

# PNEUMONIAS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

EMILIA ÁLVARES, A. SACHICUMBI, A. SOARES FRANCO, J. SAAVEDRA  
Serviço de Medicina Interna. Hospital de Santa Maria. Lisboa

## RESUMO

Procedeu-se a um estudo retrospectivo de 107 processos que constituíram todos os doentes internados com o diagnóstico de saída de *PNEUMONIA*, no serviço de Medicina I do Hospital de Santa Maria (HSM) durante o ano de 1990, num total de 2231 internamentos. Dos doentes estudados 50 (46,7%) eram do sexo feminino e 57 (53,3%) do sexo masculino, verificando-se uma idade média de  $70,7 \pm 15,3$  anos, com uma média de internamento de 12,8 dias. Nos antecedentes pessoais, encontra-se patologia respiratória em 43 (40%) doentes. A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) foi observada em 22 (20,5%) casos. Relativamente à outra patologia associada, registada em 90 (84,1%) doentes, encontrou-se em 58 (54,2%) casos patologia cardiovascular, hipertensão arterial (HTA) isolada em 17 (15,8%), a HTA e a diabetes mellitus tipo II (DM II) em 14 (13,1%) e cardiopatia isquémica em 11 (10,2%). O padrão radiológico dominante foi a broncopneumonia em 56 (52,3%) casos e do ponto de vista da função respiratória a insuficiência respiratória parcial ocorreu em 25 (23,4%). Laboratorialmente, à entrada, verificou-se anemia em 35 (32,7%) doentes, leucocitose em 70 (65,4%), VS elevada em 70 (65,4%), insuficiência renal em 12 (11,2%) e hiperglicemia em 67 (62,6%). No que respeita à terapêutica, a ampicilina foi o antibiótico mais prescrito em 50 (46,7%) casos, e a oxigenoterapia em 45 (42%). Só 29 (27,1%) tiveram indicação para broncodilatadores e 3 (2,8%) foram submetidos a ventilação mecânica. A evolução foi favorável em 76 (71%) tendo falecido 31 (29%) doentes. Os AA concluem que a pneumonia é uma patologia muito frequente nos serviços de Medicina, quer como motivo de internamento quer como complicação de outra patologia, sendo a mortalidade elevada. Para este facto, contribui muito a idade dos doentes e a/s patologia/s pré-existentes. É intenção dos AA realçar a necessidade de prevenção das infecções do tracto respiratório inferior, sobretudo em doentes debilitados e a instituição de terapêutica adequada de acordo com critérios de presunção pré-estabelecidos e nalguns casos, com os resultados dos exames microbiológicos. Identificar com este estudo retrospectivo, elementos omissos no processo clínico, importantes para a interpretação de atitudes diagnósticas e terapêuticas, servindo portanto a experiência anterior de exemplo para orientações futuras.

## SUMMARY

### The Impact of Pneumonias in a Internal Medicine Service

A retrospective study was performed in 107 patients with pneumonia in a total of 2231 who were admitted in a Medicine ward, of an University Hospital in Lisbon during 1990. From the studied patients, 50 (46,7%) were females and 57 (53,3%) males. The mean age was  $70,7 \pm 15,3$  years, with a mean of 12,8 admission days. In the past history it was identified 43 (40%) patients with respiratory illness. In this, the chronic obstructive airways disease were the more prevalent disease in 22 (20,5%) patients. In the other chronic debilitating diseases, registered in 90 (84,1%), we reported in 58 (54,2%) patients among cardiovascular illness, hypertension (H) in 17 (15,8%) cases and H with diabetes mellitus II (DMII) in 14 (13,1%). The most common radiographic pattern was bronchopneumonia in 56 (52,3%) cases and in the respiratory functional study, the partial respiratory insufficiency occurred in 25 (23,4%) cases. In blood test at admission, it was found anaemia in 35 (32,7%) patients, leukocytosis in 72 (67,3%), elevated sedimentation rate in 70 (65,4%), renal dysfunction in 12 (11,2%) and hyperglycemia in 67 (62,6%). Concerning therapeutics, the ampicillin was the most used antimicrobial therapy in 50 (46,7%) cases and the oxygenotherapy was necessary in 45 (42%). Only 29 (27,1%) needed bronchodilators

and 3 (2,8%) required mechanical ventilatory support. The evolution was good in 76 (71%) cases and 31 (29%) patients died. The authors conclude that the pneumonia is a frequent disease in the Internal Medicine Clinics, either as admission cause either as complication of other comorbid medical condition and has a high mortality rate. The most important factors for the prognosis were the age of patients and previous diseases. The aim of the authors is to enhance prevention infection in lower respiratory tract, principally in the weak constitutions patients and the prescription of the appropriate therapy according with the judgment presumption and if possible with the isolated microorganism. Identify with the retrospective study, important elements in the clinical process for interpretation of diagnosis and therapeutic attitude and to learn with the preceding experience for future orientation.

## INTRODUÇÃO

As pneumonias são infecções muito frequentes num Serviço de Medicina Interna e a sua evolução é influenciada por factores dependentes do hospedeiro, agente microbiano e ambiente. Os estados mórbidos pré-existentes e a idade dos doentes condicionam um estado de imunodeficiência transitória ou permanente fazendo com que as pneumonias sejam consideradas uma situação de alto risco nos doentes idosos. Estudos efectuados por vários autores estabeleceram factores de risco major (infecções pelo HIV, corticoterapia, neoplasias...) e minor (DM II, doença hepática crónica e ventilação mecânica) determinantes da evolução desfavorável das pneumonias<sup>1</sup>. Nos E.U.A., a pneumonia é a sexta causa de morte e a primeira por doenças infecciosas<sup>2</sup>.

Apesar do valor prático dos vários dados clínicos considerados (doenças associadas, imagem radiológica, anormalias laboratoriais) a análise microbiológica é essencial para o diagnóstico etiológico, sobretudo no decurso das situações mais complicadas. No entanto, quotidianamente, o seu interesse é controverso, em especial por dificuldades de ordem técnica, pela demora da informação e pela necessidade frequente de prescrição precoce da antibioticoterapia, que é então baseada em critérios clínicos, epidemiológicos, laboratoriais e radiológicos. Estes factos conduzem a que mesmo em centros tecnologicamente avançados, cerca de 40% das pneumonias ficam sem diagnóstico etiológico/microbiológico.

A pneumonia em doentes idosos, é frequentemente causada por streptococcus pneumoniae, mas o haemophilus influenzae e as bactérias gram-, são também causas comuns, enquanto num grupo etário mais jovem, antes dos 40 anos, o mycoplasma pneumoniae é a causa de 60 a 90% dos casos.

O objectivo deste estudo foi, o de analisar alguns aspectos clínico-epidemiológicos, laboratoriais e terapêuticos, em doentes internados com o diagnóstico de pneumonia, em especial os casos que tiveram uma evolução mais desfavorável e formular várias considerações sobre a patologia e terapêutica antibiótica e internamento num Serviço de Medicina Interna.

## METODOLOGIA E DOENTES

Foi realizado um estudo retrospectivo, a partir dos processos clínicos de doentes internados consecutivamente durante o ano de 1990 no serviço de Medicina I do HSM com o diagnóstico final de Pneumonia.

Elaborou-se um protocolo que continha os seguintes elementos:

1 – Caracterização da população: idade, sexo, profissão e distribuição sazonal;

A distribuição da população segundo as profissões, foi dividida em activa, que incluiu o sector primário (agricultura e pesca), secundário (indústria) e terciário (serviços) e inactiva que englobou os estudantes, domésticas e reformados.

2 – Antecedentes pessoais, de patologia respiratória, hábitos tabágicos/alcoólicos/toxicofílicos;

Foram considerados indivíduos com hábitos tabágicos acentuados, as pessoas que fumavam mais de 20 cigarros por dia; hábitos alcoólicos acentuados, aquelas que tinham uma ingestão etanólica diária superior a 80 gramas.

3 – Outras patologias associadas, pré-existente ou não, diagnóstico, terapêutica realizada e evolução.

As outras patologias associadas mencionadas foram diagnosticadas e/ou compensadas durante o internamento.

O diagnóstico clínico e radiológico foi realizado segundo os critérios de Freitas e Costa M,<sup>3</sup>: febre, secreções traqueo-brônquicas purulentas, leucocitose e padrão radiológico alveolar, broncopneumónico ou intersticial. Os valores analíticos, bioquímicos e hematológicos, considerados no limite superior do normal, independente do sexo, foram os seguintes: leucócitos:  $10 \times 10^9/\text{ul}$ ; velocidade de sedimentação: 20 mm/h; hemoglobina: 12g/dl; urémia: 23 mg/dl; creatinínemia: 1,2 mg/dl; glicémia: 110 mg/dl.

Na terapêutica, foram avaliados a antibioticoterapia, broncodilatadores, oxigenoterapia e cinesiterapia respiratória.

Quanto à evolução, foram discriminadas além das complicações (insuficiência respiratória parcial e/ou global), o resultado final, nomeadamente: melhorado, mesmo estado ou falecido. Os que mantiveram o mesmo estado foram transferidos.

Posteriormente foram estudados os doentes que tiveram uma evolução favorável (grupo A), comparativamente com os que tiveram evolução desfavorável (grupo B), considerando-se evolução desfavorável os casos de óbito e/ou que necessitaram de ventilação mecânica.

A idade média geral era de  $70.7 \pm 15,3$  anos (mín 18 e máx 99 anos). A distribuição por sexos, revelou que, 57 (53,3%) doentes pertenciam ao sexo masculino, com idade média de  $70.4 \pm 15$  anos e 50 (46,7%) ao sexo feminino, com idade média de  $69.6 \pm 18$  anos. A distribuição por sexo e grupo etário encontra-se na figura 1. O estudo estatístico utilizado na análise comparativa dos grupos A e B, foi o teste do Qui quadrado.

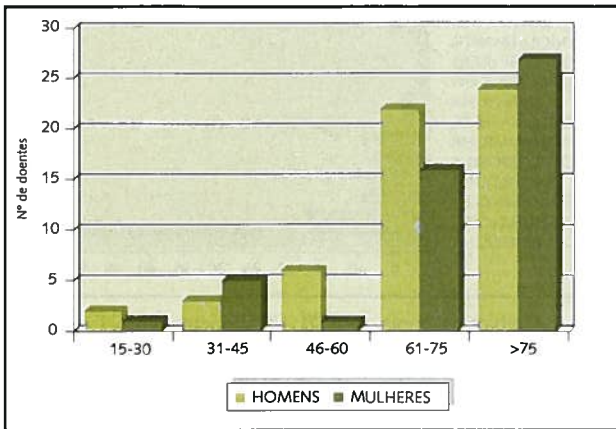


Fig. 1 – Distribuição por sexos e grupos etários

**RESULTADOS**

Dos 107 processos clínicos analisados, verificou-se que a duração média de dias de internamento, foi 12,8 dias (mín:1; máx:122 dias), tendo 35 (32,7%) doentes tido internamento superior a 13 dias. A distribuição por profissões está referida na figura 2, sendo 14 % da população activa e 86% inactiva e neste grupo 1 (0,9%) era estudante.

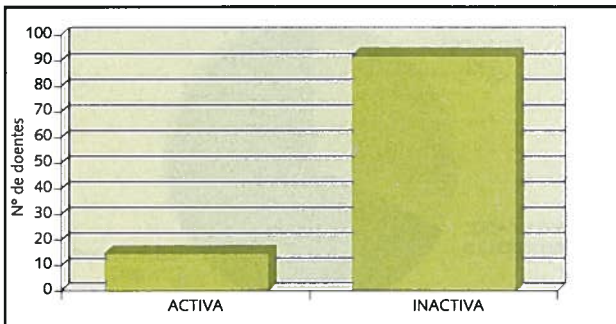


Fig. 2 – Distribuição por profissões

Em 73 (68,2%) processos não foram registados os hábitos tabágicos e dos restantes 34 (31,8%), constatou-se que 15, tinham hábitos tabágicos, dos quais 10 eram acentuados. Os hábitos alcoólicos foram identificados em 20 (18,7%) casos, dos quais 13 (65%) eram acentuados e apenas num caso foi registado hábitos toxicofílicos (heroína). No que se refere aos antecedentes pessoais de doença respiratória, existente em 43 (40%) casos, verificou-se que a DPOC era conhecida em 22 (20,5%) e foi a patologia respiratória dominante (Figura 3). Quanto às outras patologias associadas (Figura 4) existentes em 90(84,1%) casos, o maior número reportou-se às doenças cardio-vasculares com 58(54,2%): a HTA em 17(15,8%) doentes, a associação HTA/DM II em 14(13,1%), a cardiopatia isquémica em 11(10,2%), a insuficiência cardíaca congestiva descompensada em 9(8,4%) e a taquiarrítmia supraventricular 7 (6,5%). Os acidentes vasculares cerebrais foram 11(10,2%).

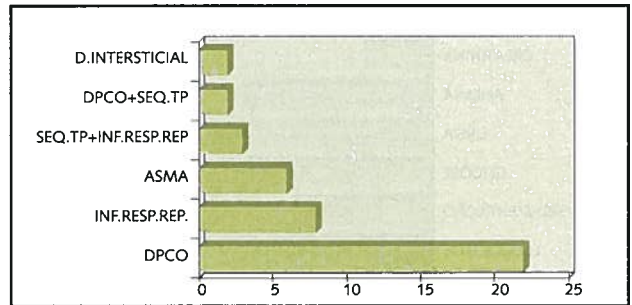


Fig. 3 – Patologia respiratória associada (DPOC - Doença pulmonar crónica; SEQ. TP - Sequelas de tuberculose pulmonar; INF RESP REP -Infecções respiratórias de repetição)

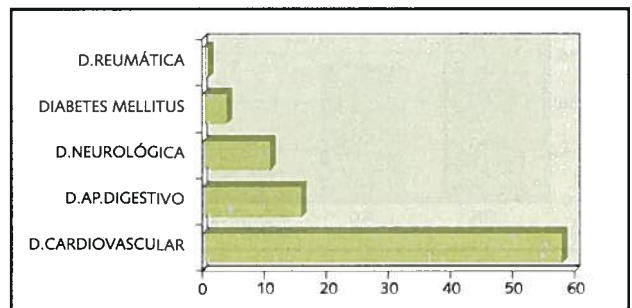


Fig. 4 – Outra patologia associada

Relativamente á distribuição sazonal, registaram-se dois picos de incidência (Figura 5), sendo o mais elevado no Inverno.

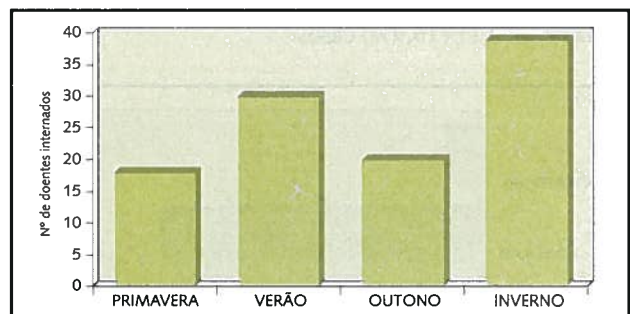


Fig. 5 – Incidência Sazonal

O diagnóstico etiológico foi efectuado apenas num caso, Haemophilus Influenza, isolado na expectoração. Os parâmetros analíticos encontram-se na figura 6. A proteína C reactiva e o fibrinogénio foram analisados em número desprezível de casos. Em 12 (11,2%) doentes constataram-se valores compatíveis com insuficiência renal (urémia e/ou creatininémia elevadas) e em 36 (33,6%) verificou-se urémia elevada isoladamente.

As provas de função respiratória foram efectuadas apenas num caso que sofria de cor pulmonale e revelou padrão obstrutivo. A gasometria arterial (Figura 7) mencionada em 59 (55,1%) doentes, mostrou insuficiência respiratória compensada (parcial ou global) em 39(36,4%) e descompensada em 6 (5,6 %) doentes.

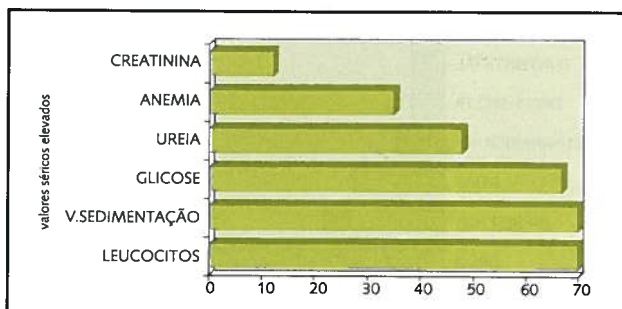


Fig. 6 – Exames laboratoriais

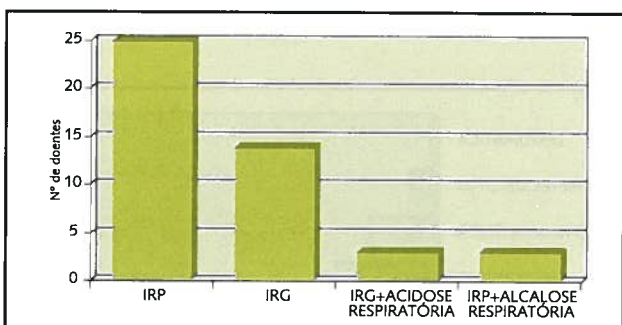


Fig. 7 – Gasometria Arterial. (IRP -Insuficiência respiratória parcial; IRG - Insuficiência respiratória global)

No exame radiológico, além dos padrões encontrados na *figura 8*, observaram-se as seguintes alterações: padrão alveolar associado com cardiomegália 8 (7,5%), com derrame pleural metapneumônico 2 (1,9%), padrão broncopneumônico associado a cardiomegália 9 (8,4%). Com cardiomegália (índice cardio-torácico > 50%), havia no total 17 (15,9%) casos.

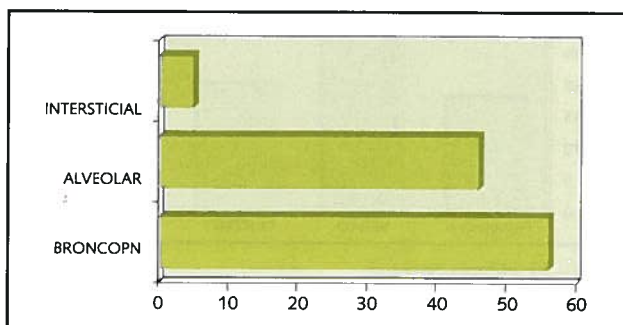


Fig. 8 – Padrão radiológico. (BRONCOPN - Broncopneumônico)

Na terapêutica instituída, a antibioticoterapia (*Figura 9*) foi realizada em 100% dos casos sendo o fármaco mais prescrito a ampicilina em 50 (46,7%) doentes, seguido da sua associação com gentamicina em 17 (15,9%) casos. Na restante terapêutica (*Figura 10*) é de destacar a ventilação mecânica em 3 (2,8%) doentes e os broncodilatadores em 29 (27%) casos.

Em relação ao destino (*Figura 11*), há a realçar os casos transferidos, um dos quais para a unidade de cuidados intensivos respiratórios e dois para o hospital regional da área da residência.

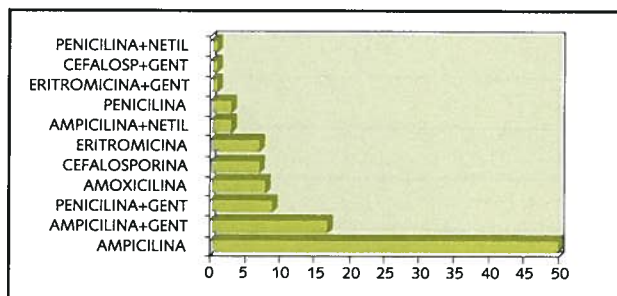


Fig. 9 – Antibioticoterapia. (NETIL -Netilmicina; GENT - Gentamicina; CEFALOSP - Cefalosporina)

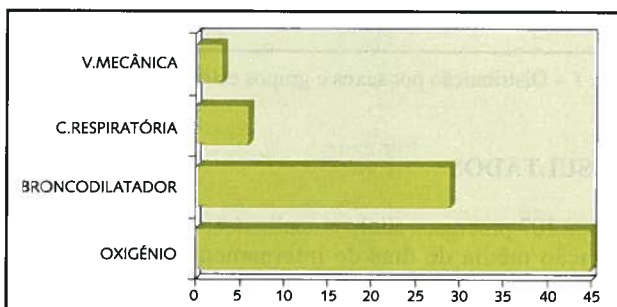


Fig. 10 – Terapêutica associada. (V - Ventilação; C - Cinesioterapia)

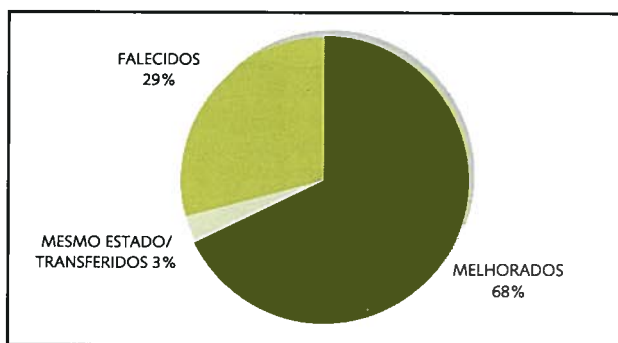


Fig. 11 – Evolução

Dos 31 doentes falecidos, foram realizadas autópsias em 4 (12,9%) doentes, que revelaram em 3 casos broncopneumonia e um caso enfarte do miocárdio extenso com edema pulmonar agudo, além de pneumonia.

O grupo B (evolução desfavorável) era constituído por 31 (29%) doentes, (tendo falecido os três que necessitaram de ventilação mecânica) tiveram uma demora média de 4.6 dias, e diferenciou-se do grupo A (evolução favorável) no que diz respeito aos dias de internamento e à existência de insuficiência respiratória global (*Quadro 1*). O grupo B era também mais idoso, embora sem diferença significativa em relação ao grupo A.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As infecções do parênquima pulmonar, traduzem-se quase sempre por uma clínica florida, que deve ser confirmada por exames auxiliares de diagnóstico. O critério

Quadro 1- Comparação segundo a evolução

	GRUPO A	GRUPO B
N	76 (71%)	31 (29%)
Idade ( $\bar{X} \pm DP$ )	69.9 $\pm$ 16.7	73 $\pm$ 10.8
Dias de Internamento ( $\bar{X} \pm DP$ )	15.6 $\pm$ 15.7	4.6 $\pm$ 9.7
Insuficiência respiratória Parcial	17 (23.2%)	8 (25.8%)
Insuficiência respiratória Global	4 (5.4%)	10 (32.2%)
(p < 0,0001)		
Patologia Respiratória Associada	7 (9.5%)	3 (9.6%)
Outra Patologia Associada	35 (47.9%)	18 (58%)

GRUPO A : EVOLUÇÃO FAVORÁVEL  
GRUPO B : EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL

clínico da pneumonia, incluindo febre e secreções traqueo-brônquicas purulentas associadas a alterações laboratoriais como leucocitose e infiltrado recente ténue pouco nítido até à condensação densa e extensa na teleradiografia do tórax, numa pessoa previamente saudável, quase invariavelmente indica a presença de pneumonia<sup>3</sup>. Os testes laboratoriais de rotina têm pouco valor na determinação da etiologia da pneumonia; contudo, podem ter significado prognóstico, assim como influenciar a decisão de internamento e a escolha da dose terapêutica<sup>2</sup>.

Embora a maioria das pneumonias adquiridas na comunidade tenham uma evolução favorável, dado o carácter habitualmente benigno, alguns casos, cerca de um quinto, têm indicação formal para o internamento, quer na enfermaria quer em unidade de cuidados intensivos. Contudo, 6 a 21% dos doentes internados por pneumonia terão uma evolução fatal<sup>4</sup>. Habitualmente, o diagnóstico etiológico é de presunção, isto é efectua-se a partir de um conjunto de informações clínico-epidemiológicas associadas a parâmetros analíticos e forma de apresentação radiológica. Neste contexto, as duas grandes variáveis que influenciam o espectro dos agentes etiológicos e a prescrição terapêutica são: a gravidade da apresentação inicial da doença e a presença de co-morbilidade ou idade avançada<sup>2</sup>. Os agentes microbianos mais comuns são o streptococcus pneumoniae, haemophilus influenza e dentro dos atípicos, o mycoplasma pneumoniae, legionella pneumophila e clamidia pneumoniae; em cerca de metade a um terço dos casos, a etiologia fica por determinar mesmo nos centros mais diferenciados<sup>5</sup>.

O estudo foi retrospectivo e teve como tal, as limitações próprias deste tipo de trabalho, nomeadamente ausência do registo sistemático dos parâmetros a estudar, sobretudo de carácter epidemiológico e como tal a dificuldade na interpretação de atitudes diagnósticas e terapêuticas. Contudo o que se conseguiu apurar justifica pela frequência e gravidade da patologia, a abordagem do assunto.

O número de internamentos por pneumonias representou 4,8 % e ocupou o oitavo lugar dos diagnósticos predominantes mais frequentes, reflectindo a frequência com que a patologia surge num serviço de Medicina Interna, onde estes doentes são internados, obedecendo a critérios que não estão exclusivamente dependentes da gravidade da pneumonia.

A idade média do total de doentes internados no Serviço de Medicina I, durante o ano de 1990, foi 64,5 anos, não se diferenciando dos doentes com pneumonia, da mesma forma que a demora média (dias de internamento) que totalizou 12,6 dias. A idade avançada, é um factor de risco importante para o aumento da morbidade e mortalidade da pneumonia, sendo considerado um elemento importante de decisão no internamento destes doentes.

A prevalência e a gravidade das pneumonias são consideráveis nos idosos e apesar das hipóteses explicativas, a sua patogénese ainda não é completamente conhecida (3,10). As pessoas com mais de 65 anos de idade, habitualmente reformados (Figura 2) têm elevado risco de mortalidade por doença bacteriémica pneumocócica e entre os idosos, a expressão clínica comum de pneumonia é por vezes atípica, obscurecida ou mesmo ausente<sup>2,9</sup>.

A incidência sazonal no estudo efectuado foi mais elevada no Inverno de acordo com o que está descrito na literatura<sup>3,10</sup> quanto aos índices de prevalência da infecção respiratória na comunidade em geral e sobretudo em doentes com DPOC (Figura 5).

Os hábitos tabágicos pela sua acção depressora sobre os mecanismos de defesa pulmonar continuam a ser factor desencadeante e de agravamento de doenças crónicas e destrutivas do pulmão. Contudo a avaliação dos antecedentes dos hábitos tabágicos (devido ao tipo de estudo) não nos permite fazer qualquer comentário aos resultados. O álcool tem uma acção directa na inibição da migração leucocitária e no atraso da síntese dos precursores do surfactante pulmonar<sup>3</sup>. Os alcoólicos parecem ter um maior risco para o desenvolvimento de pneumonias por bacilos gram -, provavelmente devido ao aumento da incidência da colonização faríngea com estes microorganismos<sup>6</sup>. O número de doentes com hábitos alcoólicos não difere do que está descrito para a população em geral, pelo que é lícito presumir que traduzem a prevalência correcta<sup>7</sup>.

Menos de 50% das amostras da expectoração, processadas pelos métodos habituais, produzem resultados seguros, mesmo em Centros tecnologicamente mais avançados especialmente devido aos problemas de colonização nas vias aéreas superiores por agentes potencialmente patogénicos. As hemoculturas valem quando são positivas, mas os resultados negativos são mais comuns, mesmo em pneumonias graves<sup>3</sup>. Os escassos achados na investigação etiológica foram consequência dos resultados falsamente negativos, atribuíveis à antibioticoterapia prévia, instituída pela gravidade das situações, e/ou incorrecta técnica quer da colheita da amostra, quer da realização do exame.

Dentro das alterações laboratoriais, a hiperglicémia registada no presente estudo foi atribuída não só à des-

compensação da diabetes mellitus, como também em parte, à colheita de amostras de sangue durante a administração de soros glicosados, valores estes não observados nos dias subsequentes, o que sugere a presença de *falsas hiperglicémias*.

A gasometria arterial foi determinada em todos os doentes, tendo sido registados apenas os resultados alterados. Esta presunção, está de acordo com o número de doentes que necessitaram de terapêutica.

Em relação aos critérios de internamento e sua duração, vários factores podem contribuir: a ausência de condições de espaço físico, a existência de camas supranumerárias e as situações sem parâmetros de gravidade, são factores determinantes de internamentos curtos ou de manutenção do doente em ambulatório. No entanto o doente idoso, com uma situação grave e/ou com patologia concomitante descompensada e precárias condições económico-sociais que impeçam o cumprimento correcto da terapêutica, têm indicação absoluta para internamento que é por vezes prolongado. Os dados apresentados revelam que os doentes internados, de uma forma geral, pertencem a grupos etários de idades mais avançadas com grande prevalência de patologias associadas, o que explica a gravidade da evolução das pneumonias e a necessidade de assistência diferenciada.

Se a pneumonia se torna resistente à terapêutica instituída, deve ser feita uma reavaliação cuidadosa, tentando procurar uma obstrução brônquica, deficiência imunitária, causa não infecciosa ou mesmo infecção por microorganismos pouco habituais.

A antibioticoterapia, empírica inicialmente foi baseada num diagnóstico de presunção, tendo em consideração os agentes mais frequentes em cada situação. Relativamente à história epidemiológica, se há um surto epidémico (hospital, hotel), suspeita-se de *Legionella Pneumophila*; se surto intra-familiar pensa-se no *Mycoplasma Pneumoniae*; se em colégios, *Adenovirus*; se contacto com aves, *Chlamydia Psittaci* e com gado, *Coxiella Burnetti*. Nos doentes com DPOC, os agentes mais prováveis são o pneumococo, *H. Influenza* e *Branamella Catarrhalis*, sendo recomendada a administração de amoxicilina e ácido clavulânico. Com efeito, nem os elementos clínicos nem os dados radiológicos, permitem prever com suficiente segurança o agente infeccioso em causa<sup>8</sup>. Não há um único fármaco, cujo espectro inclua todos ou a maioria dos agentes patogénicos implicados na pneumonia. Teóricamente, uma combinação de ácido clavulânico com amoxicilina ou cefuroxime associada a eritromicina, seria um tratamento óptimo empírico, mas poderá ser desnecessário para a maioria dos doentes, em termos de custo/benefício e de efeitos colaterais<sup>5</sup>.

A resistência aos macrólidos (eritromicina) é observado em 20 a 40% dos pneumococos segundo o local de isolamento. Mais de 30% dos pneumococos são resistentes ao cotrimoxazol. Os beta-lactâmicos mantêm-se portanto os antibióticos de referência no tratamento das pneumonias agudas de origem pneumocócica. Naturalmente sensível às aminopenicilinas (ampicilina, amoxicilina) é o *Haemophilus Influenza*. As estirpes ditas beta-lactamases positivas são assim sensíveis à associação amoxicilina-ácido clavulânico.

Quando surgem dúvidas no diagnóstico presumptivo entre pneumococo, gram- e pneumonia atípica, uma associação lógica será a eritromicina com um aminoglicosido. Há pouca literatura sobre a eficácia da penicilina G no tratamento das infecções do *H. Influenza*, porque a ampicilina (ou amoxicilina oral) têm sido usadas preferencialmente<sup>10</sup>, como revelado no nosso estudo, embora haja diferenças insignificantes na actividade *in vitro*. Nos E.U.A., cerca de 20% das estirpes isoladas no tracto respiratório inferior são resistentes à ampicilina, devido primariamente à produção de B-lactamase, além de outros mecanismos de resistência<sup>5</sup>.

A terapêutica antibiótica administrada aos nossos doentes, derivou do facto de serem pneumonias da comunidade, na maioria dos casos pelo que não se diferenciou da terapêutica habitual prescrita em ambulatório.

Além da terapêutica específica antimicrobiana, outras medidas são por vezes imperativas como a ventilação mecânica que foi necessária em 3 (2,8 %) doentes e a terapêutica broncodilatadora, constituindo índices importantes de gravidade da infecção respiratória.

No presente estudo, verificou-se que nos doentes do grupo B (evolução desfavorável) o internamento era mais curto o que é explicável pela situação mais grave, com mais factores de risco e portanto morte nos primeiros dias de internamento. A existência de insuficiência respiratória global demonstra a gravidade da pneumonia sobreposta ao maior número de factores de risco (idade, hábitos, patologia associada). A alta mortalidade nestes doentes, superior à média do Serviço, realça a importância desta patologia como factor determinante no prognóstico de doentes imunocomprometidos.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, os AA pretendem realçar que:

- No hospedeiro com hábitos tabágicos/alcoólicos e com patologia crónica evolutiva, DPOC, doença cardíaca e outras (*Figuras 3, 4*), existem condições subjacentes que diminuam as defesas contra a infecção.

- Nos doentes com DPOC, a infecção respiratória é causa frequente de exacerbação, podendo conduzir a insuficiência respiratória parcial ou global, e à situação de evolução desfavorável.

- Embora o valor preditivo da radiografia do tórax na pneumonia seja controverso, a grande maioria dos doentes apresenta um padrão broncopneumónico.

- Apesar do diagnóstico etiológico ser o indicador mais importante para uma terapêutica correcta, o número crescente de resultados microbiológicos falsamente negativos, associado à gravidade da situação clínica, impõe uma terapêutica empírica precoce. A ampicilina associada ou não a um aminoglicosido, consoante a gravidade da situação foi na maioria das situações a terapêutica de escolha, pela presunção da sensibilidade do agente mais frequente.

- A existência de precárias condições sócio-económicas, idade avançada, insuficiência respiratória e a coexistência de outras doenças, são factores importantes que afectam a apresentação clínica, a evolução das pneumo-

nias, a decisão e duração quer da terapêutica quer dos internamentos.

– A atitude terapêutica deve ser baseada essencialmente na clínica, exames laboratoriais e na história epidemiológica, que são factores de decisão importante na escolha da antibioticoterapia.

– O sucesso terapêutico depende não só da prescrição do antibiótico, mas de um conjunto de medidas gerais complementares, como hidratação, cinesiterapia respiratória e oxigenoterapia, de acordo com a repercussão na função pulmonar.

– Deverão ser critérios de internamento de pneumonia adquirida na comunidade:

- Idade superior a 65 anos
  - Patologia associada
  - Sinais predictivos de morbimortalidade (taquipneia, hipotensão, alteração do estado de consciência, leucopenia ( $<4.000/\text{mm}^3$ ) ou leucocitose ( $> 30.000/\text{mm}^3$ ), hipoxémia, anemia, extenso envolvimento radiológico).
- Há uma necessidade de implementação de medidas preventivas, começando com os cuidados de higiene corporal e ambiental, com a abolição de substâncias que possam interferir com os mecanismos fisiológicos: remoção dos focos sépticos crónicos (dentários, otorrinolaringológicos), à abolição dos hábitos tabágicos, alcoólicos e outros. No campo das vacinas, destaca-se a vacina contra a gripe que pode modificar a incidência e gravidade da doença.

Em suma, apesar de ser um estudo retrospectivo com grandes limitações, verificámos que há necessidade de melhorar o registo dos processos clínicos de forma a poder extrapolar experiências anteriores para futuros doentes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

1. LONGA C et al: Pneumonias-Factores condicionantes de uma evolução desfavorável. HPV 1991; 3: 207-212
2. American Thoracic Society: Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy, Am Rev Respir Dis 1993; 148: 1418-1426
3. MOITA M L: Pneumonias. In Freitas e Costa M. (ed). Pneumologia na prática clínica (1º vol), Lisboa 1992; 363-398
4. GLÓRIA C et al: Pneumonias graves requerendo admissão em UCI. Arq. S.P.P.R. 1993; 10 (3) 163-170
5. FASS R J: A etiology and treatment of community - acquired pneumonia in adults: an historical perspective, J Antimicrob Chemother. 1993; 32: 17-27
6. FISHMAN, AP: Pulmonary Diseases and Disorders. Ed McGraw-Hill, Book C. New York 1988; 13: 1536-1541
7. PINTO CORREIA J, ALVES P, BAPTISTA A: Alcoolismo e doenças hepáticas. Fundação Calouste Gulbenkian. Gastroenterologia 1985: 363-367
8. Antibioterapia de primeira linha nas pneumopatias agudas. Not. Méd 28/1/93; 8-9
9. ORTIZ CR, MARC LA FORCE F: Prevention of community acquired pneumonia. Med Clin North America 1994; 78(5): 1173-1183.
10. HOSKER HSR, JONES GM, HAWKEY P: Tratamento da infecção do tracto respiratório inferior adquirida na comunidade. Br Med J, 1994; 3: 634-638