

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz

Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GSS) - Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Biólogo. Doutor em Ciências pela UNIFESP
renatoferraz@uninove.br

André Veronese

Centro Universitário Lusíada
veronesedezim@hotmail.com

Leda Carvalho

Centro Universitário Lusíada
veronesedezim@hotmail.com

Anderson Sena Barnabé

UNINOVE

Biólogo. Doutor e Saúde Pública pela USP
anderson@uninove.br

João Victor Fornari

UNINOVE

Nutricionista. Doutor em Saúde Coletiva pela UNIFESP
joaovictor@uninove.br

A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE SIMPLES TRIAGEM (SPST) PARA DIAGNÓSTICO DE GRIPE H1N1 EM HOSPITAIS DA REGIÃO DE CAMPINAS - SP: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

RESUMO

Introdução: Nos dias atuais, um maior e melhor conhecimento sobre as doenças infectocontagiosas como a influenza H1N1, já são melhor abordados por parte dos médicos e serviços de saúde. **Objetivo:** Comparar a pontuação de simples triagem com o processo de pontuação de avaliação de falência de órgãos com relação à mortalidade, a necessidade de admissão de cuidados intensivos, e a necessidade de ventilação mecânica, além de avaliar a sua validade. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com pacientes com influenza H1N1 que foram atendidos em três hospitais da região de Campinas - SP no período de oito meses no ano de 2010. **Resultado:** A categorização do grupo SPST demonstrou uma precisão melhor ao discriminar, na previsão de uso de recursos em cuidados intensivos, um receptor de área de atuação característica sob a curva (intervalo de confiança de 95%) para admissão na UTI de 0,75 (0,65-0,85), e necessidade de MV de 0,80 (0,73-0,87). Na comparação com pontuação de falência de órgãos, o resultado foi de 0,60 (0,48-0,72) e 0,77 (0,62-0,93), respectivamente. **Conclusão:** Baixas taxas de mortalidade limitam a análise sobre as previsões de sobrevivência em decorrência do estudo ser apenas pontual e curto para o período de epidemia.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Administração. Epidemiologia. H1N1.

ABSTRACT

Introduction: More and better knowledge about infectious diseases such as influenza H1N1, as are best addressed by physicians and health services. **Objective:** To compare the score with the simple score evaluation screening process of organ failure with respect to mortality, the need for admission to intensive care and mechanical ventilation, and to evaluate its validity. **Method:** This was a retrospective, descriptive, quantitative approach, performed with patients with H1N1 influenza who were treated in three hospitals in the region of Campinas - Brazil in the eight-month period in 2010. **Result:** The categorization SPST group showed better precision to discriminate in predicting resource use in intensive care receiver operation characteristic area under the curve (confidence interval of 95%) for ICU admission 0.75 (0.65-0.85) and MV need to 0.80 (0.73 to 0.87). In comparison with scores of organ failure, the result was 0.60 (0.48 - 72) and 0.77 (0.62 to 0.93), respectively. **Conclusion:** Low mortality rates limit the analysis of the predictions of survival as a result of study is only occasional and short for the period of endemic.

Keywords: Management in Health Administration. Epidemiology. H1N1.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais um maior e melhor reconhecimento sobre as doenças infectocontagiosas como a influenza H1N1 já são melhor abordados por parte dos médicos e serviços de saúde 1. Protocolos de triagem só são iniciados quando é evidente que os déficits de recursos irão ocorrer através de uma ampla área geográfica, apesar dos esforços para expandir ou adquirir capacidade adicional 2. Antes da pandemia de influenza, o departamento de saúde do Estado de São Paulo recomendou o uso de um plano de triagem encenado incorporando sepse relacionada à avaliação da falência de órgãos, desenvolvido pelos europeus e adaptado pelo Ministério da Saúde, sendo esta uma triagem de admissões de cuidados críticos e descargas durante um surto de gripe no Brasil. Devido ao escasso conhecimento sobre o tema à época presume-se que, se implementada a referida triagem, menos mortes e um menor custo com os tratamentos poderiam ter sido alcançados.

OBJETIVO

Comparar a pontuação simples de triagem com o processo de pontuação de avaliação de falência de órgãos com relação à mortalidade, a necessidade de admissão de cuidados intensivos e necessidade de ventilação mecânica, além de avaliar a sua validade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com pacientes com influenza H1N1 que foram atendidos em três hospitais da região de Campinas - SP no período de oito meses no ano de 2010. Foram incluídos neste breve levantamento apenas pacientes com idades entre 18 e 60 anos, que não apresentavam suspeita de outras doenças, a não ser influenza. Da amostra constituída foram observados dados relativos à idade, sexo, além de informações relativas ao procedimento no desempenho do Sistema de Pontuação de Simples Triagem (SPST) como um indicador da utilização dos recursos hospitalares em pacientes adultos com H1N1 confirmados internados em um hospital da região de Campinas - SP. A variável idade foi apresentada pelos seus valores médios \pm desvio padrão. As variáveis restantes foram apresentadas de maneira descritiva por suas frequências absolutas e relativas, sem a aplicação de testes estatísticos mais específicos. Não foi divulgada nenhuma informação que pudesse identificar os participantes ou a instituição onde esta pesquisa foi realizada. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizado por obedecer às diretrizes éticas previstas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Durante um período de oito meses, 124 pacientes com H1N1 confirmados foram admitidos. Destes, 50% (62 indivíduos) eram do sexo masculino, com média de idade de 55 ± 14 anos, e 50% (também 62 indivíduos) eram do sexo feminino, com média de idade de 38 ± 17 anos. Do total, 67 pacientes (55% da amostra) tinham documentado comorbidades, e 36 (30% do total) apresentaram alterações pneumônicas em seu exame de raio-X na admissão. Dezoito pacientes (15%) foram internados na unidade de terapia intensiva, onde 13 deles (10%) necessitaram de ventilação mecânica (VM). Ocorreram seis mortes. A categorização grupo SPST demonstrou uma precisão melhor ao discriminar, na previsão de uso de recursos em cuidados intensivos com um receptor de área de atuação característica sob a curva (intervalo de confiança de 95%), para admissão na UTI de 0,75 (0,65-0,85), e necessidade de MV de 0,80 (0,73-0,87). Na comparação da pontuação com o índice de falência de órgãos, o resultado foi de 0,60 (0,48-72) e 0,77 (0,62-0,93), respectivamente.

DISCUSSÃO

Durante um evento de vítimas em massa, a triagem de pacientes para determinar quem pode exigir, quem exige, e quem está recebendo intervenções definitivas e cuidados intensivos, necessita de contínua reavaliação, essencialmente para a manutenção da imparcialidade na alocação dos limitados recursos existentes 5. Recentemente, tem ocorrido um grande esforço para definir estes conceitos, pré-requisitos básicos, e pressupostos para lidar com a alocação de cuidados intensivos de recursos, com muitas referências à experiência militar 6. O score falência foi proje-

tado originalmente para descrever a morbidade resultante de disfunção de órgãos em pacientes críticos ao longo de sua permanência na UTI 7. Ferreira e colaboradores 6 avaliaram as iniciais, das médias as mais altas, além do delta, em uma coorte de 352 pacientes internados em uma UTI na Bélgica. Esses scores foram então correlacionados com a mortalidade. Os autores mostraram que uma avaliação de falência inicial de até 9 previu uma mortalidade inferior a 33%, enquanto uma pontuação superior a 11 previu uma mortalidade de 95%.

Em um estudo inglês avaliou-se o desempenho de um sistema de pontuação alternativa, a SPST, em pacientes com H1N1 internados em um hospital de ensino 7. Comparado ao protocolo de falência inicialmente com a medida de disfunção de órgãos dentro de uma ferramenta de priorização de triagem, acredita-se que o método descrito possa ser utilizado em situações de recidiva da epidemia. Contudo, ainda não existem estudos controlados que favoreçam considerar o referido método como padrão-ouro para a situação.

CONCLUSÃO

O SPST necessita de maior utilização para obter uma melhor delimitação, visando iniciar a discussão por entidades responsáveis pela definição de diretrizes clínicas. De acordo com o risco de morte, previu-se a possibilidade de admissão em UTI e a exigência de MV. Seu único ponto na precisão do tempo, e as variáveis de componentes facilmente coletáveis, permitem recomendá-lo como um sistema alternativo reprodutível que facilita a triagem e o tratamento de pacientes em qualquer futura pandemia de gripe.

REFERÊNCIAS

Beigel JH, Farrar J, Han AM, Hayden FG, Hyer R, de Jong MD, Lochindarat S, Nguyen TK, Nguyen TH, Tran TH, Nicoll A, Touch S, Yuen KY. Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5. Avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med* 2005; 353:1374–1385.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, Muller MP, Gowans DR, Fortier W, Burkle FM. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175:1377–1381.

Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Melot C, Vincent J. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA* 2001; 286:1754–1758.

Moreno R, Vincent JL, Matos R, Mendonça A, Cantraine F, Thijs L, Sprung C, Antonelli M, Bruining H, Willatts S. The use of maximum SOFA score to quantify organ dysfunction/failure in intensive care. Results of a prospective, multicentre study. Working Group on Sepsis related Problems of the ESICM. *Intensive Care Med*. 1999; 25:686–696.

Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J* 2006; 23:154–155. Repine TB, Lisagor P, Cohen DJ. The dynamics and ethics of triage: rationing care in hard times. *Mil Med* 2005; 170:505–509.

World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009 - update 9. Disponível em: http://www.who.int/csr/don/2010_03_12/en/index.html. Acessado em 25 fev 2013.