

IX Encontro Internacional de Pneumologistas SPP/Neumosur

Lisboa, 20 - 21 de Abril de 2001

Resumos das Comunicações Orais Abstracts of Oral Presentations

C1.

Rastreio de tuberculose em toxicodependentes

**MIGUEL VILLAR, F. MENDES COELHO,
F. MONIZ PEREIRA, GRAÇA RIFES**

C.D.P. da Venda Nova, C.A.T. da Amadora e C.A.T. de Mira
Sintra

Sendo os toxicodependentes um grupo de risco para a tuberculose, desde 1998 que o Centro de Diagnóstico Pneumológico (C.D.P.) da Venda Nova faz, em colaboração com os Centros de Apoio a Toxicodependentes (C.A.T.) da Amadora e Mira Sintra o rastreio sistemático dos toxicodependentes que acorrem às suas consultas. Neste trabalho, fizemos a avaliação retrospectiva, de Maio de 1998 a Dezembro de 2000, do rastreio realizado, o qual consiste, geralmente, dum exame radiológico e prova tuberculínica (P.T.). Foram rastreados 1000 toxicodependentes, havendo um predomínio nítido do sexo masculino (82.6%), com um aumento progressivo, entre 1998 e 2000, do número de toxicodependentes rastreados. A P.T. foi sendo cada vez menos realizada (redução de 18.4% entre 1998 - 2000) ao contrário do que aconteceu com o exame radiológico. As alterações detectadas em 11 exames radiológicos levaram ao diagnóstico de 5 casos (0.5%) de tuberculose em actividade (4 tuberculoses pulmonares, das quais 3 BK+ e uma pleural), sendo

todos os doentes seronegativos. A P.T. não teve qualquer papel. Concluimos, entre outras, que o diagnóstico de tuberculose foi feito num número reduzido de toxicodependentes, com predomínio das formas contagiosas, que o exame radiológico é o meio complementar de diagnóstico mais rentável na suspeita de um caso e que a tuberculose não parece ser preocupante entre este grupo de toxicodependentes.

C2.

Intervenção do enfermeiro/rastreio de conviventes

**LUISA RIBEIRO, ELSA VAZ, JOAQUINA FREITAS,
ADELINA NAMORADO, MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES**

A importância da detecção e tratamento de casos de tuberculose (TB), permite a cura, corta a cadeia de transmissão da doença e diminui o número de casos de infecção pelo que, o estudo e levantamento dos dados nos obriga a reflectir acerca das estratégias de actuação e ponderar novas medidas de intervenção no campo preventivo (rastreio de conviventes).

Com o objectivo de caracterizar a população doente que se dirige ao C.D.P. da Alameda no ano de 1999 em relação ao sexo,

grupo etário, resid_ncia, hábitos/estilos de vida e situação epidemiológica, decidimos determinar a incidência de casos novos e recidivas, analisar a existência de freguesias problema, demonstrar a importância do enfermeiro no rastreio de conviventes, na detecção de casos novos e na relação directa do trabalho em equipa com o médico assistente do doente assim como motivar a equipa de saúde enfermeiros/administrativos na convocatória dos conviventes.

A recolha dos dados foi conseguida através da pesquisa do processo clínico do doente e do estudo da folha de conviventes. Posteriormente os dados foram compilados e tratados estatisticamente. Dos 352 doentes inscritos no C.D.P. por TB concluímos que:

O sexo masculino prevalece em relação ao sexo feminino - (17%); 266 são casos de TB, 5 destes são multiresistentes e 67 tuberculose infecção (TI).

Pertencem em (84%) _ área do C. D. P. e (16%) são fora da área.

Doentes que concluíram tratamento e tiveram alta por cura (62%), em tratamento (19%) em vigilância (10%) abandono (6%), faleceram (3%).

Em (22%) dos casos o doente tem uma forma múltipla de TB. A patologia mais frequentemente associada é o VIH (16%).

A associação de TB e hábitos tabágicos representa 15%, seguida de toxicod dependência (12%) e alcoolismo (5%).

Num universo de 1059 conviventes identificados compareceram 68% no 1º rastreio, no 2º rastreio 14% e no 3º rastreio 3%.

No 1º e 2º rastreio foram identificados 1.7% e 2% casos de TI, 0.8% e 1.3% de TP, no 3º rastreio não se identificaram doentes, talvez devido a diminuta comparência de conviventes.

No total de 716 conviventes foram identificados 23 novos casos de TB e TI numa percentagem de 3.2%.

A insistência e perseverança nas convocatórias dos conviventes, são preponderantes para o sucesso da compar_ncia.

Convocar sempre todos os conviventes dos doentes com TP e TEP.

Ensinar e elucidar os conviventes acerca das formas de transmissão da doença, motiva a aderência aos rastreios.

Cada vez mais é necessário grande empatia enfermeiro/doente para que as informações fornecidas sejam reais.

C3. Tuberculose pulmonar: experi_ncia em uma consulta monográfica

ROMERO CONTRERAS J.A., TORAL MARÍN J.,
LÓPEZ-CAMPOS BODINEAU J.L.,
DEL CASTILLO OTERO D., GONZÁLEZ CASTRO M.A.,
PEÑAFIEL COLÁS M.

Unidade Médico-Cirúrgica de Enfermidades Respiratórias.
H.U. Virgen del Rocío. Sevilha (Espanha).

Neste estudo analisam-se as características epidemiológicas, apresentação clínico-radiológicas, métodos diagnósticos e o resultado clínico final após o tratamento de tuberculose (TBC) em pacientes seguidos em nossa Unidade Monográfica de TBC (UMT) durante seus 7 primeiros anos de existência.

Desde Janeiro de 1992 até Dezembro de 1998, de forma prospectiva, recolheram-se dados epidemiológicos e clínicos de todos os pacientes diagnosticados de TBC controlados na citada UMT. O diagnóstico e seguimento dos pacientes realizou-se segundo as recomendações da SEPAR. Os pacientes inicialmente conhecidos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) não foram remetidos a nossa unidade. A área hospitalar que afecta a citada UMT cobre uma população de 634.106 habitantes.

Seguiram-se **567 pacientes** (70% homens e 30% mulheres). Seu número aumentou progressivamente até 1995 para ir descendendo nos últimos 3 anos. A **idade média** foi de 38,8 anos, com 64% dos pacientes menores de 45 anos. 36% apresentavam alguma **patologia predisponente**, principalmente etilismo crónico. 15% dos pacientes pertenciam a um **grupo de risco social**, especialmente dedicados a drogas (6,5%) e ingressados em instituições fechadas (6,3%). Foram diagnosticados 12 pacientes de infecção VIH. **O tempo médio transcorrido desde o começo dos sintomas** até serem remetidos à nossa unidade foi de 80,4 dias. A **apresentação clínica** mais frequente consistiu em sintomatologia geral junto com tosse e expectoração (46%), seguida de expectoração hemoptoica (18%). **Radiologicamente**, 48,5% dos pacientes apresentaram imagens cavitadas, 33% infiltrados alveolares, 12% derrame pleural e 10% formas adenopáticas. Com relação à **forma patog_nica inicial**, 80% dos casos consideraram-se TBC inicial do adulto, 10% recidivas e 9% primoinfecções tuberculosas. Conseguiu-se um **diagnóstico bacteriológico** em 85% dos casos. A **pauta terapêutica mais utilizada** (81%) foi 6 meses com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida. Em geral foi bem tolerada, ainda que resultaram frequentes alguns transtornos analíticos como mobilização de transaminasas (18%) ou hiperuricemia (19%). Unicamente em 2,6% de casos houve que modificá-lo por **toxicidade**. Realizou-se um seguimento estrito após a finalização do tratamento com 97,5% de **curas**.

Como conclusão, encontramos excessiva demora diagnóstica e cremos que o conhecimento de dados epidemiológicos, clínicos e evolutivos, assim como o controle das percentagens reais de cura dos pacientes tratados, justificam a existência de unidades monográficas para o controle da TBC.

C4. Tuberculose - revisão dos últimos 8 anos (1992 - 1999)

M^oLUÍSA ARAÚJO PIMENTA DE CASTRO

CDP de Viana do Castelo, C. Saúde de Viana do Castelo

R. Dr. Tiago de Almeida, 4900 - Viana do Castelo

Fez-se uma revisão de todos os casos de tuberculose que ocorreram na Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo nos últimos 8 anos (1992 -1999).

Continua a verificar-se uma incidência decrescente nesta Sub-Região de Saúde que foi de 44/100 000 h e de 33/100 000 h em 1999.

A taxa de cura avaliada desde 1994 tem-se mantido acima dos 90% e a percentagem de doentes com Tuberculose Pulmonar confirmada ao exame directo entre os 40 e os 60% do total de novos casos. A percentagem de recidivas variou entre 5,5% em 1992 e 16,1% em 1997, só se tendo registado um caso de multirresistência em 1999. A percentagem de doentes com VIH associado variou entre 0 e 3,125%.

C5.

Tuberculose - avaliação da folha de ponto do TOD

JOAQUINA FREITAS, MARIA DE LURDES GOMES, ADELINA NAMORADO, ALZIRA TAVARES, ANTÓNIO GAUTIER E MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES

A luta Anti-tuberculosa tem como objectivo principal «quebrar a cadeia de transmissão» o que se consegue pela detecção rápida da sua fonte, e do tratamento precoce e eficaz.

A toma observada directamente (TOD) veio melhorar o nível de adesão ao tratamento sobretudo nos grupos de maior risco, sendo hoje quase generalizada.

Neste trabalho, efectuado no ano 2000 em doentes com TB com a modalidade terapêutica de TOD, avaliou-se a taxa de absentismo, de cura e a média do tempo de permanência em TOD.

O total de doentes em TOD foi de 109 (43.9%) sendo os casos de TP 84 e de TB Extra-Pulmonar 25. Os retratamentos em número de 20 (14%) e a TB Multirresistente 9 (6%), abandonos 4 (9%).

A selecção do TOD é feita na 1ª Consulta ou nas sequências pelo Médico Assistente.

Os critérios *major* para inclusão são doentes com TPD+, recidivas, multirresistentes, toxicodependentes, etilismo crónico, má inserção social e outros.

Dos doentes em TOD em 2000 abandonaram 10 (9.1%), foram transferidos 9 (8%) e internados 6 (5.5%), os restantes 84 (77.4%) tiveram alta neste regime ou em toma efectuada no domicílio (TED).

Concluiu-se da elevada taxa de abandono a que não é estranho devido aos grupos de risco de que estes doentes fazem parte (45.8% de toxicodependentes). Dever-se-á aumentar para este grupo de doentes outros incentivos além dos já facultados (pagamento de transportes e pequeno almoço), maior apoio domiciliário, social e sanitário, incentivar as parcerias com outras Instituições (Junta Freguesia, IPSS, ONGs, etc.).

Resulta todavia nesta avaliação a excelente colaboração da Equipe de trabalho (Enfermagem e Administrativo) e do trabalho diário de sensibilização das Enfermeiras na comunicação directa e personalizada com o doente e na interligação com os diferentes Médicos Assistentes.

C6.

Tuberculose no adulto: estudo comparativo de dois grupos etários

MANUEL FONSECA, MARIA JOÃO CANOTILHO, FÁTIMA CAEIRO, ALDA MANIQUE, LUÍSA BOAL, RENATO SOTTO-MAYOR, A. BUGALHO DE ALMEIDA

Serviço de Pneumologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa

No sentido de se detectarem eventuais diferenças entre dois grupos etários com tuberculose, internados num Serviço de Pneumologia, os autores fizeram o presente estudo.

Estudaram-se 172 doentes, internados nos últimos 10 anos, excluindo-se os VIH positivos. Foram divididos em dois grupos: grupo I ≥ 65 anos ($n = 31$) e grupo II < 65 anos ($n = 141$). Analisaram-se o intervalo decorrido entre o início da sintomatologia e o internamento, o tempo de internamento, a sintomatologia de apresentação, aspectos radiológicos, patologias e hábitos associados, e história prévia de tuberculose. Também foram avaliados os métodos que confirmaram o diagnóstico e a velocidade de sedimentação. O estudo estatístico baseou-se no teste de t student para as variáveis contínuas e no χ^2 para as proporções.

A população estudada ($n = 172$) apresentou uma idade mínima de 13 e máxima de 88 anos, não havendo diferenças entre os dois grupos no que se refere à distribuição por sexos: grupo I: F = 16 (31.6%), M = 15 (48.4%) e grupo II: F = 63 (44.6%), M = 78 (55.4%). No grupo I observou-se uma diferença significativa em relação ao intervalo de tempo entre o início da sintomatologia e a data de internamento ($5.7M \pm 7.0$ vs $2.6M \pm 2.8$ $p < 0.001$). No grupo I o emagrecimento foi mais relevante (45.1% vs 30.4%. $p < 0.05$), enquanto no grupo II predominaram as hemoptises e a toracalgia (respectivamente 0% vs 5.6% e 9.6% vs 25.5%. $p < 0.05$). No que diz respeito aos aspectos radiológicos de apresentação, não se observaram diferenças significativas, o mesmo acontecendo no que se refere aos antecedentes de tuberculose e aos hábitos etílicos. O tabagismo predominou no grupo II (42.3% vs 22.5%. $p < 0.01$). A presença de diabetes e de DPOC foi prevalente no grupo I (respectivamente 16.1% vs 8.5%. $p < 0.05$ e 12.9% vs 4.2%. $p < 0.01$) A VS não diferiu em ambos os grupos, assim como os métodos que levaram ao diagnóstico.

Concluimos que no grupo I o diagnóstico foi mais tardio, possivelmente por existir maior co-morbilidade e domínio de sintomatologia geral sobre a respiratória (hemoptises, toracalgia), a qual foi mais frequente nos doentes mais jovens.

Globalmente não existiram outras diferenças entre os dois grupos estudados, o que nos faz concluir que, no adulto, a tuberculose não apresenta particularidades relacionáveis com a idade.

C7.

Tuberculose/SIDA num Serviço de Pneumologia de um Hospital Central

F. GUTERREIRO, A. COUTINHO, G. DUARTE, M. SERRADO, P. PINTO, F. DIAS, M. J. M. GOMES
Serviço de Pneumologia Geral, Departamento de Pneumologia do Hospital Pulido Valente

A incidência de Tuberculose (TB) em Portugal continua elevada, particularmente em algumas regiões de Lisboa onde o número de novos casos em 1999 foi de 59,1/100000. O número de casos de infecção pelo VIH tem também aumentado sendo de 88,5/100000 em 1998. Não há dúvidas que existe uma forte relação entre a TB e a infecção VIH que representa 22% do total de novos casos de TB, em 1999, na região de Lisboa.

O objectivo deste estudo é analisar as características clínicas e o padrão de resistências aos antibacilares. Procedeu-se à análise retrospectiva de 59 doentes (d.) internados com o diagnóstico de TB e infecção VIH, num serviço de Pneumologia, de Janeiro de 1996 a Abril de 1999. Este grupo correspondeu a 22,4% do total de casos internados com TB, sendo 71,7% do sexo masculino, com idade média de 35 anos. É de realçar que 68,8% eram toxicodependentes e 78,7% eram fumadores. A TB pulmonar esteve presente em 96,2% dos d. mas 30,2% tinham também formas de TB extra-pulmonar. O exame directo da expectoração foi positivo em 90,6% dos casos. O valor médio dos CD4 foi de 258,5. Durante o tratamento surgiram reacções adversas em 38,5% dos d. A resistência a pelo menos um antibacilar surgiu em 36,6% dos casos e em 17,1% registou-se multirresistência. O padrão individual de resistências foi: Isoniazida 22%, Rifampicina 17,1%, Estreptomocina 31,7% e Etambutol 9,8%.

Conclusões: Existe uma forte associação entre TB, infecção VIH e toxicodependência. A resistência aos antibacilares foi muito elevada neste grupo de d., particularmente nos toxicodependentes devido à má adesão à terapêutica.

C8.

Estudio de resistencias en un Hospital Universitario (1991 - 2000)

FEU COLLADO M., Rubio Sánchez JM, Pascual Martinez N, Escribano Dueñas A, Jurado Gámez B, Gutiérrez Aroca J*, Muñoz Cabrera L.

Servicios de Neumología y Microbiología*
del Hospital Universitario Reina Sofia de Córdoba.

En el periodo comprendido entre 1991-2000 se realizaron en el Servicio de Microbiología del Hospital Reina Sofia de Córdoba 1101 baciloscopias (BK) y cultivos para micobacterias, el número de aislamientos de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) así como el porcentaje de cepas resistentes a fármacos antituberculosos se refleja en la Tabla I.

De los 1101 cultivos (+) para MT se detectaron 60 casos de reistencia, con la siguiente distribución: 22 resistencias a R+H (2%), 12 a H (1,1%), 13 a R (1,2%), 3 a E (0,4%), 3 a S (0,3%), 2 a H+S (0,2%), 2 a H+E (0,2%), 1 a R+H+E (0,1%) y 2 a R+H+E+S (0,2%), lo que supone una tasa de resistencia global de 5,4% y una tasa de multirresistencia de 2,3%. En 22 casos no se pudo realizar un adecuado seguimiento al tratarse de pacientes ambulatorios con cambio de domicilio o trasladado de prisión. En los 38 pacientes que se controló su evolución, 3 vivían en centros de acogida, 2 en institución penitenciaria, 1 sin domicilio y los restantes tenían domicilio estable. Los factores de riesgo encontrados fueron: alcoholismo en 8 pacientes (21%) y VIH (+) en 12 (32%), todos ellos ADVP. La presentación clínica fue, en 29 enfermos tuberculosis pulmonar, 4 pleural, 2 diseminada, 1 urinaria, 1 cutánea, y 1 abdominal.

La respuesta al tratamiento en los 38 pacientes fue la siguiente: 26 casos (68%) tuvieron una buena evolución: Un paciente con resistencia a R+H a pesar de realizar tratamiento con drogas distintas a las que presentaba resistencia durante 24 meses, mantiene cultivo (+) y 11 enfermos (29%) fallecieron: 5 a consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, 4 por insuficiencia respiratoria, 1 con tuberculosis diseminada y 1 trasplantado de pulmón por sepsis (tuberculosis en pulmón donante). En el grupo con multirresistencia: en 3 pacientes, a pesar de la resistencia a R+H, su médico decidió mantener la pauta inicial de HZR, dada la buena evolución clínica, obteniéndose la curación bacteriológica. En el resto de los casos, se administraron fármacos distintos a los que presentaban resistencia.

La tasa de resistencia observada en nuestra zona es la esperada. Observamos que las resistencias son más frecuentes en pacientes que presentan factores de riesgo para mala cumplimentación.

TABLA I

A_o	Aislamientos	Resistencias
1991	131	6 (4,5%)
1992	173	5 (2,9%)
1993	146	4 (2,7%)
1994	121	12 (9,9%)
1995	116	12 (10,3%)
1996	119	3 (2,5%)
1997	77	8 (10,4%)
1998	79	3 (3,8%)
1999	75	3 (4%)
2000	64	4 (6,2%)

C9. **Está aumentando a incidência de enfermidade pulmonar por *Mycobacterium kansasii* ?**

ROMERO CONTRERAS J.A.,
LÓPEZ-CAMPOS BODINEAU J.L.,
TORRADO MARTÍNEZ D.*, ARROYO TRILLO A.**,
FUENTES PRADERA M.A.,
GARCÍA FERNANDEZ A., RODRÍGUEZ BECERRA E.

Unidade Médico-Cirúrgica de Enfermidades Respiratórias.
* Médico de Família. ** Serviço de Microbiologia.
H. U. Virgen Del Rocío. Sevilha (Espanha).

No presente estudo descrevem-se os isolamentos microbiológicos e casos de enfermidade pulmonar produzidos por *Mycobacterium kansasii* (MK) na área sanitária correspondente ao Hospital Virgen del Rocío (Sevilha).

Seleccionaram-se os **20 isolamentos de MK** obtidos no Laboratório de Microbiologia desde Janeiro de 1995 a Dezembro de 1997, com descrição das características epidemiológicas e clínicas dos casos de enfermidade pulmonar por MK segundo os critérios recomendados pela Sociedade Torácica Americana (1997). Nosso centro é um hospital de terceiro nível que cobre uma área com uma população de 634. 106 habitantes.

No citado período diagnosticaram-se 12 casos de **enfermidade pulmonar** por MK (2 deles com afectação disseminada), 7 colonizações por MK e uma história clínica não pode ser localizada, observando-se um **incremento progressivo** ao largo dos tr_s anos estudados: 2 casos em 1995, 3 em 1996 e 7 em 1997. A **idade média** foi de 47 anos (19-80) e 67% eram

homens. Os **factores de risco** mais frequentes foram: tabagismo (67%), SIDA (33%), enolismo (33%), lesões residuais tuberculosas (25%) e DPOC moderado-severo (25%). A **apresentação clínica** mais frequente consistiu em tosse (92%), expectoração (75%) e febre (75%), com um **tempo médio de evolução dos sintomas** de 31 ± 10 dias. Na **radiologia** observou-se consolidação predominante biapical (33%) e em LSI isoladamente (33%), com 33% de formas cavitadas. A baciloscopia (BK) de esputo foi positiva em 67% e em 2 dos 4 broncoaspirados solicitados. Solicitaram-se 4 **estudos de resistências** objectivando-se 3 mono-resistências para H e uma multi-resistência para isoniazida (H), pirazinamida (Z) e estreptomina (S). Iniciou-se **tratamento** estandar antituberculoso em 9 pacientes após BK positiva, modificando-se posteriormente nestes pacientes e em outros 3 com tratamento mais específico para MK. Em 2 casos requereu-se a **troca de pauta** por toxicidade hepática. A **negativização do esputo** produziu-se aos 2,2 meses (1-4). A **duração média do tratamento** foi de 11 meses (6-18). Em 8 pacientes (67%) a **evolução clínica e radiológica** foi favorável, produziram-se 2 falecimentos associados a SIDA terminal e 2 perdas de seguimento. A **duração média do seguimento** foi de 11,7 meses (5-27). As **especialidades** que seguiram os casos foram Pneumologia (58%) e Medicina Interna (42%).

Como conclusão, aprecia-se um aumento dos casos de enfermidade pulmonar por MK ao largo dos anos do presente estudo, o tratamento convencional utilizado frente a MK (isoniazida, rifampicina e etambutol) resulta eficaz e o prognóstico da enfermidade está relacionado com a patologia basal do paciente.