

MENSAGEM

- A terapêutica com cloridrato de bupropiona quer isolada quer associada com substitutos nicotínicos apresenta maior eficácia clínica que o placebo ou a terapêutica de substituição de nicotina em monoterapia.
- Os efeitos adversos da bupropiona parecem pouco significativos quando considerados os benefícios da sua utilização na cessação tabágica.

BIBLIOGRAFIA

- COVEY LS, SULLIVAN MA, JOHNSTON JA, GLASSMAN AH, ROBINSON MD, ADAMS DP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs* 2000; 59(1):17 - 31.
- HENNINGFIELD JE, FANT RV AND GOPALAN L. Non-nicotine medications for smoking cessation. *The Resp. Dis.* 1998; 19(8) Supplement.
- HOLM KJ, SPENCER CM. Bupropion. A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59(4):1007 -1024.
- HURT RD, SACHS DPL, GLOVER ED et al. A comparison of sustained - release bupropion and placebo for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.* 1997; 337:1195-1202.
- LILLINGTON GA, LEONARD CT AND SACHS D. Smoking cessation. Techniques and benefits. *Clin. Chest Med.* 2000; 21 (1):199 -208.

Fátima Caeiro, 01.03.19

"Hospital em Casa" *versus* internamento hospitalar para doentes com exacerbação de DPOC: Estudo prospectivo, controlado e randomizado.

"Hospital at Home" *versus* hospital care in patients with exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prospective randomised controlled trial.

L DAVIS, M WILKINSON, S BONNER,
P M A CALVERLEY, R M ANGUS

BMJ 2000; 321:1265-1268.

RESUMO

O objectivo do estudo foi comparar o tratamento "hospitalar em casa" com o tratamento em internamento hospitalar na exacerbação da DPOC.

O local de realização do estudo foi o Hospital Universitário Aintree, em Liverpool.

A população alvo foi seleccionada a partir de doentes com DPOC agudizada encaminhados ao Serviço de Urgência para internamento hospitalar, após avaliação médica inicial nos Cuidados Primários.

Como critérios de inclusão salienta-se:

FEV₁ < 80% do valor predictivo;

Frequência cardíaca < 100 ciclos/min;

pH > 7.35, PaO₂ > 7.3 kPa (55mmHg), PaCO₂ < 8kPa (60mmHg).

A presença de pneumotórax, pneumonia ou insuficiência ventricular esquerda grave, assim como a necessidade de cuidados de enfermagem permanentes

ou de terapêutica endovenosa, foram considerados critérios de exclusão.

A intervenção clínica com cuidados de enfermagem no domicílio foi efectuada num grupo de doentes randomizados numa proporção de 2/1 em alternativa ao internamento hospitalar.

O grupo de doentes tratado no domicílio envolveu uma equipa composta por enfermeiro especialista, clínico geral e suporte social. Foi fornecido nebulizadores para aerossolterapia com salbutamol e brometo de ipratropium, e prescrito corticóides orais e antibióticos. Em caso de agravamento os doentes poderiam ser referenciados para internamento.

Os mesmos fármacos foram administrados aos doentes internados com restante intervenção da responsabilidade do clínico hospitalar.

As medidas de avaliação de resultados foram:

Percentagem de internamento às duas semanas e aos três meses; Alterações no FEV₁ em relação ao basal nas mesmas datas;

Mortalidade.

Quanto aos resultados, dos 583 doentes com DPOC agudizada referenciados para internamento, 192 preenchiam os critérios de selecção mas 42 recusaram participar no estudo.

Assim, 100 doentes foram randomizados para tratamento no domicílio, 9 dos quais vieram a necessitar de internamento hospitalar nas primeiras duas semanas.

Os 50 doentes tratados no Hospital tiveram uma média de internamento de cinco dias. A avaliação dos dois grupos não revelou diferenças significativas em relação:

FEV₁ após broncodilatação. O valor à entrada foi de 36.1% do predictivo no grupo tratado no domicílio e de 35.1 % no grupo hospitalar. Na segunda semana o valor foi respectivamente 42.6% e 42.1 % e ao terceiro mês 41.5% e 41.9%:

Internamento aos três meses após a alta, cuja percentagem foi 37% no grupo tratado em casa e 34% no grupo sujeito a cuidados hospitalares;

Mortalidade, respectivamente de 9% e 8% em cada grupo.

Em conclusão, os autores consideram que os cuidados hospitalares em casa são uma prática alternativa ao internamento imediato, em casos seleccionados de doentes com exacerbação de DPOC.

COMENTÁRIO

Os programas de cuidados domiciliários aos doentes com DPOC têm vindo a obter o apoio crescente da classe médica, dado ter vindo a ser demonstrado a redução das admissões hospitalares e do número de dias de internamento, com consequente redução dos custos^{1,2}.

A outra vertente do apoio domiciliário, os cuidados diferenciados ("hospital em casa"), dirigida a doentes agudizados foi já alvo de estudos anteriores^{3,4}.

Contudo, este é considerado o primeiro estudo prospectivo randomizado e controlado que demonstra que o tratamento hospitalar em casa, decidido no serviço de Urgência, é tão eficaz como o internamento hospitalar em casos seleccionados de DPOC agudizada.

A selecção de doentes levou à exclusão de 2/3 dos casos observados mostrando que a maioria dos doentes com DPOC agudizada apresenta falência respiratória, co-morbilidades *major* ou problemas sociais importantes que motivam o internamento.

Na apreciação do estudo dever-se-á também salientar que em alguns casos a decisão de internamento poderia ser questionada atendendo aos valores da gasometria arterial. O facto de no Sistema de Saúde em causa os doentes terem sido de início avaliados nos Cuidados Primários e só depois referenciados como "casos para internamento" poderá ter influenciado a inclusão no estudo de doentes que noutras circunstâncias seriam à partida considerados casos para tratamento ambulatorio.

O estudo lança o desafio para o tratamento de casos seleccionados de exacerbação de DPOC em regime de "hospital em casa". Convém salientar que isto envolve uma equipa multi-disciplinar com enfermeiro especialista, médico de família e assistência social.

Refira-se que o número de visitas de enfermagem

ao domicílio por doente foi de 2 por dia nos 3 primeiros dias, completado com apoio nocturno da enfermagem do Centro de Saúde, e que 24 doentes receberam em média 20 horas de apoio social durante o período de agudização, sugerindo um envolvimento significativo de recursos extra-hospitalares. O êxito do estudo em relação aos parâmetros clínicos avaliados justifica uma posterior análise de custos.

Palavras-chave Cuidados domiciliários. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Hospital em casa

MENSAGEM

- Um considerável número de casos de DPOC agudizada, sem co-morbilidades *major* ou insuficiência respiratória aguda, necessita contudo de um nível de cuidados/vigilância que implicam a opção pelo internamento.
- Neste grupo de doentes, o tratamento domiciliário semelhante ao tratamento hospitalar graças ao suporte adequado, é seguro e factível como o demonstrou este estudo.

BIBLIOGRAFIA

1. CLINI E, VITACCA M, FOGGIO K, SIMONI P, AMBROSINO M. Long term home care programmes may reduce hospital admissions in COPD with chronic hypercapnia. *Eur Respir J* 1996; 9 (8):1605-1610.
2. FARRERO E, ESCARRABILL J, PRATS E, MADERAL M, MANRESA F. Impact of hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 2001; 119(2): 364-369.
3. SHEPPERD S, HARDWOOD D, JENKINSON C, GRAY A, VESSY M, MORGAN P. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatients hospital care: three month follow-up of health outcomes. *BMJ* 1998; 316:1786-1791.
4. GRAVIL JH, AI-RAWAS AO, COTTON MM, FLANIGAN U, IRWIN A, STEVENSON RD. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998; 351:1853-1855.

Maria de Lurdes Carvalho, 01/03/8

Broncofibroscopia. A atropina é necessária como pré-medicação?

Flexible Bronchoscopy. Is atropine necessary for premedication?

H. CANAN HASANOGLU, MUNIRE GOKIRMAK, ZEKI YLDIRIM, NURHAN KOKSAL, YASAR COKKESER

Department of Pulmonary Medicine and Otorhinolaryngology, Inonu University, School of Medicine, Turgu Ozal Medical Center Malatya, Turkey.

Journal of Bronchology 2001; 8: 5-9.

RESUMO

Os autores decidiram analisar a importância da **atropina** como **premedicação** na **broncofibroscopia** (BFB).

Avaliaram 93 doentes que iam ser submetidos à **BFB** e dividiram-nos em dois grupos.

O primeiro grupo (I) era constituído por doentes a quem foi administrado 10mg de diazepam i.m., enquanto que o segundo grupo (II) era constituído por doentes a quem foram administrados 10mg de diazepam i.m. e 0,5 mg de **atropina** i.m..

A tensão arterial e o pulso foram monitorizados durante e depois da **BFB**. A glicémia também foi monitorizada antes e depois da **BFB**.

A quantidade de secreções brônquicas e as complicações foram registadas durante e depois do exame.

As tensões arteriais foram elevadas em ambos os grupos mas só a diastólica foi significativamente mais elevada comparada com a diastólica medida antes do exame, no grupo que fez **atropina**. Não havia diferenças na comparação intergrupos.