
I Consenso Brasileiro sobre Pneumonias

COORDENADOR: JOÃO CARLOS CORRÊA¹

As pneumonias representam um grave problema de saúde pública, em função de sua grande incidência, devido ao crescente número de imunodeprimidos e de pessoas idosas. As doenças do aparelho respiratório, principalmente as pneumonias, compreendem um grupo de enfermidades que são a terceira causa de mortalidade; essas doenças são causadoras de 4% a 15% das mortes registradas no mundo. Entre as doenças infecciosas, as pneumonias predominam como causa de morte.

Nos últimos anos foram descritas várias doenças “novas” envolvendo o aparelho respiratório, principalmente as infecciosas. Exemplos disso são as doenças respiratórias que acompanham a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), as alterações pulmonares na hantavirose e as causadas pela *Chlamydia pneumoniae* e a *Legionella pneumophila*.

Outros problemas têm sido relatados, como a resistência de diversos agentes etiológicos aos antimicrobianos tradicionalmente utilizados, como, por exemplo, do *Streptococcus pneumoniae* à penicilina e do *Haemophilus influenzae* e da *Moraxella catharralis* à ampicilina e à associação trimetoprim-sulfametoxazol.

Em diversos trabalhos publicados mundialmente, demonstra-se que o *Streptococcus pneumoniae* é o microorganismo responsável pelo maior número de PAC.

Existem questionamentos quanto ao uso rotineiro de grande número de testes diagnósticos e do exame de escarro pelo método de gram, ou o uso das síndromes clínicas para guiar a seleção inicial de antibióticos. Alguns trabalhos recentes têm demonstrado superposição do quadro clínico e radiológico nas chamadas pneumonias típicas e atípicas.

Algumas das justificativas para a chamada terapêutica empírica na PAC vêm de trabalhos sobre o diagnóstico etiológico das pneumonias, em que o patógeno responsável só é definido em aproximadamente 50% dos casos, mesmo com número extenso de testes diagnósticos realizados, que apresentam custo muito elevado. Assim, mesmo com esses exames, metade dos doentes é tratada empiricamente e este fato sugere que continuamos a não conhecer todos os mi-

Siglas e abreviaturas utilizadas

PAC – Pneumonia adquirida na comunidade

croorganismos responsáveis pelas PAC. Além disso, deve-se considerar que todos esses testes diagnósticos só são realizados em pacientes internados e, dessa forma, os doentes que são tratados ambulatorialmente, e que são a maioria, também não são considerados nesses estudos.

Várias sociedades nacionais de Pneumologia preocupam-se com esses problemas e têm procurado normatizar as formas de tratamento das pneumonias.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) chamou a si esses questionamentos e inquietações. Em 26 e 27 de março de 1997, a SBPT promoveu o I Consenso Nacional sobre Pneumonias, com o co-patrocinio das Sociedades Brasileiras de Pediatria, Infectologia/Medicina Tropical, Clínica Médica, Geriatria e Terapia Intensiva.

Com base no que foi discutido anteriormente e a exemplo de outros consensos sobre pneumonias, concluiu-se que a terapêutica inicial das PAC em adultos, não imunodeprimidos, seja baseada em três fatores: 1) se o paciente necessita ser tratado dentro ou fora do hospital; 2) se o paciente apresenta alguma comorbidade ou se tem idade acima de 60 anos; 3) se a pneumonia é leve, moderada ou grave.

Dessa forma, os pacientes foram classificados em quatro grupos:

1) Com menos de 60 anos e sem comorbidade, podendo ser tratados ambulatorialmente.

2) Com mais de 60 anos e/ou com comorbidade e tratamento ambulatorial.

3) Paciente que necessita de hospitalização. O critério de hospitalização é individualizado, reconhecendo-se que os pacientes que habitualmente são internados têm idade avançada ou comorbidade.

4) Para a PAC grave, aquela que necessita de internação em CTI, recomendou-se escolha diferente de antibióticos.

O Consenso também indicou as formas de prevenção das PAC, principalmente as vacinas antigripal e antipneumocócica.

O Consenso normatizou também o tratamento e a prevenção das pneumonias adquiridas em ambiente hospitalar,

1. Chefe do Serviço de Clínica do Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ.

Endereço para correspondência – Fone/fax: (021) 580-8532. E-mail: medicdat@unisy.com.br.

pneumonias na infância e pneumonias em imunodeprimidos. Todos esses aspectos estão aqui sendo publicados e distribuídos pela SBPT a todos os médicos brasileiros.

É importante ter em mente que as normas sugeridas pelos consensos, em geral, representam somente um guia, devendo haver análise clínica minuciosa de cada caso. Mudanças no tratamento deverão ser feitas quando houver forte suspeita de que haja uma etiologia específica da pneumonia ou não houver resposta adequada ao tratamento.

As discussões no Consenso também orientaram a necessidade de estudos epidemiológicos, no sentido do diagnóstico etiológico, tratamento e evolução das pneumonias, em diversos locais do Brasil. Nesse sentido, a SBPT já está em negociação com a Comunidade Econômica Européia, para a realização de estudos em PAC.

Outros aspectos que deverão merecer futuros estudos em nosso meio são relativos à real prevalência da resistência do *S. pneumoniae* à penicilina e do *H. influenzae* à ampicilina. Isso também se aplica à incidência de pneumonia por *Pseudomonas*, adquirida na comunidade, principalmente em pacientes com doença pulmonar estrutural (DPOC, bronquiectasias, fibrose cística, etc.).

O Consenso Brasileiro sobre Pneumonias foi um sucesso, sendo o consenso da SBPT o que mais especialistas reuniu, pois mais de 300 pessoas participaram do evento. Agradeço a todos os participantes e espero que o Consenso seja útil à medicina brasileira. É intenção da SBPT discutir com o Ministério da Saúde essas diretrizes, no sentido de normatizar o tratamento das pneumonias em todos os níveis de atendimento à população.

BIBLIOGRAFIA CONSENSO SOBRE PNEUMONIA HOSPITALAR

1. 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.
2. American Thoracic Society. Hospital-acquired Pneumonia in Adults: Diagnosis, Assessment of Severity, Initial Antimicrobial Therapy, and Preventive Strategies. A Consensus Statement. *Am J Crit Care Med* 1995; 153:1711-1725.
3. Bodem CR, Lampton LM, Miller DP, Tarka EF, Everett ED. Endobronchial pH: relevance to aminoglycoside activity in gram-negative bacillary pneumonia. *Am Rev Respir Dis* 1983;127:39-41.
4. Chastre J, Fagon JY. Invasive diagnostic testing should be routinely used to manage ventilated patients with suspected pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:570-574.
5. Cook DJ, Laine LA, Guyatt GH, Raffin TA. Nosocomial pneumonia and the role of gastric pH: a meta-analysis. *Chest* 1991;100:7-13.
6. Dreyfuss D, Djedaini K, Gros I, Mier L, Le Bourdelles G, Cohen Y, Estagnasie P, Coste F, Boussougant Y. Mechanical ventilation with heated humidifiers or heat and moisture exchangers: effects on patient colonization and incidence of nosocomial pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:986-992.
7. Dreyfuss D, Djedaini K, Weber P, Brun P, Lanore JJ, Rahmani J, Boussougant Y, Coste F. Prospective study of nosocomial pneumonia and of patient and circuit colonization during mechanical ventilation with circuit changes every 48 hours versus no change. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143:738-743.
8. Dreyfuss D, Mier L, Le Bourdelles G, Djedaini K, Brun P, Boussougant Y, Coste F. Clinical significance of borderline quantitative protected brush specimen culture results. *Am Rev Respir Dis* 1993;147:941-951.
9. El-Ebiary M, Torres A, Gonzalez J, de la Bellacasa JP, Garcia C, Jimenez de Anta MT, Ferrer M, Rodriguez-Roisin R. Quantitative cultures of endotracheal aspirates for the diagnosis of ventilator-associated pneumonia. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:1552-1557.
10. Fagon JY, Chastre J, Domart Y, Trouillet JL, Pierre J, Carne C, Gilbert C. Nosocomial pneumonia in patients receiving continuous mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis* 1989;139:877-884.
11. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, Guiguet M, Trouillet JL, Domart Y, Pierre C, Gilbert C. Detection of nosocomial lung infection in ventilated patients: use of a protected specimen brush and quantitative culture techniques in 147 patients. *Am Rev Respir Dis* 1988;138:110-116.
12. Ferrer M, Torres A, Gonzalez J, Puig de la Bellacasa J, el-Ebiary M, Roca M, Gatell JM, Rodriguez-Roisin R. Utility of selective digestive decontamination in mechanically ventilated patients. *Ann Intern Med* 1994; 120:389-395.
13. Fink MP, Snyderman DR, Niederman MS, Leeper Jr KV, Johnson RH, Heard SO, Wunderink RG, Caldwell JW, Schentag JJ, Siami GA. Treatment of severe pneumonia in hospitalized patients: results of a multicenter, randomized, double-blind trial comparing intravenous ciprofloxacin with imipenem-cilastatin. The Severe Pneumonia Study Group. *Antimicrob Agents Chemother* 1994;38:547-557.
14. Griffin JJ, Meduri GU. New approaches in the diagnosis of nosocomial pneumonia. *Med Clin North Am* 1994;78:1091-1122.
15. Hilf M, Yu VL, Sharp J, Zuravleff JJ, Korvick JA, Muder RR. Antibiotic therapy for *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia: outcome correlations in a prospective study of 200 patients. *Am J Med* 1989;87:540-546.
16. LaForce FM. Systemic antimicrobial therapy of nosocomial pneumonia: monotherapy versus combination therapy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989;8:61-68.
17. Lowenkron SW, Niederman MS. Definition and evaluation of the resolution of nosocomial pneumonia. *Semin Respir Infect* 1992;7:271-281.
18. Mandell LA, Marrie TJ, Niederman MS, the Canadian Hospital Acquired Pneumonia Consensus Conference Group. Initial antimicrobial treatment of hospital acquired pneumonia in adults: a conference report. *Can J Infect Dis* 1993;4:317-321.
19. Marquette CH, Georges H, Wallet F, Ramon P, Saulnier F, Neviere R, Mathieu D, Rime A, Tonnel AB. Diagnostic efficiency of endotracheal aspirates with quantitative bacterial cultures in intubated patients with suspected pneumonia: comparison with the protected specimen brush. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:138-144.
20. Meduri GU, Beals DH, Majjub AG, Baselski V. Protected bronchoalveolar lavage: a new bronchoscopic technique to retrieve uncontaminated distal airways secretions. *Am Rev Respir Dis* 1991;134:855-864.
21. Meduri GU, Chastre J. The standardization of bronchoscopic techniques for ventilator-associated pneumonia. *Chest* 1992;102:557S-564S.
22. Meduri GU, Johansen WG. International Consensus Conference: Clinical Investigation of Ventilator-Associated Pneumonia. *Chest* 1992;102 5(Suppl 1).
23. Meduri GU, Mauldin GL, Wunderink RG, Leeper Jr KV, Jones CB, Tolley E, Mayhall G. Causes of fever and pulmonary densities in pa-

- tients with clinical manifestations of ventilator associated pneumonia. *Chest* 1994;106:221-235.
24. Nicolau DP, Freeman CD, Belliveau PP, Nightingale CH, Ross JW, Quintiliani R. Experience with a once-daily aminoglycoside program administered to 2,184 adult patients. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39:650-655.
 25. Niederman MS, Torres A, Summer W. Invasive diagnostic testing is not needed routinely to manage suspected ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:565-569.
 26. Pereira e Silva JL, David CMN. Infecções respiratórias associadas a ventilação mecânica: etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. *J Pneumol* 1995;21:241-251.
 27. Prod'hom G, Leuenberger P, Koerfer J, Blum A, Chiolero R, Schaller MD, Perret C, Spinnler O, Blondel J, Siegrist H. Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients receiving antacid, ranitidine, or sucralfate as prophylaxis for stress ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1994;120:653-662.
 28. Rello J, Ausina V, Castella J, Net A, Prats G. Nosocomial respiratory tract infections in multiple trauma patients: influence of level of consciousness with implication for therapy. *Chest* 1992;102:525-529.
 29. Rello J, Ausina V, Ricart M, Castella J, Prats G. Impact of previous antimicrobial therapy on the etiology and outcome of ventilator-associated pneumonia. *Chest* 1993;104:1230-1235.
 30. Rello J, Quintana E, Ausina V, Castella J, Luquin M, Net A, Prats G. Incidence, etiology, and outcome of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. *Chest* 1991;100:439-444.
 31. Salacata A, Chow JW. Cephalosporin therapeutics for intensive care infections. *New Horizons* 1993;1:181-186.
 32. Salata RS, Lederman MM, Shlaes DM, Jacobs MR, Eckstein E, Tweardy D, Toossi Z, Chmielewski R, Marino J, King CH, Graham RC, Ellner JJ. Diagnosis of nosocomial pneumonia in intubated, intensive care unit patients. *Am Rev Respir Dis* 1987;135:426-432.
 33. Schlepner CJ, Cobb DK. A study of the etiologies and treatment of nosocomial pneumonia in a community-based teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992;13:515-525.
 34. Selective Decontamination of the Digestive Tract Trialists Collaborative Group. Meta-analysis of randomized controlled trials of selective decontamination of the digestive tract. *BMJ* 1993;307:525-532.
 35. Torres A, Aznar R, Gatell JM, Jimenez P, Gonzalez J, Ferrer A, Celis R, Rodriguez-Roisin R. Incidence, risk, and prognosis factors of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:523-528.
 36. Torres A, Puig de la Bellacasa JP, Xaubet A, Gonzalez J, Rodriguez-Roisin R, Jimenez de Anta MT, Agusti-Vidal A. Diagnostic value of quantitative cultures of bronchoalveolar lavage and telescoping plugged catheters in mechanically ventilated patients with bacterial pneumonia. *Am Rev Respir Dis* 1989;140:306-310.
 37. Tryba M. Sucralfate versus antacids or H₂-antagonists on stress ulcer prophylaxis: a meta-analysis on efficacy and pneumonia rate. *Crit Care Med* 1991;19:942-949.
 38. Valles J, Artigas A, Rello J, Bonsoms N, Fontanals D, Blanch L, Fernandez R, Baigorri F, Mestre J. Continuous aspiration of subglottic secretions in preventing ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med* 1995;122:179-186.
 39. Wunderink RG, Woldenberg LS, Zeiss J, Day CM, Ciemins J, Lacher DA. The radiologic diagnosis of autopsy-proven ventilator-associated pneumonia. *Chest* 1992;101:458-463.
 40. Wunderink RG. Pneumonia in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med* 1995;16.