

PNEUMONIA EM DOENTES IDOSOS E COM MENOR GRAVIDADE INTERNADOS: HÁ ALGUMA ESPECIFICIDADE?

SIMÕES, ANDRÉ FERREIRA^[1]; GONÇALVES PEREIRA, JOÃO^[1]; RODRIGUES, JOANA BARBOSA^[2]; MARINO, FLÁVIO^[1]; FREIXA, MARTA^[2]; ÚRIA, SARA^[2]; NUNES DA SILVA, GLÓRIA^[2]

^[1] Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Vila Franca de Xira

^[2] Serviço de Medicina Interna, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

RESUMO

Introdução A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) representa um problema prioritário de saúde pública, sendo atualmente a principal causa respiratória de mortalidade em Portugal. O diagnóstico baseia-se na associação de sinais e sintomas respiratórios, com manifestações sistémicas e alterações radiológicas. Como assessores da decisão foram desenvolvidos diferentes scores para calcular o risco de mortalidade e a necessidade de internamento, onde o CURB 65 é o mais comumente utilizado, embora apresente algumas limitações, sendo o juízo clínico de enorme valor nos doentes com idade avançada e com score baixo. **Métodos** Estudo retrospectivo, de coorte, unicêntrico, de análise de doentes com diagnóstico de PAC. A gravidade da pneumonia na admissão foi avaliada pelos scores CURB 65 e Pneumonia Severity Index (PSI). Categorização da população de acordo com a idade em: G<80, indivíduos com idade inferior a 80 anos e G>80, indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos. Foi também categorizada de acordo com o score CURB 65 à admissão: G1 se CURB 65 <2 e G2 se CURB 65 >2. Foi analisada a duração do internamento e o resultado hospitalar. **Resultados** Foram incluídos 91 doentes, dos quais 17 (18.7%) apresentavam CURB 65 <2. A população mais idosa (G >80 anos) representava 34.1% dos indivíduos e G1 tinha idade significativamente menor (60.9±13.2 vs 83.3±9.1 anos, p<0.0001). A maioria dos doentes tinha hipertensão arterial (64.8%) ou insuficiência cardíaca (IC; 51.6%). Em G2 a prevalência de três ou mais comorbidades foi substancialmente superior (78.4 vs 52.9%). Os principais sintomas foram tosse (74.7%), expectoração (63.7%), mal estar inespecífico (61.5%), dispneia (60.4%) e toracalgia (53.8%); 8.1% dos doentes apresentava confusão, todos no grupo G2. O padrão radiológico mais frequente foi lobar (68%). A população idosa apresentou-se mais frequentemente com CURB 65 e classe de PSI mais elevadas, e ainda hematócrito mais baixo, leucócitos, creatinina e ureia mais elevados. **Discussão** De acordo com os nossos dados, os doentes com CURB 65 mais baixo (<2) têm sinais vitais

na admissão similares aos restantes, no entanto, menos vezes confusão ou dispneia na admissão e menos lesão renal aguda. Já os doentes idosos (>80 anos) são admitidos mais vezes com classes mais elevadas nos scores de gravidade, contudo com sinais vitais e gasimetria similares à da população mais jovem. Por mais vezes apresentam lesão renal. Em 18.7% dos doentes com score CURB 65 baixo, a decisão de internamento foi inconsistente, podendo ter ficado a dever-se à necessidade de O₂ suplementar (FiO₂ >21%, G1 52.9%), justificando o número elevado de doentes do G1 em classe IV do PSI, e a alterações dos parâmetros analíticos (leucócitos e proteína C reactiva). A mortalidade foi baixa, e 75% dos doentes falecidos eram pertencentes ao grupo dos mais idosos. Conclusão Apenas uma minoria dos doentes com diagnóstico de PAC foi internada com CURB 65 <2; este grupo apresentava mais tosse e mal estar, mas menos dispneia e expectoração, contudo igual necessidade de oxigenoterapia; os doentes idosos tiveram número de comorbidades e forma de apresentação similar aos mais jovens; a mortalidade global foi muito baixa. O score CURB 65 é limitado pela ausência de avaliação formal da hipoxémia a qual, particularmente nos doentes idosos, pode não se traduzir por aumento da frequência respiratória.

ABSTRACT

Introduction Community-acquired pneumonia (CAP) represents a priority public health problem, and is currently the main respiratory cause of mortality in Portugal. The diagnosis is based on the association of respiratory signs and symptoms, with systemic manifestations and radiological findings. As decision advisors, different scores were developed to estimate the mortality risk and the need for hospitalization, being CURB 65 the most commonly used, although it presents some limitations, being the clinical judgment of enormous value in patients with advanced age and low score value.

Methods Retrospective, cohort, unicentral study of the analysis of patients diagnosed with CAP. The severity of

pneumonia at admission was assessed by the CURB 65 and Pneumonia Severity Index (PSI) scores. Categorization of population by age: G<80, individuals with less than 80 years and G>80, individuals with 80 or more years. It was also categorized according to CURB 65 score at admission: G1 if CURB 65 inferior to 2 and G2 if CURB 65 of 2 or higher. The duration of hospitalization and the hospital outcome were analyzed.

Results A total of 91 patients were included, of whom 17 (18.7%) had CURB 65 <2. The older population (G>80 years) represented 34.1% of the individuals, and G1 had a significantly lower age (60.9 ± 13.2 vs 83.3 ± 9.1 years, $p < 0.0001$). The majority of patients had arterial hypertension (64.8%) or heart failure (CI, 51.6%). In G2 the prevalence of three or more comorbidities was substantially higher (78.4 vs 52.9%). The main symptoms were cough (74.7%), sputum (63.7%), non-specific malaise (61.5%), dyspnea (60.4%) and thoracalgia (53.8%); 8.1% of the patients presented confusion, all in the G2 group. The most frequent radiological pattern was lobar (68%). The elderly population presented more frequently with CURB 65 and PSI score values higher, lower values of hematocrit, leukocytes, and creatinine, and also higher values of urea.

Discussion According to our data, patients with lower CURB 65 (<2) have vital signs at admission similar to the other patients, however present less confusion, dyspnea and acute renal injury. Older patients (>80 years) are admitted more often with higher values in severity scores, however with vital signs and arterial blood gas test similar to that of the younger population. More often they have kidney damage. In 18.7% of patients with a low CURB 65 score, the decision to admit the patients was inconsistent. It could have been because of the need for supplemental O₂ (FiO₂ > 21%, G1 52.9%), justifying the high number of G1 patients in class IV of the PSI, or because of the changes in analytical parameters (leukocytes and C-reactive protein). Mortality was low, and 75% of deceased patients belonged to the older group.

Conclusion Only a minority of patients diagnosed with CAP were hospitalized with CURB 65 <2; this group had more cough and malaise, but less dyspnea and expectoration, however similar need for oxygen therapy; elderly patients had clinical presentation and number of comorbidities similar to the younger ones; overall mortality was very low. The CURB 65 score is limited by the absence of formal assessment of hypoxemia which, particularly in elderly patients, may not translate into increased respiratory rate.

INTRODUÇÃO

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) continua a ser um problema prioritário de saúde pública, sendo atualmente a 5^a causa de mortalidade a nível global.^(1,2)

A incidência anual estimada é de 5-11 casos por cada 1000 adultos⁽³⁾, números provavelmente sub-estimados pois um número significativo de casos tratados em ambulatório pode não ter registada a assistência médica.

Em Portugal, a PAC é a principal causa respiratória de mortalidade, cerca de 20%, números acima da média europeia.⁽³⁾

Também a taxa de internamento é elevada, cerca de 3.61 internamentos por 1.000 habitantes por ano, taxa esta que aumenta com a idade, sendo superior no sexo masculino.^(4,5)

O diagnóstico de PAC baseia-se na presença de sinais e sintomas do trato respiratório inferior, manifestações sistémicas e o aparecimento de infiltrado pulmonar na radiografia torácica de novo ou progressivo, complementado por documentação microbiológica.⁽¹⁾ Apesar da elevada sensibilidade, estes critérios são pouco específicos.⁽⁶⁾

A decisão de internamento é complexa pois implica alteração do ritmo de vida do indivíduo e está associada a custos. Foram desenvolvidos diferentes scores para calcular o risco de mortalidade e a necessidade de internamento. O CURB 65 (confusão, ureia, frequência respiratória, pressão arterial e idade) é o score mais utilizado, permitindo prever de forma simples a mortalidade e identificar os doentes que podem ser tratados com segurança em ambulatório (score 0 ou 1). Embora internacionalmente adotado e recomendado, o CURB 65 apresenta algumas limitações, sendo o juízo clínico de grande importância nos doentes com idade avançada e com score baixo.

Neste estudo pretendeu-se identificar as características clínicas e demográficas dos doentes admitidos com PAC numa enfermaria de Medicina, em particular de doentes muito idosos e de doentes com CURB 65 baixo.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, de coorte, unicêntrico. Foram incluídos todos os doentes com idade superior a 18 anos, admitidos num serviço de Medicina Interna (SMI), ao longo de um ano (2014), com o diagnóstico de PAC e duração de internamento superior a 24 horas.

Foram recolhidos numa base especialmente criada para o efeito, dados sócio-demográficos, clínicos, achados radiológicos, laboratoriais e microbiológicos. A gravidade da pneumonia na admissão foi avaliada pelos scores CURB 65 e Pneumonia Severity Index (PSI). Para todos os doentes foram registadas a duração do internamento e o resultado hospitalar.

Toda a população foi categorizada de acordo com a sua idade e o CURB 65 no momento de admissão: idade <80 anos (G<80) ou >80 anos (G>80); score CURB 65 <2 (G1) e CURB 65 >2 (G2).

Análise estatística realizada em SPSS v21.

DEFINIÇÕES

A PAC foi definida como a presença de infiltrado pulmonar de novo ou de agravamento progressivo em radiografia de tórax ou tomografia computadorizada de tórax, nas primeiras 48 horas de hospitalização, associado a pelo menos um dos seguintes: 1) tosse de novo ou alteração das características habituais, com ou sem produção de

expectoração; 2) febre (temperatura timpânica $>38.3^{\circ}\text{C}$); 3) evidência de inflamação sistêmica (leucocitose $>10.000/\text{cm}^3$ ou leucopenia $<4.000/\text{cm}^3$; e/ou proteína C reativa (PCR) $>1\text{mg/dL}$).

Foram avaliados pelos autores todos os doentes com o diagnóstico de PAC à admissão, sendo excluídos os doentes que não apresentavam documentação clínica e radiológica compatível com esse diagnóstico, de acordo com as definições apresentadas.

Foram igualmente excluídos os doentes com infecções associadas a cuidados de saúde, nomeadamente internamento nos 3 meses prévios ou com contacto recente com instituições de saúde, bem como doentes que receberam antibioterapia prévia recente (<3 meses).

A duração de internamento foi calculada como o número de dias a partir da data de admissão até à data da saída do hospital. Morte hospitalar foi definida como morte por qualquer causa durante o internamento.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram admitidos 91 doentes com PAC, dos quais 17 (18.7%) apresentavam CURB 65 <2 (G1) (**Tabela 1**).

A idade média foi de 79.1 ± 13.2 anos, sendo 48.4% do sexo masculino. A população com mais de 70 anos foi largamente maioritária (76.9%), tendo 34.1% mais de 80 anos (Gráfico 1). Essa distribuição é heterogénea por sexos, tendo o sexo feminino idade significativamente mais elevada (82.1 ± 13.3 vs 75.8 ± 12.4 anos, $p=0.022$).

Os doentes com CURB 65 mais baixo (G1) tinham idade significativamente menor (60.9 ± 13.2 vs 83.3 ± 9.1 anos, $p<0.0001$) sem distribuição predominante entre sexos ($p=0.79$).

A maioria dos doentes com PAC foi admitido nos dois primeiros meses do ano (29.7%).

Comorbilidades

As comorbilidades mais frequentes na população estudada foram a hipertensão arterial (HTA; 64.8%) e a insuficiência cardíaca (IC; 51.6%); destaca-se a elevada prevalência de doença renal crónica (DRC; 40.7%) e diabetes *mellitus* tipo 2 (DM; 33%). Apenas 13% dos doentes tinha patologia pulmonar previamente conhecida (**Gráfico 2**).

Significativamente a maioria dos doentes tinham 3 ou mais comorbilidades, particularmente os doentes mais graves, incluídos no G2 (78.4 vs 52.9%).

Clínica de Pneumonia Adquirida na Comunidade

Os principais sintomas descritos foram tosse (74.7%), expectoração (63.7%), mal estar inespecífico (61.5%), dispneia (60.4%) e toracalgia (53.8%). Em menos de metade dos doentes houve referência a febre (40.7%). De salientar ainda 8.1% com confusão, todos no grupo G2.

O padrão radiológico mais frequentemente identificado foi o padrão lobar (68%).

Embora tenha havido boa correlação entre os scores de CURB 65 e o PSI, esta não é perfeita, sendo que 29.4%

dos doentes do G1 estavam em classe IV de PSI (**Tabela 1**). A forma de apresentação clínica tem fraca correlação com o score de CURB 65. Os únicos sinais clínicos significativamente mais frequentes no G2 foram a dispneia e a confusão, sinais esses que se traduzem diretamente em pontuação no CURB 65.

Os doentes do grupo G1 apresentaram à admissão alterações mais acentuadas dos parâmetros laboratoriais, nomeadamente leucócitos e hematócrito mais elevados ($p=0.044$). Já os doentes do G2 tiveram retenção azotada significativamente mais elevada, traduzindo maior incidência de lesão renal aguda, mantendo-se essa diferença significativa à altura da alta hospitalar (**Tabela 2**).

Salienta-se por último, lactato mais elevado no grupo G2, diferença essa sem significado estatístico.

População idosa

A população estudada foi igualmente dividida de acordo com a idade em dois grupos (ponto de corte 80 anos). Curiosamente a presença de comorbilidades não foi significativamente diferente nos dois grupos (3.2 ± 1.7 vs 3.8 ± 1.6 , $p=0.07$). A população idosa apresentou-se mais frequentemente com CURB 65 e classe de PSI mais elevadas, como se observa na **Tabela 2** (para o que contribuíram os pontos atribuídos pela própria idade).

Também a apresentação clínica, quer sintomas quer sinais vitais, foram similares nos dois grupos em estudo. Já analiticamente verificaram-se algumas diferenças, tendo a população mais idosa hematócrito mais baixo, leucócitos, creatinina e ureia mais elevados (**Tabela 3**). O lactato na admissão foi similar nos dois grupos.

Todos os doentes receberam antibióticos, sendo a primeira escolha maioritariamente amoxicilina/ácido clavulânico (G1 52.9% vs G2 58.1%); a segunda escolha recaiu sobre a utilização de levofloxacina, principalmente no G1 (41.2% vs 27%). O tempo médio de antibioterapia no G1 foi de 8.59 ± 3.5 dias, e no G2 7.79 ± 2.9 dias. Apenas 2 doentes do G1 tiveram alteração da antibioterapia, enquanto que um em cada quatro doentes (25.7%) do G2 cumpriu segundo ciclo de antibiótico. A demora média de internamento do G1 foi não significativamente inferior (7.4 ± 5.9 vs 10.8 ± 7.1 dias, $p=0.051$).

DISCUSSÃO

Neste estudo analisamos as características clínicas e diferenças da população com PAC internada numa enfermaria de acordo com o CURB 65 e a idade. De acordo com os nossos dados, os doentes com CURB 65 mais baixo (<2) têm sinais vitais na admissão similares aos restantes. Têm, no entanto, menos vezes confusão ou dispneia na admissão e menos lesão renal aguda. O lactato é não significativamente mais baixo nesta população.

Já os doentes idosos (>80 anos) por mais vezes são admitidos na enfermaria com classes mais elevadas nos scores de gravidade. No entanto os seus sinais vitais e gasimetria são em média similares aos da população mais jovem. Por mais vezes apresentam lesão renal.

Estes dados vêm contrariar o aforismo proposto há já 100 anos por Sir William Osler de que, nos idosos a pneumonia poderia ser latente, apresentando-se sem calafrio, com tosse e expectoração ligeiras, mas com sintomas constitucionais desproporcionados, ainda que estando a febre muitas vezes ausente.

A PAC é um problema crescente entre os idosos, com incidência até quatro vezes superior aos mais jovens.⁽⁷⁾ Múltiplos fatores relacionados com o envelhecimento, como comorbilidades, estado nutricional e disfunção da deglutição, têm sido implicados no aumento da incidência de PAC neste grupo.^(8,9) Ainda assim, na nossa amostra, a apresentação inicial foi semelhante à dos doentes mais jovens. De salientar, no entanto, que também o número de comorbilidades não foi dissimilar, o que traduz uma população mais jovem já com compromisso funcional significativo, particularmente com prevalência elevada de hipertensão e insuficiência cardíaca, patologias com impacto no prognóstico, justificando provavelmente a decisão de internamento.⁽¹⁰⁾

No nosso estudo este grupo de doentes mais idosos mais vezes se apresentou com CURB 65 e PSI mais elevados. A mortalidade foi, no entanto, baixa, ainda que 75% (3 em 4) dos doentes falecidos fosse deste grupo.

Curiosamente, apesar deste score baixo, a decisão de internamento foi inconsistente em 18.7%. Esta diferença poder-se-á ter ficado a dever à necessidade de O₂ suplementar (FiO₂ >21%, G1 52.9%) e a alterações dos parâmetros analíticos (leucócitos e PCR). Em estudos similares, as principais razões apontadas para esta discrepância foram a hipoxémia (em 30 a 50% dos doentes), a falência da terapêutica de ambulatório e a descompensação de comorbilidades.^(11,12)

A necessidade de O₂ não é avaliada no score de CURB 65, ao contrário do score PSI. Essa diferença explica parcialmente o número elevado de doentes do G1 em classe IV do PSI - FiO₂ à admissão 32.4±15.9%. O score CURB 65 é limitado pela ausência de avaliação formal da hipoxémia a qual, particularmente nos doentes idosos, pode não se traduzir por aumento da frequência respiratória.

Na prática clínica, o score CURB 65 pode ter validade limitada para a identificação de risco de descompensação em doente com múltiplas comorbilidades.

A mortalidade foi muito baixa no nosso estudo, apenas 4.4%, todos de doentes do G2 (75% do G>80 anos); 50% destes doentes tinham lactato >2mmol/L na admissão. No grupo de doentes mais idosos a demora média foi mais alta (11.2±7.7 vs 10.1±7 dias).

LIMITAÇÕES

O presente estudo tem várias limitações. É retrospectivo, unicêntrico, a dimensão da amostra é reduzida, a mortalidade é baixa, não conseguimos uma distinção clara entre doentes idosos e mais jovens (em termos de comorbilidades). Os doentes mais graves avaliados no Serviço de Urgência poderão ter sido internados em Medicina Intensiva não sendo avaliados neste estudo.

Como ponto forte, temos uma amostra homogénea, validação do diagnóstico de pneumonia e avaliação extensa dos sintomas, sinais vitais e presença de comorbilidades.

CONCLUSÃO:

Apenas uma minoria dos doentes com diagnóstico de PAC foi internada com CURB 65 <2; este grupo apresentava mais tosse e mal estar, mas menos dispneia e expectoração, contudo igual necessidade de oxigenoterapia. Os doentes idosos tiveram número de comorbilidades e forma de apresentação similar aos mais jovens; a mortalidade global foi muito baixa.

BIBLIOGRAFIA

1. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1151-2102.
2. Froes F, Pereira JG, Póvoa P. Outpatient management of community-acquired pneumonia. *Curr Opin Infect Dis*. 2018;31(2):170-6.
3. Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax* 2009; 64(Suppl 3):iii1-iii55.
4. Observatório Nacional de Doenças Respiratórias. 2017.
5. Froes, et al. Morbidity and Mortality of Community-Acquired Pneumonia in Adults, in Portugal. *Acta Med Port*. 2013 Nov-Dec;26(6):644-5. Epub 2013 Dec 20.
6. Almirall J, Bolívar I, Vidal J, et al. Epidemiology of community-acquired pneumonia in adults: a population-based study. *Eur Respir J* 2000; 15:757 - 763.
7. Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infectious Diseases*. 2004.
8. Skull, S., Andrews, R., Byrnes, G., Campbell, D., Kelly, H., Brown, G. et al. (2009) Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: an Australian case-cohort study. *Epidemiol Infect*, 137: 194-202.
9. Simonetti AF, Viasus D, Garcia-Vidal C, Carratalà J. Management of community-acquired pneumonia in older adults. *Ther Adv Infect Dis*. 2014;2(1):3-16.
10. Perry TW, Pugh MJ, Waterer GW, Nakashima B, Orihuela CJ, Copeland LA, et al. Incidence of cardiovascular events after hospital admission for pneumonia. *Am J Med* 2011;124: 244e51
11. Sanz F, Restrepo MI, Fernandez E, Mortensen EM, Aguar MC, Cervera A, et al. Hypoxemia adds to the CURB-65 Pneumonia severity score in hospitalized patients with mild pneumonia. *Respir Care*. 2011; 56:612e8.
12. Stefano Aliberti, Julio Ramirez, Roberto Cosentini, Anna Maria Brambilla, et al. Low CURB-65 is of limited value in deciding discharge of patients with community-acquired pneumonia. *Elsevier* 2011, doi:10.1016/j.rmed.2011.07.006

Gráfico 1 Distribuição da população por faixas etárias.

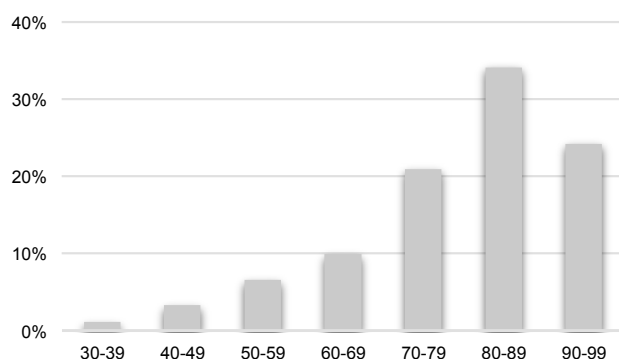
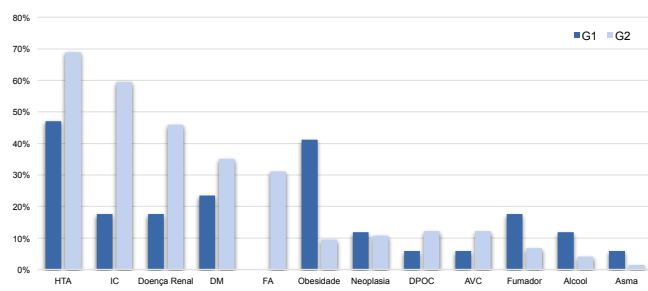


Gráfico 2 Comorbilidades de acordo com o score G1 se CURB 65: G1 <2, G2 >2.



AVC acidente vascular cerebral; DM diabetes mellitus; DPOC doença pulmonar obstrutiva crônica; FA fibrilação auricular; HTA hipertensão arterial; IC insuficiência cardíaca

Tabela 1 Características clínicas dos doentes na admissão hospitalar de acordo com o score CURB 65 e a idade.

Características	Geral	CURB 65 <2 (n=17)	CURB 65 ≥2 (n=74)	p value	G<80 (n=60)	G≥80 (n=31)	p value*
Demografia							
Homens (%)	48.4%	52.9%	47.3%	0.79	40.5%	61.2%	0.049
Idade média±DP,	79.1±13.2	60.9±13.2	83.3±9.1	<0.0001	67.9±11.1	88.6±4.6	<0.0001
CURB 65							
0	6.6%				14.30%	0%	
1	12.1%				23.80%	2%	
2	51.6%				47.6%	55.1%	<0.0001
3	25.3%				14.3%	34.7%	
4	4.4%				0%	8.2%	
PSI							
Média±DP	125±33.9	80.2±19.1	136.0±27.4	<0.0001	105.7±29	142.6±28.2	<0.0001
I	3.2%	17,60%	0%		7.1%	0%	
II	2.2%	11,80%	0%		4.8%	0%	
III	8.8%	41,20%	1,40%		19%	0%	<0.001
IV	39.6%	29,40%	41,90%		47.6%	32.7%	
V	46.2%	0%	56,80%		21.5%	67.3%	
Comorbilidades							
HTA	64.8%	47.1%	68.9%	0.1	59.5%	69.4%	0.382
IC	51.6%	17.6%	59.5%	0.003	40.5%	61.2%	0.06
Doença Renal	40.7%	17.6%	45.9%	0.053	26.2%	53.1%	0.011
DM	33%	23.5%	35.1%	0.408	28.6%	26.7%	0.504
FA	25.3%	0%	31.1%	0.005	21.4%	28.6%	0.477
Obesidade	15.4%	41.2%	9.5%	0.004	28.6%	4.1%	0.002
Critérios clínicos							
Tosse	74.7%	76.5%	74.3%	1	76.2%	73.5%	0.813
Expectoração	63.7%	47.1%	76.7%	0.616	64.3%	63.3%	1.0
Mal estar	61.5%	88.2%	55.4%	0.013	69%	55.1%	0.2
Dispneia	60.4%	29.4%	67.6%	0.006	54.8%	53.8%	0.390
Toracalgia	53.8%	52.9%	54.1%	1	57.1%	51%	0.674
Febre	40.7%	47.1%	39.2%	0.591	45.2%	36.7%	0.521
Calafrio/Arrepio	8.8%	5.9%	9.5%	1	12.1%	6.1%	0.641
Sudorese	4.4%	11.8%	2.7%	0.157	9.5%	0%	0.042
Confusão	6.6%	0%	8.1%	0.036	16.7%	34.7%	0.06
Demora média	10.2±7	7.4±5.9	10.8±7.1	0.51	8.8±5.8	11.2±7.7	0.102
Mortalidade	4.4%	0%	5.5%	1.0	2.4%	6.1%	0.621

*p value obtido por teste t-student.

Tabela 2 Sinais vitais na admissão e dados laboratoriais na admissão e alta de acordo com o CURB 65.

Características	Global	G1 (n=17)	G2 (n=74)	p value*
PAS (média±DP; mmHg)	137,3±25,2	127,8±24,5	139,5±24,5	0,103
PAM (média±DP; mmHg)	92,5±15,7	88,8±13,3	93,4±16,1	0,239
FC (média±DP; bpm)	85,1±16,4	82,9±18,1	85,6±16,0	0,548
FR (média±DP; cpm)	21,6±4,5	20,4±4,5	21,8±4,4	0,263
Avaliação Analítica				
Htc (%)				
Admissão	37,4±5,8	39,8±5,2	36,8±5,8	0,045
Alta	36,4±5,1	39,1±6,6	35,9±4,7	0,299
Leucócitos (x10 ⁹ /L)				
Admissão	12,1±5,2	14,3±6,8	11,5±4,6	0,044
Alta	9,1±3,8	9,4±3,6	9,1±3,8	0,753
PCR (mg/dL)				
Admissão	12,2±9,2	13,6±11,5	11,8±8,6	0,556
Alta	4,4±5,1	5,8±4,7	4,1±5,1	0,223
Creatinina (mg/dL)				
Admissão	1,3±0,55	0,99±0,31	1,4±0,5	<0,0001
Alta	0,98±0,47	0,68±0,28	1,05±0,47	<0,0001
Ureia (mg/dL)				
Admissão	63,4±43,6	37,1±13,1	69,5±45,9	0,005
Alta	60,5±45,7	36,2±9,7	66,1±48,9	0,014
GSA (admissão)				
PCO ₂ (mmHg)	37,6±7,7	35,6±4,1	38,1±8,2	0,239
PaO ₂ /FiO ₂	285,2±91,1	291,7±73,9	283,6±95,1	0,71
Lactato (mmol/L)	1,38±1	0,96±0,28	1,48±1,1	0,061

Legenda: BPM – batimentos por minuto; CPM ciclos por minuto; DP desvio padrão; GSA – gasometria sangue arterial; FC frequência cardíaca; FR frequência respiratória; Htc – hematócrito; PAM pressão arterial média; PAS pressão arterial sistólica; PCR proteína C reactiva.

*p value para a análise entre G1 e G2, obtido por teste t-student.

Tabela 3 Dados clínicos e analíticos na admissão hospitalar de acordo com divisão em grupos de idade.

Características	G<80 (n=31)	G>80 (n=60)	p value*
PAS (média±DP; mmHg)	135,1±24,9	139,1±25,5	0,462
PAM (média±DP; mmHg)	93,8±16,6	91,3±14,9	0,057
FC (média±DP; bpm)	87,1±16,7	83,4±16	0,294
FR (média±DP; cpm)	21,3±4,7	21,8±4,3	0,613
Avaliação Analítica			
Leucócitos (x10 ⁹ /L)			
Admissão	10,9±4,6	13,4±5,6	0,031
PCR (mg/dL)			
Admissão	11,8±9,5	12,4±9	0,8
Creatinina (mg/dL)			
Admissão	1,1±0,4	1,5±0,6	0,001
Ureia (mg/dL)			
Admissão	47,8±19,3	76,9±53,4	0,001
Htc (%)			
Admissão	39,1±5,2	35,9±5,9	0,007
Gasometria sangue arterial			
PO ₂ (mmHg)			
Admissão	73,6±15,4	66,9±17,8	0,065
PCO ₂ (mmHg)			
Admissão	36,7±7,2	38,5±8,1	0,31
PaO ₂ /FiO ₂			
Admissão	304±94,1	267,6±85,6	0,064
Lactato (mmol/L)			
Admissão	1,28±0,9	1,47±1,1	0,378

Legenda: FC frequência cardíaca; FR frequência respiratória; Htc hematócrito; PAM pressão arterial média; PAS pressão arterial sistólica; PCR proteína C reactiva,

*p value obtido por teste t-student.