais, exame físico à admissão, exames complementares realizados, tratamento médico e/ou cirúrgico efectuados, evolução e sequelas. A análise estatística dos resultados foi efectuada através do programa SPSS 13.0.

Resultados: De acordo com os critérios de inclusão obteve-se uma amostra final de 228 casos, com ligeiro predomínio do sexo masculino (53%) e idade média de 5 anos e 4 meses (mínimo de 2 meses e máximo de 16 anos). Em relação aos factores de risco relevantes, 22% das crianças frequentavam o infantário, 8% apresentavam pneumonias de repetição, 6% prematuridade e igualmente 6% más condições sócio-económicas. O Plano Nacional de Vacinação estava actualizado na maioria das crianças (82%), com vacina conjugada anti-pneumocócica completa em 24%. A sintomatologia de apresentação mais frequente foi: febre (95%), tosse (83%), dispneia (33%), dor torácica (30%), vómitos (26%) e dor abdominal (23%). Metade das crianças (49%) foram submetidas a antibioterapia prévia (amoxicilina/clavulanato e

amoxicilina na sua maioria). À admissão, a temperatura média foi de 38.7°C (mínimo 36 e máximo 41), a frequência respiratória média 40 cpm (mínimo 18 e máximo 76) e a saturação de oxigénio em ar ambiente média de 95% (mínimo 78 e máximo 100). Ao exame físico registou-se predominantemente: alteração do estado geral (37%); tiragem (24% ligeira, 21% moderada e 5% grave); sons respiratórios diminuídos (79%); crepitações (41%); alterações das vibrações vocais (17%); broncospasmo (10%). Os resultados analíticos revelaram leucocitose superior a 15.000/mm³ na maioria dos casos (59%), anemia em 37% e proteína C reactiva (PCR) média de 17 mg/dl. Não se verificou relação estatisticamente significativa entre febre elevada (superior a 39°C), leucocitose superior a 15.000 e valor elevado de PCR. Ocorreu positividade na hemocultura em 8% das crianças, sendo o pneumococo o agente mais frequentemente isolado. As alterações radiográficas que se verificaram à admissão foram: condensação (78%), derrame (58%), infiltrado intersticial (11%), atelectasia (10%) e pneumatocelelos (2%). A ecografia torácica foi realizada na maioria dos casos (76%), verificando-se derrame não septado em 55%, septado em 15% e ausência de derrame em 6%. Efectuou-se TC torácica em 33% dos casos e as alterações mais frequentemente encontradas foram derrame não septado, derrame septado

e atelectasia. Oitenta e uma crianças (36%) foram submetidas a toracocentese, constatando-se líquido pleural com características de exsudado na sua maioria e microbiológico positivo em 4% das crianças (identificação do pneumococcus em metade destas). A antibioterapia inicial mais frequentemente utilizada foi amoxicilina/ácido clavulânico (36%), seguida das cefalosporinas de 3ª geração (22%) e ampicilina (13%) e cefalosporinas de 2ª geração (13%). A duração média do tratamento endovenoso foi de 12 dias. Houve necessidade de mudança de antibiótico em 53% dos casos, em média ao 6º dia de internamento. As ra-

zões mais apontadas para tal foram clínicas e imagiológicas (15%) e unicamente clínicas (12%). Vinte e cinco (11%) crianças foram submetidas a cirurgia, a maioria das quais toracotomia. Apenas 5% das crianças foram submetidas a broncoscopia e 4% realizaram provas de função respiratória. A maioria das crianças (75%) evoluiu para a cura, enquanto 9% apresentaram sequelas. Ocorreu um desfecho fatal em 1%.

Conclusões: 1) No período analisado verificou-se uma cobertura anti-pneumocócica conjugada relativamente elevada; 2) Não se verificou relação estatisticamente significativa entre alguns

dos sintomas chave, como febre elevada e valor elevado de leucócitos ou PCR. 3) Cerca de metade das crianças haviam sido previamente submetidas a antibioterapia, aumentando assim a preocupação acerca das resistências crescentes aos antibióticos e atitudes a adoptar no sentido de as minorar; 4) A positividade da hemocultura na casuística apresentada é sobreponível à da literatura de referência; 5) Apesar de ter sido impossível analisar a serotipagem, o agente mais frequentemente identificado é o pneumococcus, que provavelmente será o agente responsável pelo aparente crescendo de PAC complicadas.