

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.

A frequência do pulso estava elevada em ambos os grupos antes e depois da **BFB**. O aumento da frequência do pulso no grupo II era significativamente maior quando comparada com o grupo I ($<0,05$).

A glicemia era significativamente maior depois do exame do que antes do exame, contudo não há diferenças significativas entre os dois grupos.

As complicações e a produção de secreções brônquicas foram idênticas nos dois grupos.

A administração de **atropina** como **premedicação** na **BFB** não mostrou ter vantagens, pelo contrário poderá ter algumas desvantagens potenciais, tais como hiperglicemias em doentes diabéticos e taquiarritmias nos doentes cardíacos.

COMENTÁRIO

A **BFB** começou a ser realizada em 1970 habitualmente com **premedicação**, **atropina** e sedativos.

As complicações relacionadas com o exame e com a medicação oscilava entre 0,1% e 11%. Contudo, com a experiência adquirida constatou-se que as complicações eram particularmente relacionadas com as técnicas complementares da **BFB**, tais como: biópsia brônquica, biópsia pulmonar transbrônquica, escovado brônquico e lavado broncoalveolar. Constatou-se, ainda, que 56% das complicações registadas eram relacionadas com as drogas usadas na **premedicação**.

A **BFB** é considerada actualmente um exame invasivo com complicações mínimas e de grande utilidade diagnóstica.

Consideramos o trabalho oportuno, pois permitiu constatar não existirem vantagens na **premedicação** com **atropina**, podendo haver potenciais complicações.

As vantagens antisialogogas da **atropina** parecem não ser tão importantes que obriguem correr os riscos das suas potenciais desvantagens, particularmente as taquiarritmias.

O mecanismo broncodilatador, que levava à utilização da **atropina** nos doentes com asma brôn-

quica, foi ultrapassado com a utilização do brometo de ipratrópio inalado antes do exame, prevenindo assim o broncoespasmo desencadeado pela lidocaina.

As reacções vagais eram outro dos motivos para utilização da atropina como profilático. A ansiedade que acompanha estes doentes é responsável pelas reacções vagais. Esta pode ser diminuída pela informação pormenorizada sobre o exame e por uma anestesia local bem realizada, o que facilita a realização da **BFB** diminuindo assim a necessidade de utilização de **atropina** como profiláctica das reacções vagais.

A nossa experiência vem de encontro aos resultados deste grupo, pois não utilizamos de um modo geral qualquer tipo de **premedicação**, mas realizamos uma informação pormenorizada sobre o exame e uma anestesia local o mais correcta possível.

Palavras-chave: Broncofibroscopia (BFB), Atropina, Premedicação.

MENSAGEM

- A **BFB** é um exame invasivo de grande importância diagnóstica com complicações mínimas.
- As drogas utilizadas na **premedicação** são responsáveis por 56% das complicações relacionadas com a **BFB**.
- A **atropina** não tem vantagens em ser utilizada como **premedicação**.

BIBLIOGRAFIA

- BAER GA, ANNILA A. Atropine as premedication for anesthesia and bronchoscopy (letter). *Lancet* 1995; 345: 1375.
- COLT HG, MORRIS JF. Fiberoptic bronchoscopy without premedication: a retrospective study. *Chest* 1990; 98: 1327-1330.
- COWL CT, PRAKASH UBS, KRUGER BR. The role of anticholinergics in bronchoscopy: a randomized clinical trial. *Chest* 2000; 118: 188-192.

- MATOT I, KRAMER MR, GLANTZ L et al. Myocardial ischemia in sedated patients undergoing fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1997; 112: 1454-1458.
- WILLIAMS T, BROOKS T, WARD C. The role of atropine medication in fiberoptic bronchoscopy using intravenous midazolam sedation. *Chest* 1998; 113: 1394-1398.

J. Rosal Gonçalves, 01.03.21

O Talco deve ser utilizado para Pleurodese

O Talco não deve ser utilizado para Pleurodese

Talc should be used for Pleurodesis

Talc should not be used for Pleurodesis

STEVEN A. SAHN, RICHARD W. LIGHT

Am J Respir Crit Care Med 2000;162: 2023-2026

RESUMO

A pleurodese está recomendada nos derrames pleurais malignos quando o tumor não é sensível à quimioterapia. Apresenta taxas de sucesso variáveis em parte justificadas pelos diferentes agentes e doses utilizadas, a seleção de doentes e o tipo de técnica aplicada. O talco parece ser o agente mais eficaz de pleurodese.

Steven Sahn defende que o **talco deve ser utilizado para pleurodese**, apoiando a sua opinião em diferentes factores:

Mecanismo da pleurodese para talcagem – o talco após contacto com as células mesoteliais promove um influxo de neutrófilos IL₈ mediados e posterior acumulação de macrófagos, diminuição da actividade fibrinolítica e aumento do factor de crescimento dos fibroblastos. Quando o tumor reveste uma grande área de mesotélio, a pleurodese não é tão eficaz.

Eficácia – uma revisão da literatura inglesa de 1966 a 1994 constatou que o talco foi o agente mais eficaz de pleurodese, com uma taxa de sucesso de 93%, comparada com a da tetraciclina de 67%, doxiciclina de 72% e bleomicina de 54%. Outras séries revelaram uma taxa de sucesso do talco sempre superior a 91 %.

Custo – o talco é pouco dispendioso e se aplicado em suspensão ("slurry") por tubo de toracostomia ainda reduz mais os custos inerentes a uma toracosopia quando se utiliza o talco em pó, apresentando estas duas técnicas, taxas de eficácia semelhantes. **Reacções Adversas Minor e Major Agudas** – a toracalgia e a febre são os efeitos adversos mais frequentes de todos os agentes de pleurodese. A toracalgia surge em 7% dos doentes submetidos a pleurodese com talco, em 28% com a bleomicina e 40% com a doxiciclina. A tetraciclina provoca geralmente toracalgia grave. A febre surge entre 16 a 69% após talcagem não ultrapassando as 72 horas.

As reacções adversas graves são raras e incluem o empiema, arritmia cardíaca e insuficiência respiratória. Se o talco é estéril e a técnica asséptica, a incidência de empiema é nula. A insuficiência respiratória é a iatrogenia mais grave podendo manifestar-se até 48 horas após talcagem (numa série de 2393 doentes a incidência foi de 0,718%). São apontados vários factores desencadeantes como o edema pulmonar de reexpansão, excesso de dose do talco, sépsis, síndrome de resposta inflamatória sistémica, a DPOC, metastização sistémica, entre outros.

O autor conclui que o talco é o agente de pleurodese mais eficaz e que a insuficiência respiratória relacionada eventualmente com a talcagem, necessita de uma análise mais profunda para se considerar definitivamente o talco como o agente ideal.