

Ecourile românești ale COPD AUDIT-ului european

Florin Mihălțan

Institutul de Pneumologie
„Marius Nasta” - București

Contact:
Prof. Dr. Florin Mihălțan
Institutul Național de Pneumologie
„Marius Nasta” București
Șos. Viiilor 90, Sector 5
e-mail: mihaltan@starnets.ro

Abstract

Romanian Echoes of European COPD Audit
ERS COPD Audit's mission was to draw attention to the many problems that practitioners raised by the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations, by the comorbidities and impact of exacerbation on the patient destiny and practitioner reaction. In this Romanian article I draw attention to specific issues that arise when addressing these exacerbations to our hospitals.

Keywords: COPD, exacerbation, comorbidities

Rezumat

COPD AUDIT al ERS a avut misiunea de a atrage atenția practicienilor asupra multiplelor probleme pe care le ridică bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) prin comorbiditățile și impactul exacerbărilor asupra destinului pacientului și reacției practicianului. În acest articol atrag atenția asupra problemelor specifice românești care apar în momentul abordării acestor exacerbări în spitalele noastre.

Cuvinte-cheie: BPOC, exacerbare, comorbidități

Incluzând 19.000 de cazuri, proiectul-pilot realizat de Societatea Respiratorie Europeană și Forumul acestei Societăți Europene (FERS) a avut darul de a analiza calitatea îngrijirilor în 13 țări (422 de centre), comparând toate datele legate de recomandările ghidurilor și modalitățile de îngrijire, toate acestea referindu-se, în principal, la exacerbările din bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC)¹. A fost cea mai mare bază de exacerbări multinațională adunată până acum, și cred că rezultatele privesc prin prisma criteriilor impuse de GOLD sunt interesante, nu numai pe plan mondial, dar și pentru țara noastră. S-au făcut mai multe raportări ale acestui studiu observațional, derivate din raportările realizate per țări^{1,2,3}.

Rezultate la nivelul ansamblului studiului

Prima constatare, la nivel global, o constituie procentul mare de reinternări ale acestor exacerbări, de 35%, fapt care demonstrează dificultăți majore de management al bolii¹. La aceasta se adaugă un alt element îngrijorător: 40% din exacerbări sunt fără explorare funcțională și sunt judecate și tratate doar pe criterii clinice¹ de către un medic senior cu experiență. Se mai adaugă, ca analize suplimentare, influența diferențelor dictate de severitatea pacienților, prezența comorbidităților, disponibilitatea opțională a tratamentelor (ex.: accesul disproportionat la echipamentul de ventilație non-invazivă pentru pacienții acidotici^{1,3} și talia spitalului. Recomandarea inițiatorilor acestui audit este ca fiecare țară să facă o evaluare a rezultatelor, să identifice problemele și să vină cu acestea la reîntâlnirile pe tema COPD AUDIT, pentru continuarea acestui proiect.

Probleme românești legate de organizarea asistenței în spitalele noastre și în ambulator

Din acest motiv, am lansat această cercetare, pentru a avea o imagine completă a rezultatelor, cu deficiențele pe care le deconspiră, în acest moment, raportarea din cele 10 unități spitalicești implicate în proiect (7 dintre ele fiind cu servicii de terapie intensivă și doar 5 cu posibilități de asistare și internare de exacerbări de BPOC; toate aveau și servicii ambulatorii). Prima parte a auditului a cuprins o serie de întrebări legate de echipele de tratament, modalitățile de asistență, echipamentele tehnice disponibile.

Din 6 unități, care au răspuns la o întrebare precisă, dacă sunt capabili să trateze toate cazurile care au nevoie de VNI, doar două

spitale (33,3%)² au această posibilitate. Ne situăm, din acest punct de vedere, între cele 13 țări, la limita cea mai joasă de acoperire cu VNI. În schimb, 6 din 10 unități pot asigura ventilația invazivă mecanică. Acest fapt demonstrează că există, mai degrabă, tendința de intubație și ventilație mecanică, decât de trecere prin faza de ventilație non-invazivă, fapt demonstrat și de studiul nostru pe bază de chestionar, realizat în 2012⁴. Pe de altă parte, faptul că suntem pe lista de 13 țări, pe penultima poziție din punct de vedere al ventilației mecanice invazive, ne dovedește că nici acoperirea în terapiile intensive de specialitate nu este la nivelul dorit și cerut de standardele europene. Lucrurile stau extrem de prost la capitolul asistență la domiciliu a traheostomizaților, unde ne situăm pe ultimul loc (două unități din zece afirmând că pot susține la domiciliu această categorie de pacienți). Mergând un pas mai departe, nu ne mai surprinde faptul că și la capitolul programe de reabilitare stăm extrem de prost, posibilități de asistare în acest domeniu neexistând decât la două spitale (penultimul loc din coada clasamentului). Întrebați dacă au un program alcătuit dintr-o echipă multidisciplinară, care să pregătească pacientul pentru o externare precoce, doar un spital din zece a afirmat că face acest lucru. Este o realitate că externarea pacientului cu BPOC se face haotic, medicul, rezidentul fiind cei responsabili de externare și neexistând, la noi, asistente care să fie pregătite în domeniu pentru a prelucra pacientul la momentul deciziei externării, dar și pe parcursul ei. Surpriza vine din domeniul oxigenoterapiei, unde 80% din spitale afirmă că pot indica oxigenoterapie la domiciliu pacienților externati, conform ghidurilor, dar, de fapt, nu răspund franc la extensia întrebării, unde se adaugă dacă acest serviciu este asigurat pacienților la domiciliu.

Ecourile legate de asistența exacerbărilor de către medicii români

În partea a doua, au fost filtrate cazurile de exacerbări care au fost monitorizate pe parcursul a 90 de zile. Pacienții români au reprezentat 3,98% din totalitatea celor monitorizați (în valoare absolută, 629). Dintre aceștia, proporția de bolnavi de sex masculin internați cu exacerbări a fost printre cele mai mari din țările participante (81,2%), a doua ca frecvență, după Spania. În condițiile în care media de vârstă pe ansamblul eșantionului european a fost 72 de ani, pacienții noștri, cu o medie de 63 de ani, erau cei mai tineri din țările participante. Acest lucru este reconfirmat de faptul

ca cei sub 65 de ani reprezentau 57% din lotul de bolnavi români cu BPOC. Alte caracteristici unde suntem în top sunt: BMI-ul de 168 (media europeană fiind de 166), indexul Charlson, care influențează prognosticul prin comorbidități de 1.

Este interesantă distribuția eșantionului la bărbați, cu 13% subponderali, 28,25% supraponderali și 21,75% obezi și, respectiv, la femei cu 12,6%, 32% și 26,2%. La capitolul factori de risc, poziția noastră este sub media europeană (de 33%), cu 32,1% fumători activi (acest fapt însemnând că o treime din pacienții diagnosticați cu BPOC încă sunt fumători) și cu un consum de 35 de pachete/an (media europeană: 50 de pachete/an). La analiza comorbidităților am remarcat: un număr mic de infarcte miocardice în antecedente (5,2% versus media europeană de 13,2%), o medie de 29,4% de insuficiențe cardiace congestive (peste media europeană de 20,1%), un număr de afecțiuni periferice vasculare peste media europeană (13% versus 10,5%), de boli cerebrovasculare sub media europeană (4,5% versus 8,9%) și de demențe sub media europeană (6% versus 33,3%). Suntem în pluton la mijloc, din punctul de vedere al afecțiunilor tisulare conjunctive (1,6%), al altor tumori (6%), al leucemiilor (0,2%) și al metastazelor solide maligne (0,2%).

Surprinzător rămâne, la capitolul comorbidități, primul loc pe care-l deținem, cu 37%, pentru alte afecțiuni respiratorii cronice, cifră care este, de departe, deasupra mediei europene de 20,8%, al doilea loc la capitolul ulcer gastroduodenal (12,4% versus 6,3% media europeană) și boli hepatice ușoare (11% versus 2,7%) sau moderate și severe (3,7% versus 1,3%).

Avem, în schimb, cea mai rară asociere cu diabetul zaharat (11,9% versus media europeană de 20%) și suntem pe penultimul loc, din punctul de vedere al rarității combinației, la capitolul diabet cu leziuni de organ aflate în faze avansate (1,1% versus 1,9%), hemiplegii (0,2% versus 0,6%), boli renale moderate sau severe (2,5% versus 5,7%).

Mi se par greu de apreciat și poziționat elementele legate de prevalența HIV la pacienții cu exacerbări de BPOC, deoarece screening-ul regulat pe această temă al acestor pacienți nu a fost un criteriu în audit și problema este, probabil, subdimensionată.

Capitolul dezbateri comparativă a parametrilor legați de reinternările celor cu exacerbări arată că suntem în plutonul frunții, cu o preponderență pentru sexul masculin. Pentru paleta de investigații am observat că spirometria, la internare, la pacienții români a fost realizată la 83,5% din bolnavi, element care ne situează pe locul doi, după Belgia, și peste media europeană (de 59,6%). Această constatare se explică prin participarea, în cazul nostru, doar cu spitale de pneumoftiziologie, care au aceste posibilități de investigare. Se poate privi și în sens invers, 16,5% din pacienți nu au făcut aceste spirometrii (o parte din nerealizări fiind dictate de severitatea bolii). Avantajul unei proporții mai mari de spirometrii se poate vedea din cifrele ulterioare: un VEMS în medie de 43,15% (versus media europeană de 41%), un raport VEMS/FVC de 64,5% (versus 53%) și un paradox față de cifrele europene și din alte țări europene: prezența a foarte multor cazuri de internări de stadiu I GOLD (43,23% versus 15,3%) și II (10,76% versus 23,26%). Doar 44% din cazurile internate sunt stadiile III și IV, versus 61,4% media europeană. Aceste elemente demonstrează că încă internăm cazuri mai ușoare și că aceste exacerbări, în stadiile inițiale de boală, ajung în spitale, sărind etapa asistenței de ambulator. Pe sexe, 32,15% din femeile cu BPOC vin în stadiile III și IV, ceea ce înseamnă că mult mai multe paciente versus pacienți se internează în stadiile I și II. 97,6% din exacerbări erau

cu agravarea dispneei, 79,8% cu o mărire a volumului de spută expectorată, 64,1% cu o modificare a culorii acesteia. Toate acestea dovedesc că, aparent, exista un cumul de simptome, elocvent pentru interpretarea corectă a unei exacerbări.

Înainte de internare, pacienții foloseau următoarele medicații care, procentual, au fost apreciate comparativ față de media europeană: combinația beta 2 adrenergic de lungă durată (LABA) - corticoid inhalator (42,9% versus 57,2%), corticoizi inhalatori (6,4% versus 12,4%), anticolinergic de lungă durată (24,3% versus 46,4%), beta 2 agonști de scurtă durată (44,5% versus 59,6%).

Poate nu în mod surprinzător, am înregistrat cea mai mică rată de utilizare, anterior internării, pentru exacerbare la capitolul prescripții de LABA (0,6% versus 9,3%) și de anticolinergic de scurtă durată (5,2% versus 26,9%). LABA a fost, o perioadă lungă, absent în monoterapie pe piața românească și același lucru a fost valabil și pentru anticolinergicul de scurtă durată (mai puțin cunoscut de către practicieni în variantele generice). Tot cea mai mică rată de prescripție, dintre toate țările, o avem la corticoterapia sistemică pre-spitalizare (1,4% versus 18,5% rata europeană). Această constatare poate fi legată de prezența la internare a unui procent mai mare de stadii I și II ale pacienților sau de o utilizare mai redusă în medicina primară a acestei variante, un element îmbucurător ca alternativă. În plutonul mijlociu ne situăm când este vorba de teofiline, antibiotice în ambulator. La capitolul prescripții de oxigenoterapie, înainte de exacerbare, suntem pe ultimul loc (6,8% versus 24,8%), fapt explicat de absența unei rețele naționale de asistență la domiciliu.

Internarea în spital s-a făcut într-o proporție redusă în serviciile de terapie intensivă (4,3% versus media europeană de 11,7% sau 30,8%, cât se înregistrează în Marea Britanie). Suntem pe ultimul loc la capitolul terapiei intensive specializate (0,5% versus 2%). În schimb, se apelează mai mult la terapiile intensive nespecializate pe respirator (4,9% versus 2,7% media europeană). E o analiză reală a limitărilor existente la capitolul servicii de terapie intensivă în spitalele de pneumologie din România, care demonstrează și subțirimea serviciilor de acest gabarit din spitalele de pneumologie. Mai există un paradox, care oglindește sărăcia dotării tehnice, la capitolul insuficiențe respiratorii din secțiile obișnuite, dar și din serviciile de terapie intensivă. Un exemplu în acest sens este gazometria. Autorii Auditului european, pe bună dreptate, consideră că, la o exacerbare, gazometria ar trebui realizată în proporție de 100%. La noi, sunt doar 14,4% gazometrii, față de o medie europeană de 84,2% sau de 92,8% în Spania. În cazul celeilalte investigații, examenul radiologic, suntem aproape de media europeană (97,3% versus 98,6%), dar și aici este un mic comentariu de făcut: avem cea mai mică medie, de 7,5% radiografii normale (media europeană este de 22,2%). Din rezultate reiese că radiografiile sugerează la 11,8% bronșiectazii, la 57,4% hiperinflație (cea mai mare valoare din toate țările UE), opacități alveolare la 17%, procese de condensare la 32,6%, pleurezii la 1,1% și afectări interstițiale la 30,2% (din nou, cea mai mare valoare pe țări). Poate că una din explicații este interpretarea în exces de către pneumologii români a leziunilor interstițiale pe o radiografie. Se poate privi, totuși, din mai multe unghiuri acest rezultat: toate analizele au fost făcute de specialiști români cu competență în radiologie (uneori poate supralicitând bilanțul lezional) sau bagajul lezional și schelar al pacienților români, țara cu cea mai mare incidență de tuberculoză din UE, este mult mai mare. În condițiile în care asocierea cu cancerul pulmonar a fluc-

tuat între 0,9-5%, noi, cu 1,7%, ne situăm undeva la mijlocul plutonului.

Deschiderea „Cutiei Pandorei“ care arată frecvența medicației intraspitalicești semnaleză, la rândul ei, rezultate surprinzătoare, în varianta românească. Nimic nou, la subutilizarea de beta 2 adrenergice de scurtă durată (63,4% versus media europeană de 84,8%) și a anticolinergicilor de scurtă durată (cea mai joasă medie de utilizare, 24,5%, versus 77,7%); în schimb, o folosire peste media europeană intraspitalicească a corticoizilor inhalatori (37% versus 34,1%). Din punctul de vedere al corticoizilor sistemici, 50,7% au primit astfel de tratamente, versus 82,3% în Europa, al teofilinelor 34% (versus 14,3%), iar oxigenoterapie, doar 50,8% (cel mai mic procent, când media europeană este de 86,4%); 17,1% au primit suport ventilator non-invaziv și 0,8% invaziv, 58% fiind acidotici. Este o nouă confirmare că prea ușor se acceptă exacerbările de BPOC la noi și că avem prea mulți pacienți în stadii I și II, probabil cu forme mai simple, care nu necesită această variantă terapeutică. În același sens pledează și procentul de 78% din pacienți, unde echipa de medici a apreciat ca nu este cazul să se facă ventilație mecanică (media pe UE este de 42,2%). Nu raportăm vreo problemă de sevraj de ventilator. În schimb, antibioterapia ne situează în frunte, cu 93,3% utilizări versus 86,1% în UE. Durata medie a spitalizării a fost puțin peste media europeană (10 zile versus 8 zile).

Momentul prescrierii la externare ca medicație de urmat la domiciliu arată:

- recomandări sub media UE de beta 2 adrenergice de scurtă durată (42,9% versus 56,3%), de anticolinergic de scurtă durată (7,2% versus 24,8%);
- la LABA indicații extrem, extrem de reduse (1,9% versus 9,8%) și mai puține la LAMA (de 46,9% versus 59,8%);
- la combinațiile LABA plus corticoid suntem exact la nivelul mediei europene (69,6%);
- foarte puține prescrieri de corticoizi sistemici (3% versus 51,3%, aici noi fiind campioni), în schimb, foarte multă teofilină (43,2% versus 19,9%) și antibiotice sub media europeană (5,7% versus 11,9%);
- în aceeași notă, având în vedere lipsa asistenței la domiciliu, suntem codași la prescripțiile la domiciliu de oxigenoterapie de lungă durată (14,2% versus 30,4%), la ventilația non-invazivă la domiciliu (2,1% versus 5,3%); probabil că în rândul celor cu ventilatoare intră și cei cu overlap syndrom.

La capitolul reinternări, suntem în plutonul din mijloc, cu 19% bolnavi readmiși în spital (20,4% din bărbați și 12,8% din femei), versus media europeană de 35,1%. Explicația poate fi dedusă din procentul mai mare de forme ușoare acceptate la prima internare. Poate că din același motiv, rata de mortalitate pe perioada spitalizării a fost extrem de mică (0,4%), după Slovacia, deși avem mari probleme de asistare tehnică, așa cum am remarcat anterior. În 81,5% din cazurile noastre, reinternarea a fost datorată BPOC-ului. Decesul a fost provocat în 100% din cazuri de BPOC la pacienții noștri, iar post-externare, la 90 de zile, am fost sub media europeană (1,8% versus 6,1%, respectiv 3,4% la femei și 1,4% la bărbați). După externare, rata mortalității a fost de 1,19% (63,6% nu din cauza BPOC-ului). Mortalitatea globală – internare și post-externare – a fost de 2,2%, față de media UE de 10,8%. Cauzele pot fi multiple, așa cum apreciază și autorii și inițiatorii Auditului, de la: comorbidități, medicații la externare, prezența asistenței la domiciliu².

Concluzii

Privind în ansamblu datele, se poate concluziona că suntem descoperiți la asistența în serviciile de terapie intensivă specializată (prin numărul mic de paturi existente), la personalul specializat (fizioterapeut, specialist în asistența la domiciliu a insuficientului respirator cronic). De asemenea, nu avem programe de asistare a pacientului externat, iar bolnavii noștri cu BPOC care se internează sunt mai tineri (în medie, 63 de ani). Avem pacienți care se internează, într-o proporție substanțială, cu dispnee (80%) sau expectorație mucopulentă (64%). Dacă, anterior internării, nu excelăm în prescripțiile de antibiotice, la momentul internării se prescrie în proporție de 93%. Medicațiile existente sau nu în țară influențează rata indicațiilor, dacă mă gândesc la procentul extrem de mic de LABA și de LAMA care apar în lista prescripțiilor la nivel de spital, în ambulator pre-internare sau la externarea pacientului român cu BPOC. În final, un lucru important este că internăm prea ușor și prea repede cazuri de exacerbări din stadiile I și II, fapt care influențează, ulterior, reacțiile medicilor și rezultatele la distanță. Poate că ar trebui mai bine punctate și mai mult insistat pe asistența lor în ambulator.

Sper ca acest audit, care este un semnal pentru sistemul sanitar de la noi și pentru Casa de Asigurări, să găsească ecoul dorit și aștept cu interes demararea fazei a doua a proiectului, care poate aduce corecții de design și strategie.

Mulțumesc tuturor colaboratorilor din lista care urmează, care s-au implicat la diferite niveluri în realizarea acestui audit, pe perioadă de 6 luni și la noi în țară:

Traian Mihăescu, Cojocaru Cristian, Spital Clinic de Pneumologie Iași

Monica Carmen Pop, Mihaela Pop, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie „Leon Daniello“ Cluj-Napoca

Gabriela Jimborean, Corina Budin, Spitalul Clinic Județean Mureș

Voicu Tudorache, Zeno-Ioan Frățila, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș“ Timișoara

Mimi Floarea Nițu, Mihai Olteanu, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș“ Craiova

Cristina Oana Arghir, Mihaela Trenchea, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța

Ovidiu Frâncu, Elena Maria Scridon, Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu

Gheorghe Nini, Ioan Stelian Morariu, Spitalul TBC Arad

Sorina Oana Alexandrescu, Mureșan Alina, Spitalul de Pneumoftiziologie Brașov

Miron Bogdan, Alina Croitoru, Liliana Grigoriu, Ioana Munteanu, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta“ București ■

Bibliografie

1. Hartl S, Boltzmann L. The European COPD Audit: a pilot experience of 16 European countries. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80, 6: 501-504.
2. Roberts C.M, Hartl S, Lopez-Campos. J.S. COPD Audit 2011. AN INTERNATIONAL COMPARISON OF COPD CARE IN EUROPE – RESULTS OF THE FIRST EUROPEAN COPD AUDIT. Published by European Respiratory Society, First Edition 2012.
3. Lopez-Campos J.L, Hartl S, Pozo-Rodriguez F, Michael Roberts C, on behalf of the European COPD Audit team. European COPD Audit: design, organisation of work and methodology. *Eur Respir J* 2013; 41: 270-276.
4. Mihăițan F, Ciontu M, Deleanu O, Munteanu I. Ventilația non invazivă în România – rezultatele unui chestionar aplicat pneumologilor. *Pneumologia* 2013, vol 62, nr 1: 20-25.