

Nesta secção comentam-se POEMs editados em várias publicações. O termo POEM refere-se a 'Patient-Oriented Evidence that Matters', ou seja 'Evidência que Interessa, Orientada para o Paciente'; são elaborados a partir de estudos de metodologia robusta, sobretudo aleatorizados, meta-análises, revisões sistemáticas e normas de orientação clínica (NOC's) validadas, com resultados ('outcomes') orientados para o paciente. Para informação adicional, consulte o número de Novembro/Dezembro de 2005.<sup>1</sup>

Para a leitura correcta e simples dos POEMs, a RPCG publicou no número de Maio/Junho de 2006 um glossário de termos e níveis de evidência que é um auxiliar para a compreensão da taxonomia de graduação de evidência (LOE) que é aplicada na apresentação das conclusões de cada POEM.<sup>2</sup>

As propostas de texto ou de colaboração para esta secção deverão ser enviadas para o endereço [poems.rpcg@gmail.com](mailto:poems.rpcg@gmail.com).

1. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. Rev Port Clin Geral 2005; 21: 631-4.

2. Mateus A, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. Rev Port Clin Geral 2006; 22: 400-4.

## A FALTA DE EFICÁCIA DA DEXAMETASONA NA BRONQUIOLITE

Comentário ao POEM: "Dexamethasone not effective for bronchiolitis". Disponível em: URL: <http://www.infoPOEMs.com> [acedido em 04/10/2007]

Referência: Corneli HM, Zorc JJ, Majahan P, Shaw KN, Holubkov R, Reeves SD, et al., for the Bronchiolitis Study Group of the Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). A multicenter, randomized, controlled trial of dexamethasone for bronchiolitis. N Engl J Med 2007 Jul 26; 357 (4): 331-9.

Os estudos existentes até à data que se referiam ao uso de corticoterapia eram pouco representativos dada a pequena amostragem, de qualidade limitada ou registavam resultados contraditórios. Apesar do anteriormente referido, o uso de corticoterapia numa crise de bronquiolite é frequente.

### Questão clínica

A dexametasona é eficaz no tratamento da bronquiolite?

### Desenho do estudo

Os autores deste estudo realizaram um ensaio clínico controlado, aleatorizado, duplamente cego, que envolveu 600 crianças com idades compreendidas entre os 2 e 12 meses que se dirigissem a um dos vin-

te serviços de urgência existentes, com uma primeira crise de bronquiolite moderada a severa. A crise definia-se por pieira com uma duração de 7 dias após início dos sintomas. As crianças foram divididas em 2 grupos: um recebia dexametasona oral 1 mg/kg de peso (dose máxima = 12 mg); o outro grupo recebia placebo. A intenção durante a análise era tratar o episódio. A idade média das crianças era de 5 meses. A frequência respiratória média encontrada foi de 53 ciclos/minuto, com saturação de oxigénio de 96%. Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos quanto a:

- necessidade de hospitalização (39,7% nos que tomaram dexametasona e 41% no placebo);
- tempo de permanência na urgência;
- hospitalizações posteriores;
- frequência respiratória ou *score* dos sintomas.

### Conclusão

A dexametasona oral não constitui uma terapêutica eficaz na bronquiolite moderada a severa. (LOE = 1b)

Raquel Maria Martins Marques  
C.S. Valongo e Ermesinde – Unidade de Saúde de Ermesinde

## OS BLOQUEADORES ALFA E OS BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO PODEM FACILITAR A ELIMINAÇÃO DOS CÁLCULOS RENAI

Comentário ao POEM: "Alpha-blocker or nifedipine may help pass kidney stones". Disponível em: URL: <http://www.infoPOEMs.com> [acedido em 24/01/(2008)].

Referência: Singh A, Alter HJ, Littlepage A. A systematic review of medical therapy to facilitate passage of ureteral calculi. Ann Emerg Med 2007 Nov; 50 (5): 552-63.

### Questão clínica

Poderá o tratamento médico facilitar a eliminação dos cálculos ureterais?

### Resumo do estudo

Os investigadores que conduziram esta meta-análise combinaram os resultados de pequenos estudos que avaliavam a eficácia dos bloqueadores dos receptores adrenérgicos alfa, dos bloqueadores dos canais de cálcio ou de ambos na melhoria da passagem dos cálculos ureterais. A meta-análise foi bem realizada. Dois autores pesquisaram de forma independente as bases de dados da MEDLINE, EMBASE e Cochrane, em busca de estudos aleatorizados. Efetuaram ainda uma pesquisa manual de jornais de Urologia e de actas de conferências. Dois dos autores resumiram os dados também de modo independente. Foram identificados 22 estudos. Só um deles foi considerado de boa qualidade, com um resultado de 3 (em 5 possíveis) na escala de *Jadad*, com os restantes a obterem um resultado de 1 ou 2. Apenas um dos estudos foi cego e os investigadores não referiram nos estudos se a colocação foi ocultada. Foi encontrada uma heterogeneidade ligeira entre os ensaios com bloqueador alfa, assim como evidência de viés de publicação. Os bloqueadores alfa, principalmente a tansulosina, foram estudados em 16 ensaios envolvendo 1.235 homens. Nove estudos avaliaram o tempo para a expulsão do

cálculo em doentes com cálculos de 3 a 18 mm de dimensão, localizados na porção distal do ureter, tendo havido uma melhoria média de 2 a 6 dias no tempo de passagem do cálculo (risco relativo: 1,59 [IC 95%, 1,44-1,75], NNT: 3,3 [IC 95%, 2,1-4,5]). Os bloqueadores dos canais de cálcio foram estudados em 9 ensaios de 686 pacientes com um tamanho médio dos cálculos superior a 5 mm, localizados em qualquer nível do ureter. A redução média de tempo para a eliminação dos cálculos não foi referida, embora a passagem do cálculo fosse mais provável, em média, com o tratamento (risco relativo = 1,50 [IC 95 %, 1,34-1,68], NNT: 3,9 [IC 95%, 3,2-4,6]).

### Conclusão

Esta meta-análise de estudos de menor qualidade revela que a eliminação dos cálculos ureterais pode ser facilitada através do tratamento dos doentes com um bloqueador dos receptores alfa, como a tansulosina, ou um bloqueador dos canais de cálcio, como a nifedipina. Estudos de melhor qualidade poderão refutar estes achados mas, por enquanto, qualquer uma destas abordagens é uma opção. (LOE = 1a)

Rui Lima  
Centro de Saúde de Campanhã – Porto

## IBUPROFENO: MELHOR ANALGESIA NUMA ÚNICA DOSE

Comentário ao POEM "ibuprofen better analgesic after a single dose", disponível no site [www.infoPOEMS.com](http://www.infoPOEMS.com) (acedido em 27/07/2007).

Referência: Clark E, Plint AC, Correll R, Gaboury I, Passi B. A randomized, controlled trial of acetaminophen, ibuprofen, and codeine for acute pain relief in children with musculoskeletal trauma. *Pediatrics* 2007 Mar; 119 (3): 460-7.

### Pergunta clínica

Qual o analgésico mais eficaz em

crianças com trauma músculo-esquelético?

O objectivo do estudo foi o de determinar, entre ibuprofeno, paracetamol e codeína, administrados por via oral, numa dose única, qual proporcionava uma analgesia mais eficaz em crianças que se apresentassem a um departamento de urgência com trauma músculo-esquelético.

Trata-se de um estudo controlado aleatorizado, duplamente cego, realizado entre Maio de 2002 e Janeiro de 2003 num Hospital em Ottawa, Canadá, no Serviço de Urgência (SU). Foram seleccionadas crianças entre os 6 e os 17 anos de idade, que se apresentaram ao ED com trauma músculo-esquelético ocorrido nas últimas 48 horas. Foram excluídas as crianças com contra-indicação ao uso dos fármacos, com fractura exposta, com compromisso cognitivo importante, que necessitavam de ressuscitação ou de posicionamento dum cateter e as que receberam medicação analgésica em horas anteriores.

Foram administrados aleatoriamente 15 mg/kg de paracetamol (máx.: 650 mg), 10 mg/kg de ibuprofeno (máx.: 600 mg), ou 1 mg/kg de codeína (máx.: 60 mg) por via oral. As apresentações dos fármacos eram líquidas, iguais em cor e em sabor.

Foi utilizada a escala analógica visual (VAS) para determinar a intensidade da dor ao momento 0 e a cada 30 minutos durante duas horas.

As crianças foram questionadas aos 60 minutos e a cada 30 minutos quanto à necessidade de analgesia adicional.

Foi assegurado o seguimento (*follow-up*) durante dois dias, através de contacto telefónico. Foi rastreado o aparecimento de efeitos laterais.

O indicador principal escolhido

foi a modificação da linha de base na VAS, referida pelo doente, 60 minutos após ter recebido a medicação. Foi considerada uma alteração clinicamente importante uma variação de 9 a 18 mm na pontuação da VAS.

Foram estabelecidos como indicadores secundários a mudança na VAS da linha de base aos 30, 90 e 120 minutos, a necessidade de analgesia adicional e o número de doentes que atingiram uma VAS inferior a 30 mm (considerada como analgesia adequada) aos 60 e aos 120 minutos.

De um total de 801 crianças foram seleccionadas 336 posteriormente divididas em 3 grupos que apresentavam características de base semelhantes.

Aos 60 minutos as pontuações diminuíram em média 24 mm no grupo medicado com ibuprofeno (I), com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ) em relação ao grupo do paracetamol (P) que apresentava uma média de 12 mm e ao grupo da codeína (C) com média de 11 mm.

No grupo I, um maior número de crianças (52%) conseguiu atingir um analgesia adequada (indicador secundário) aos 60 minutos, com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ) em relação ao grupo P (36%) e ao grupo C (40%).

Não existiram nos 3 grupos diferenças estatisticamente significativas relativamente a necessidade de analgesia suplementar.

Não foram relatados efeitos laterais significativos nos 3 grupos.

As diferenças resultaram ser mais pronunciadas considerando diferentes subgrupos de crianças. Aos 60 e aos 120 minutos, o ibuprofeno resultou auxiliar uma melhor redução da dor (-29 mm e -41 mm na VAS respectivamente) em relação ao paracetamol (-14 mm e -20 mm na

VAS) e à codeína (-7 mm e -13 mm na VAS) nas crianças com fracturas, com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ). O mesmo não se verificou nas crianças com lesões dos tecidos moles.

Em resumo, o ibuprofeno providenciou um melhor alívio da dor aguda nestas crianças, em relação ao paracetamol e à codeína, permitindo ainda uma maior possibilidade de obter uma analgesia adequada.

Os autores concluem que, para crianças que se apresentam a um departamento de urgência por dor devida a um traumatismo músculo-esquelético agudo, uma única dose de ibuprofeno proporciona um melhor alívio da dor do que uma dose de paracetamol ou codeína. **(LOE=1b)**.

Benedetta Disaró  
USF Fânzeres, Rio Tinto. Porto

## A PREDNISOLONA, E NÃO O ACICLOVIR, É EFICAZ NA PARALISIA DE BELL

Comentário ao POEM: Prednisolone but not acyclovir effective for Bell's palsy. Disponível em: URL: <http://www.infoPOEMS.com> [acedido em 14/12/2007].

Referência: Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007 Oct 18; 357 (16): 1598-1607.

Vários estudos de pequena dimen-

são encontraram evidência inconsistente relativamente ao benefício dos corticóides ou dos agentes antivirais na paralisia de Bell.

### Questão clínica

Será que a prednisolona ou o aciclovir induzem melhorias nos doentes com paralisia de Bell?

### Desenho do estudo

Os autores realizaram um ensaio clínico aleatorizado, controlado e duplamente cego na Escócia, apoiado por fundos governamentais.

Os doentes foram aleatorizados em quatro grupos com diferentes terapêuticas: 25 mg de prednisolona, 2 vezes dia, durante 10 dias; aciclovir 400 mg, 5 tomas dia, durante 10 dias; terapêutica dupla (prednisolona e aciclovir) e um último com placebo. Todos os doentes com idades superiores a 16 anos e com sinais de paralisia de Bell, identificados nos cuidados de saúde primários ou nos serviços de urgência hospitalares, foram referenciados num prazo máximo de 72 horas para a especialidade de Otorrinolaringologia onde foi confirmada a sua elegibilidade e se procedeu à aleatorização em 4 grupos. No total, foram seleccionados 551 doentes. Perderam-se cerca de 10% durante o *follow-up*. Os resultados do tratamento foram avaliados segundo a Escala de House-

Brackmann (escala de 1 a 6, sendo que 1 é normal). Aos 9 meses, os doentes tratados com prednisolona tinham maior probabilidade de obter um grau 1 na Escala de House-Brackman (94,4% vs 81,6% com valor  $P < 0,001$ ; NNT=8 e intervalo de confiança de 95% (5,4-14)). O mesmo resultado foi observado aos 3 meses de tratamento (NNT=5,2). Por sua vez, não foram registados quaisquer benefícios com a administração do aciclovir. Não foram avaliadas diferenças clínicas significativas entre os fármacos para quaisquer dos resultados secundários como utilidade na saúde, dor ou na Escala de Aparência de Derriford. A combinação de prednisolona e aciclovir não demonstrou ser mais eficaz do que a administração de prednisolona isolada.

### Conclusão

A administração de prednisolona na posologia de 25 mg *per os*, 2 vezes dia, durante 10 dias, melhora a aparência e funcionalidade a longo prazo em doentes com paralisia de Bell. O aciclovir não demonstrou tais resultados e não deveria ser utilizado. **(LOE=1b)**

Sabrina Pedone  
C.S. Paredes/Rebordosa – Ext. Saúde Sobreira