

### Pergunta Clínica?

#### Qual é a melhor estratégia para a infecção do trato respiratório inferior não complicada?

*Little et al* realizaram um estudo clínico aleatorizado cego, com objectivo de determinar a eficácia de três estratégias de prescrição, assim como a eficácia de folheto informativo.

Foram incluídos pacientes com mais de três anos com doença aguda não complicada que se apresentassem aos cuidados primários com pelo menos um sintoma ou sinal localizado ao tracto respiratório baixo (expectoração, dor torácica, dispneia e pieira). Foram excluídos pacientes com sinais e sintomas sugestivos de pneumonia e doentes com asma ou outras doenças crónicas.

Entraram no estudo 807 pacientes, que foram aleatorizados em seis grupos. O primeiro factor de aleatorização foi a entrega ou não de folheto informativo e o segundo factor a prescrição de ATB, dividindo os pacientes em três grupos de prescrição: ATB imediato (n=262), ATB não imediato (n=272) e sem ATB (n=73). Cerca de metade de cada um destes três grupos recebeu folheto informativo, enquanto a outra metade não recebeu. A ATB não imediata foi definida como o aconselhamento da sua utilização se os sintomas não se resolvessem em 14 dias. Os ATB prescritos foram a amoxicilina 250mg 3 vezes por dia durante dez dias ou 250mg de eritromicina quatro vezes por dia se alergia à penicilina.

Cada paciente completou um diário de sintomas que incluía utilização de medicação antipirética e seis sintomas (tosse, dispneia, expectoração, bem-estar, perturbação do sono e distúrbio das actividades diárias) e uma escala de *Likert* de satisfação. Os resultados (*outcomes*) pri-

mários foram a duração e a gravidade dos sintomas.

As diferenças nas características de base entre os grupos não foram estatisticamente significativas. Um total de 562 pacientes (70%) preencheu os diários completos após três semanas.

Usando uma análise de intenção para tratar, não houve diferenças na duração e gravidade de nenhum dos sintomas avaliados entre os pacientes que receberam e os que não receberam ATB. A duração dos «sintomas moderadamente maus» (pontuação > 4 em 6) foi reduzida em apenas um dia com o ATB (-1,08; IC 95% -2,01 a -0,09;  $p=0,03$ ). Comparando com o grupo com ATB imediato, ligeiramente menos pacientes dos grupos com ATB não imediato ou sem ATB utilizaram ATB (96%, 20% e 16% respectivamente;  $p<0,001$ ), menos pacientes ficaram muito satisfeitos (86%, 77% e 72% respectivamente;  $p=0,0051$ ) e menos pacientes acreditavam nos ATB (75%, 40% e 47% respectivamente;  $p<0,001$ ). Os folhetos informativos não tiveram qualquer efeito nos resultados (*outcomes*) avaliados. No mês a seguir houve menos necessidade de nova consulta com a prescrição de ATB imediato ou não imediato, do que com a não prescrição ( $p=0,04$ ). Obteve-se um aumento destas consultas naqueles pacientes em que se entregou o folheto informativo ( $p=0,02$ ). Na análise de subgrupo com os pacientes com expectoração amarela não houve evidência de efeito significativamente diferente. Os pacientes mais velhos (> 60 anos) beneficiaram menos das estratégias com ATB imediata ou não imediata.

A utilização das estratégias de ATB não imediato ou sem ATB é aceitável, resultando numa diferença pequena na duração ou gravida-

### ANTIBIÓTICOS NÃO SÃO NECESSÁRIOS PARA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA INFERIOR

Little P, Rumsby K, Kelly J, Watson L, Moore M, Warner G, Fahey T, I. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Jun 22; 293(24):3029-35. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/293/24/3029>

de dos sintomas e reduzindo consideravelmente a utilização e a crença dos ATB. (LOE=2b)<sup>2</sup>

Filipa Almada Lobo  
Unidade de Saúde Familiar Horizonte  
Matosinhos

---

2. LOE - Level of Evidence - Nivel de Evidência