

- Terá realmente o tiotrópio uma acção semelhante à cirurgia de redução de volume na DPOC?

BIBLIOGRAFIA

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. National Heart, Lung, and Blood Institute; April 2001
- O'DONNELL D et al. Measurement of symptoms, lung hyperinflation and endurance during exercise in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1557-1565
- O'DONNELL D. Assessment of bronchodilator efficacy in symptomatic COPD: is spirometry useful? *Chest* 2000;117, 42S-47S
- MARTINEZ FJ et al. Lung volume reduction improves dyspnea, dynamic hyperinflation and respiratory muscle function. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1984-1990
- NEWTON M et al. Response of lung volumes to inhaled salbutamol in a large population of patients with severe hyperinflation. *Chest* 2002;121:1042-1050.

Paula Monteiro, 03.11.28

Impacto da DPOC na América do Norte e na Europa em 2000: a perspectiva dos indivíduos na Avaliação Internacional de Confrontar a DPOC

Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of Confronting COPD International Survey

S. RENNARD, M. DECRAMER, P. CALVERLEY, N. PRIDE, J. SORIANO, P. VERMEIRE, J. VESTBO

Eur Respir J 2002; 20: 799-805

O objectivo do estudo foi o de avaliar e de quantificar a morbilidade e o peso da DPOC em doentes de vários países.

O estudo foi realizado entre Agosto 2000 e Janeiro 2001 nos EUA, Canadá e em seis países da Europa (França, Itália, Alemanha, Holanda, Espanha e Reino Unido) através de um questionário baseado no questionário da ATS com questões adicionais sobre a limitação de actividades, gravidade de sintomas diurnos e nocturnos, grau de dispneia pela escala do MRC, utilização de terapêutica e de serviços de Saúde.

O questionário foi aplicado por telefone com a duração média de 25 minutos.

A concepção do estudo implicava uma amostra de 400 doentes por país para permitir precisão igual em todos para uma prevalência de 5%.

A definição de DPOC foi de indivíduos acima dos 45 anos, com carga tabágica superior a 10 UMA, com diagnóstico de DPOC, enfisema ou bronquite crónica (BC) ou com sintomas compatíveis com BC.

De cerca de 200 000 residências contactadas em 8803 existia alguém que cumpria os critérios de diagnóstico mas cerca de 2748 não cumpriam a carga tabágica. De 5566 casos encontrados só 3304 aceitaram a entrevista.

Na população estudada, 44% eram do sexo feminino, idade média de 63 anos, 55% reformados e 46% fumadores actuais com carga tabágica de 45,2 UMA.

A avaliação pelos doentes da sua gravidade foi ligeira em 31,8%, moderada em 44,1% e grave em 21%. O *score* médio de dispneia foi de 2,6 (não são referidos valores por diferentes graus).

Tinham diagnóstico de DPOC 23,1%, enfisema 26,2%, BC 36,2% e clínica de BC 14,5%.

A prevalência média nos vários países de indivíduos acima de 45 anos, mais de 10 UMA e com critérios de DPOC foi de cerca de 4%, com valores extremos de 3,2% em França e 5,4% na Holanda.

Nos indivíduos abaixo dos 65 anos, 45% referiam limitação laboral, mas a limitação funcional nas restantes actividades de vida diária foi igual para todas as idades.

No ano anterior, 13% foram hospitalizados e 14% recorreram à urgência. Cerca de 20% não tinham sido consultados no último ano e 44% eram consultados com periodicidade anual ou semestral.

Só 45% tinham efectuado espirometria e 61% faziam medicação (25% SABA, 13% LABA, 17% anticolinérgicos, 8% teofilinas e 26% corticóides inalados).

O tratamento em 62% era efectuado pelo clínico geral.

No grau 5 de dispneia (dispneia impeditiva de sair de casa), 35,8% consideraram a sua doença ligeira ou moderada, referindo o mesmo 60,3% para o grau 4 (dispneia que obriga a parar a marcha em plano).

As conclusões dos autores foram de que se confirma o grande peso da DPOC e alta morbidade individual, com subdiagnóstico da doença,

não existe uma avaliação correcta da sua gravidade e há subtratamento da doença, subvalorizando os doentes fortemente a gravidade da doença e o impacto muito importante que tem nas suas actividades laborais e de vida diária.

COMENTÁRIOS

Este é mais um estudo que avalia a prevalência e a morbidade da DPOC, e o impacto que a gravidade clínica condiciona em termos humanos, médicos e sociais.

Foi efectuado nos países mais desenvolvidos da Europa e da América e os resultados apresentados são extremamente preocupantes em termos de subdiagnóstico, subtratamento e desvalorização pelos doentes da gravidade da sua doença e do profundo impacto que condiciona as suas vidas.

A concepção do estudo (entrevista telefónica), fornecendo muita informação sobre todos estes aspectos, não pode analisar, no entanto, com a profundidade necessária, cada um.

As principais limitações do estudo são a exclusão de indivíduos não fumadores (estima-se que 15 a 20% de indivíduos com DPOC não sejam fumadores) e a não realização de função pulmonar para confirmar e graduar a obstrução, subvalorizando a prevalência e, consequentemente, alguns de outros indicadores.

A comparação com outros estudos de prevalência, peso e impacto da DPOC é difícil por serem utilizados critérios de definição e diagnóstico epidemiológico diferentes.

No entanto, a prevalência nos países estudados é semelhante e comparativamente com o nosso estudo epidemiológico (SPP 2002), os valores parecem sobreponíveis, embora com critérios diferentes (intervalo etário e critério de diagnóstico baseado na função respiratória).

O aspecto mais interessante do estudo é o da confirmação da deficiente percepção, pelos doentes, não só da doença e das implicações em termos

de prevenção tabágica e do seu tratamento, como da sua gravidade e do profundo condicionamento que provoca na sua qualidade de vida.

Esta deficiente percepção da gravidade da doença, tão evidente em estádios de dispneia graves, limita a nossa capacidade de intervenção sobre a doença.

E se extrapolarmos estes resultados para graus menos graves, podemos concluir que é premente uma intervenção global fortemente activa para a necessidade do diagnóstico, o mais precoce possível, de forma a podermos intervir adequadamente na evolução da doença nos indivíduos expostos a factores de risco.

Se admitirmos que em Portugal também cerca de 62% dos doentes são tratados pela clínica geral, é fundamental que a aplicação da iniciativa GOLD passe fundamentalmente pelos cuidados primários e que as autoridades de Saúde tenham essa consciência e lhe dêem a importância necessária.

Em Portugal apenas existem dados parciais sobre o peso da DPOC em termos de morbilidade e mortalidade, mas o mesmo acontece em países europeus e americanos, como demonstra este estudo.

Esta realidade está na base de um projecto de avaliação a nível mundial do peso da DPOC, aplicando a mesma metodologia em todos os países, e será de toda a importância que o nosso país participe nesse projecto.

MENSAGEM

- Em países desenvolvidos da Europa e da América do Norte, a DPOC é uma patologia subdiagnosticada e subtratada, com elevada morbilidade individual e grande peso social.
- Apenas 45% dos doentes efectuaram estudo da função respiratória, só 61% efectuam tratamento, a periodicidade da consulta é su-

perior a 6 meses em 64% e 62% são tratados pelo clínico geral.

- Nos estádios da doença com dispneia grave, entre 38% e 60% dos doentes consideram a sua doença ligeira ou moderada, desvalorizando fortemente a gravidade da doença e o profundo impacto que condiciona e limita a sua qualidade de vida diária.

João Cardoso, 03.11.03

Broncoscopia rígida – complicações num hospital universitário

Rigid bronchoscopy – complications in a university hospital

MARTA DRUMMOND, ADRIANA MAGALHÃES,
VENCESLAU HESPANHOL, AGOSTINHO MARQUES

Pulmonology Department, Hospital S. João, Porto, Portugal

Journal of Bronchology 2003; 10(3): 177-182

RESUMO

Neste estudo, os autores decidiram identificar as principais complicações relacionadas com a Broncoscopia Rígida (BR) e analisar os factores de risco possíveis.