

XVII Congresso de Pneumologia

Aveiro, 5 a 7 de Novembro de 2001

Resumos das Comunicações Orais (C) e dos Posters (P) Abstracts of Oral Communications (C) and Posters (P)

C1.

Impacto económico de doentes asmáticos seguidos em consulta de pneumologia

EMÍLIA ÁLVARES

Serviço de Pneumologia, Hospital Militar de Belém

Um dos componentes do custo total da asma brônquica (AB) consiste na avaliação dos custos directos que se caracterizam pelos recursos médicos utilizados para o diagnóstico, tratamento e monitorização da doença.

Procedeu-se a um estudo retrospectivo de 54 processos clínicos de doentes asmáticos seguidos em consulta de Pneumologia, durante o primeiro semestre de 2001, que teve como objectivos a avaliação do impacto económico, nomeadamente dos custos directos. Dos doentes estudados, 19 (35.2%) eram do sexo masculino e 35 (64.8%) do sexo feminino, com x idade: 35.67±11.1 anos. Quanto à profissão, 20 (37.0%) eram militares; a x de evolução da doença foi de 9.61±11.3 anos. Dos exames complementares efectuados durante o semestre, foram gastos 1.848.604\$00/ €9220.80 e o investimento em consumo de consultas foi de 540.000\$00/ €2.693. Relativamente à gravidade da AB, 11 (20.4%) tinham AB intermitente (I) e 14 (25.9%) ligeira persistente (LP), 15 (27.8%) moderada persistente (MP) e 14 (25.9%) grave persistente (GP). Da terapêutica prescrita, a proporção do investimento foi superior em doentes com AB GP, nomeadamente em corticóides 41.6% (dos quais 0.3% eram orais) vs 36.0% naqueles com MP vs 22.4% no grupo com LP; teofilina 60.0% vs 40.0% nos doentes com MP e brometo de ipratrópio 56.3% vs 25.0% naqueles com MP e 18.7% no grupo com LP. Durante o período considerado, todos os doentes tiveram ensino individual sobre o comportamento perante a terapêutica profilática e de crise, tal como medidas de evicção de alguns aeroalergenos; nenhum doente referiu o recurso ao S. urgência,

no entanto tiveram necessidade de consultas antecipadas (total de consultas: 50 nos doentes com AB GP vs 45 no grupo com MP vs 30 nos doentes com LP vs 25 naqueles com I).

Conclusões: Houve uma relação directa entre o grau de gravidade de AB e a proporção de custos directos, sobretudo a nível farmacológico; maior consumo de corticóides inalados, relativamente aos orais; ausência de recurso ao S. de urgência provavelmente por implementação de terapêutica profilática e aumento de frequência de consultas em doentes AB de maior gravidade. O ensino na consulta foi muito importante no controle da doença, tendo contribuído para a redução da morbidade e internamentos hospitalares.

C2.

Fluxo inspiratório e inaladores de pó seco na DPOC e na asma. Avaliação em dois serviços.

JA FONSECA***, JC WINCK*, AS BARROSO*, MJ VALENTE**, ML SEMEDO**, C SANTOS**, I FERNANDES**, S ASCANIO**, E EUSEBIO*, P VIANA*, J ALMEIDA*

* Serviço de Pneumologia, Hospital de S. João;

** Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta;

***Serviço de Imunoalergologia, Hospital de S. João

Os inaladores de pó seco (DPI) são cada vez mais utilizados quer na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) quer na asma brônquica. Utilizam o fluxo inspiratório do doente para a aerossolização e distribuição do fármaco nas vias aéreas. Entre outros factores, na escolha do DPI, poderá ser útil a confirmação de Fluxo inspiratório máximo (PIF) adequado.

Foram avaliados 53 doentes do Hospital S. João e 48 doentes do Hospital Sta. Marta que realizaram provas funcionais respiratórias, PIF

com o In-check Kit® (Clement Clarke, Essex), simulando os diferentes DPI – aerolizer (Al), diskus (Dk) e turbohaler (Th). Em 37 doentes com DPOC realizaram-se gasometrias arteriais (GSA). Os doentes avaliados estavam clinicamente estáveis, 63 tinham DPOC e 37 Asma; 73% eram do sexo masculino; tinham idades entre os 22 e os 77 anos

Quadro 1
Valores do IN-Check®.

IN-Check® PIF	média	desvio padrão	Mín.-máx.	PIFÓPT*	Inferior ao PIFÓPT*
PIF	174	72,01	50-370	n.a	n.a
Al	112	29,85	50-190	120	55%,
Dk	81	25,71	40-150	90	45%
Th	72	18,59	30-120	60	21%

*PIF a partir do qual é considerada ótima a administração do fármaco; n.a – não aplicável.

Apenas 3 doentes não conseguiram atingir os valores mínimos recomendados para os DPI, mas 65% tiveram, em pelo menos um dos DPI, valores de PIF inferior ao valor considerado ótimo (PIFÓpt). Um terço dos doentes estava a fazer um DPI para o qual não tinham PIFÓpt. Os doentes com valores inferiores aos PIFÓpt eram mais velhos ($p < 0,0001$), tinham menor FEV1 ($p < 0,0001$) e nos que fizeram GSA valores superiores de pH ($p = 0,037$) e PaCO₂ ($p = 0,005$) e inferiores de SATO₂ ($p = 0,020$).

Quadro 2
Comparação DPCO e Asma

	DPCO	Asma
Inferior ao PIFÓPT*	70%	53%
Média FEV1 (Desvio padrão)	39% (16,79%)	70% (22,49%)

Nos asmáticos a classificação clínica de gravidade não estava associada com a capacidade de atingir PIFÓpt.

Embora a maioria dos doentes (55%) tivessem obstrução grave (FEV1 < 50%), apenas 3 doentes não atingiram os valores mínimos necessários a administração dos fármacos nos DPI. No entanto cerca de dois terços não atingiram os valores óptimos de PIF em pelo menos um dos DPI e um terço estavam a realizar um DPI para o qual não atingiam aqueles valores. A relevância clínica destes factores é desconhecida. O facto da gravidade clínica da asma não permitir prever a capacidade de atingir PIF óptimos levanta a hipótese da utilidade da avaliação de rotina do PIF para os DPI nos asmáticos.

C3.

Prevalência de sintomas de asma brônquica numa população estudantil de Castelo Branco

A PAULO LOPES⁽¹⁾, EMÍLIA FARIA⁽²⁾, ELIZABETE FONSECA⁽¹⁾, MARIA DELMAR MORO MORO⁽¹⁾

⁽¹⁾ Serviço Pneumologia, Hospital Amato Lusitano

⁽²⁾ Unidade de Imunoalergologia, H.U.C

Os estudos epidemiológicos são importantes no conhecimento da prevalência e incremento de medidas de controlo da Asma Brônquica Pretendeu-se avaliar a prevalência e severidade da sintomatologia de

asma nos adolescentes que frequentavam o 3º ciclo em escolas dos concelhos da área de influência do Hospital de Castelo Branco. Com a autorização da Direcção Escolar de Castelo Branco procedeu-se à entrega de questionários aos directores das respectivas turmas, nas 13 escolas existentes. O questionário foi elaborado com base no utilizado no International Study of Asthma and Allergies In Childhood (ISAAC).

com mediana de 58,5 (P25: 50,3 P75:57,8) anos. A gravidade das patologias foi na DPOC: grave 71%, moderada 17% e ligeira 12% e na asma: 17% persistente grave, 38% persistente moderada, 17% persistente ligeira e 28% intermitente.

Do 3337 questionários entregues obteve-se 2750 devidamente preenchidos (82,4% de respostas). Dos respondedores 50,1% eram do sexo masculino, com idades entre 12 e 18 anos e média de 14 anos.

Na análise das respostas verifica-se que 521 (18,95%) refere já ter tido “pieira ou chiadeira”. Destes 280 (53,7%) tiveram estes sintomas nos últimos 12 meses: 210 com 1 a 3 crises nos último ano, 52 com 4 a 12 crises e 18 com mais de doze crises. Dos 521, 33,4% responderam ter tido “pieira ou chiadeira sem estar constipado” e 57% relacionado com o exercício físico. Dos respondedores 202 (7,4%) reconhecem já ter sofrido “alguma vez de asma” e 88 destes (44,7%) tomam “medicação para a asma. A existência de “familiares directos (pais ou irmãos) com asma” foi referida em 336 (12,3%) casos. 846 responderam ter tido tosse seca no último ano não relacionada com infecção ou constipação.

Nesta população verificou-se uma prevalência de sintomas de asma no último ano de 10,2%, superior à obtida nos centros portugueses no estudo ISAAC (5,8%). A sintomatologia parece grave e aparentemente mal controlada pois 13,4% referem um número de crises \geq a 4 e apenas 16,9% referem efectuar medicação.

Nesta população verificou-se uma prevalência de sintomas de asma no último ano de 10,2%, superior à obtida nos centros portugueses no estudo ISAAC (5,8%). A sintomatologia parece grave e aparentemente mal controlada pois 13,4% referem um número de crises \geq a 4 e apenas 16,9% referem efectuar medicação.

Nesta população verificou-se uma prevalência de sintomas de asma no último ano de 10,2%, superior à obtida nos centros portugueses no estudo ISAAC (5,8%). A sintomatologia parece grave e aparentemente mal controlada pois 13,4% referem um número de crises \geq a 4 e apenas 16,9% referem efectuar medicação.

C4.

Asma Grave experiência de uma consulta

A COUTINHO, F CARVALHO, A BUGALHO, M NETO, CG LUCAS, M ZAMITH, F DIAS, MJM GOMES.

Departamento de Pneumologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Introdução – A consulta de Asma Grave (AG) do Hospital de Pulido Valente destina-se aos doentes (d.) com asma brônquica (AB) de difícil controlo.

Objectivos – Analisar as características epidemiológicas e clínicas destes d., patologias associadas, adesão e complicações da terapêutica.

Material e métodos –Análise retrospectiva de 80 processos clínicos

da consulta de AG correspondentes aos d. que foram observados durante os 2 últimos anos.

Resultados – 80 d., sendo 82,5% do sexo feminino, com média etária de 48 anos (mín.:17 e máx.:73) e 81,1% não fumadores. As patologias associadas mais frequentes foram: sinusite (31,3%), rinite (28,8%), refluxo gastro-esofágico (26,3%) e infecções respiratórias de repetição (42,5%). A maioria (90%) dos d. referiam queixas de AB há mais de 10 anos. Os testes de sensibilidade cutânea foram positivos em 78,8% dos d. (ácaros: 49,2%, gramíneas: 25,4%). As provas funcionais respiratórias mostraram um FEV1<60% em 35,1%. A adesão à terapêutica na 1ª consulta registava-se em 50% dos d. e na última consulta era de 74%. A técnica inalatória era correcta na 1ª consulta em 19,6% dos d. e na última consulta em 51,4%. A terapêutica efectuada na 1ª consulta revelava a utilização diária e regular de B2 de curta acção em 31,3% dos d. que se tornou nula nas consultas subsequentes. O uso regular de corticóides orais verificava-se em 60,2% dos d. na consulta inicial e em 27,7% na última consulta. Em relação às complicações da terapêutica registou-se: osteoporose (23,8%), hipertensão (22,5%), diabetes (11,3%).

Conclusões – Predomínio do sexo feminino. Associação elevada de patologia ORL (rinite e/ou sinusite) e de refluxo gastro-esofágico. Ao longo da consulta verificou-se um aumento da adesão à terapêutica, melhoria da técnica inalatória e redução do uso de corticoterapia oral e de β_2 de curta acção. As complicações mais frequentes da terapêutica foram: osteoporose, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

C5. Avaliação da força dos músculos respiratórios basal e após broncodilatação em doentes com asma

C LONGO, C PARDAL, A CHILUNDO, S RAVARA, P ROSA, E. MARTINS

Pneumologia; Hospital Fernando da Fonseca

Com o objectivo de avaliar a força dos músculos respiratórios em doentes com asma estável realizámos estudos funcionais basais e a sua variação após prova de broncodilatação. Estudámos 117 doentes (sexo masculino 41 e feminino 76); raça branca 115, negra 2; idades médias de $48,5 \pm 16,8$ anos (máxima 87 - mínima 19)

Todos os doentes realizaram pletismografia e estudo da força dos músculos respiratórios (estudo basal e após prova de broncodilatação com salbutamol) utilizámos os graus de kanner e Morris para classificação da obstrução e hiperinsuflação. A sua distribuição por graus foi a seguinte: grau 1: 68 doentes, grau 2: 25 doentes, grau 3: 22 doentes e grau 4: 2 doentes.

Assim os valores médios basais obtidos foram para: a % do VEMS: $74,6 \% \pm 19,9$, a % da TLC: $109,4 \% \pm 16,7$, a % do VR: $165 \% \pm 51$, a % do PI max $44,65 \% \pm 21$, a % da PE max de $65,2 \% \pm 25,17$.

Os valores médios obtidos após prova de broncodilatação obtidos foram para: a % do VR: $156,4 \% \pm 45,1$, a % do PI max $51,8 \% \pm 34,4$, a % da PE max de $71,1 \% \pm 33,7$

Obtiveram-se diferenças significativas nos valores da PI max ($p < 0,0001$) quando se analisou estatisticamente a diferença entre os valores basais e após utilização de broncodilatador.

Conclui-se que existe nestes doentes com asma alterações da força dos músculos respiratórios. Existe ainda uma diferença estatisticamente significativa na força dos músculos inspiratórios entre a avaliação basal e após broncodilatação o que revela a vantagem de uma intervenção terapêutica eficaz.

C6. Pneumonia de Hipersensibilidade

HELENA MARQUES, Mª JOSÉ SIMÕES, PAULA PRETO, ELVIRA CAMACHO

Unidade de Pneumologia, Director: Dr. Pinto Saraiva
Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro

A **Pneumonia de Hipersensibilidade** é uma doença do interstício pulmonar que resulta da inalação repetida e sensibilização a diversas poeiras orgânicas e a alguns produtos químicos.

Para a sua caracterização é imprescindível a correlação entre os dados clínicos e os elementos fornecidos pelos exames complementares de diagnóstico. O diagnóstico etiológico é muitas vezes difícil de estabelecer e as medidas terapêuticas podem originar dúvidas.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino de 35 anos de idade, não fumadora, com história de infecções respiratórias de repetição que é internada em Janeiro de 1999 por febrícula e insuficiência respiratória.

A Teleradiografia do torax mostrou um padrão alveolo-intersticial bilateral com alguns focos de consolidação.

A Broncofibroscopia foi compatível com supuração brônquica e as biopsias brônquicas revelaram processo inflamatório com algumas zonas de fibrose.

A TAC torácica revelou infiltrado parenquimatoso bilateral algodono- so – padrão alveolar, com espessamento peribronquico.

A persistência da sintomatologia e a manutenção das alterações radiológicas motivaram a realização de biópsia pulmonar cirúrgica, cujo exame histológico foi compatível com Alveolite Extrínseca.

A doente iniciou corticoterapia com boa evolução clínica e regressão das alterações radiológicas.

C7. A Compliance Pulmonar nas Doenças Difusas do Interstício Pulmonar

ANTÓNIO COUTO, J M REIS FERREIRA, LUCINDA GONÇALVES

Clínica de Doentes Pulmonares, Lisboa

A maior parte da bibliografia acerca das provas de função respiratória em portadores de Doenças Difusas do Interstício Pulmonar (DDI) refere-se exclusivamente à Capacidade Vital (CV) e Capacidade de Difusão do CO (DLCO). A Distensibilidade Pulmonar ou Compliance estática (Cst) raramente é mencionada, provavelmente devido à

determinação, ainda complexa. O objectivo deste estudo é a comparação da sensibilidade destes três parâmetros. Em 70 doentes consecutivos com DDI que nos foram enviados, avaliámos a CV, a DLCO e a Cst, bem como outros parâmetros da função respiratória. Estudámos 27 homens e 43 mulheres, com idade média $57,9 \pm 12,7$. Para determinarmos a CV, usámos o método da Pletismografia Corporal Total (E. Jaeger, Wurzburg, Alemanha), a Cst foi determinada pelo método da entubação esofágica, pela técnica de Buytendick, e a DLCO pelo método da respiração única, em circuito aberto (E. Jaeger, Wurzburg, Alemanha). Os resultados são os seguintes: valor médio da CV - $83\% \pm 17$ do valor de referência; DLCO $71,8\% \pm 24$, e para a Cst o valor médio encontrado foi $43,6\% \pm 15,3$ do valor de referência. Encontrou-se uma relação de regressão entre a CV e a Cst apenas discretamente significativa, ainda de menor significado entre a DLCO e a Cst, embora em estadios avançados ambos estes parâmetros estivessem diminuídos. Encontrámos ainda que, em 32 pacientes com CV normal, a Cst estava já muito diminuída, e que em 21 pacientes com Cst diminuída, a DLCO era normal. Apenas dois doentes tinham a DLCO diminuída com Cst normal. Conclui-se que na doença difusa do interstício pulmonar (DDI) a avaliação isolada da CV e da DLCO nem sempre é conclusiva, excepto em estadios avançados da doença. Para melhor caracterização destes doentes, é muito importante a avaliação da Cst.

C8. Biópsia Pulmonar – rentabilidade diagnóstica nas doenças do interstício pulmonar

BEATRIZ FERNANDES*, JA MIRANDA**,
ROSETE NOGUEIRA***, SOFIA NEVES*,
TERESA SHIANG*, H LENCASRE**,
M. GUERREIRO**

- * Serviço de Pneumologia,
- ** Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica,
- *** Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

As Doenças Pulmonares Intersticiais (DPI), englobam um grupo heterogéneo de patologias, a maioria de causa desconhecida. Com um início habitualmente insidioso, estão frequentemente associadas a dispneia, infiltrados pulmonares difusos e alterações funcionais respiratórias, mas o seu diagnóstico definitivo é baseado em critérios histopatológicos.

A Biópsia Pulmonar (BP) por via toracoscópica ou por toracotomia é um procedimento muitas vezes necessário para uma terapêutica adequada e correcto seguimento e avaliação do prognóstico.

Efectuamos um estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos dos doentes com suspeita de DPI que efectuaram BP no Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do CHVNGaia nos últimos 6,5 anos.

Foi feita a avaliação demográfica, dos sintomas apresentados, alterações imagiológicas, e funcionais, tipo de cirurgia efectuada, complicações e rentabilidade diagnóstica. Foram revistas as lâminas e os diagnósticos pela Anatomia Patológica.

De um total de 25 doentes, 14 (56%) são de sexo feminino e 11 (44%) de sexo masculino; a idade média é de 46,8 anos (Min-28, Max-67).

Foram enviados da Consulta Externa -36%, Exterior - 36% e do Internamento - 28%. Os sintomas mais frequentemente encontrados foram: tosse (72%), dispneia (68%) e sintomas gerais (28%); o tempo médio de evolução da doença foi de 15,8 meses (1 a 96).

Em 68% dos casos a TAC sugeriu a existência de DPI (Micronodulação, Vidro despolido) e Funcionalmente apresentavam quadro restritivo 60% dos casos. Efectuaram BF todos os doentes, Lavado Broncoalveolar 56% e Biópsia brônquica/transbrônquica 40%, em nenhum dos casos este estudo foi conclusivo.

Foram abordados por toracotomia 40% dos doentes e por toracoscopia 60%, em 88% dos casos o procedimento foi realizado à direita. O tempo de espera médio foi de 22,5 dias (5-60), a média de internamento pós cirurgia de 5,1 dias, verificaram-se complicações em apenas 2 casos (Hematoma da parede, Pneumotórax); não se verificou nenhum óbito.

A rentabilidade diagnóstica foi de 80% (Sarcoidose - 44%, Bronquiólite obliterante com pneumonia de organização -12%, Pneumonia intersticial usual -8%, "Fibrose"-4%, Pneumonite de Hipersensibilidade-4%, Proteínose alveolar-4%, Tuberculose-4%).

Embora a clínica, estudo imagiológico, funcional e imunologia do LBA possam sugerir um diagnóstico, a biópsia pulmonar por toracoscopia/toracotomia revelou no nosso estudo ser um procedimento que embora invasivo, nos permite um diagnóstico correcto, sem mortalidade ou morbilidade relevante.

C9. A biópsia pulmonar cirúrgica na patologia intersticial

INÊS VICENTE*, CRISTINA COXO*, LUISA SANTOS*,
ANA MARIA ARROBAS*, MANUELA MERUJE***,
CARLOS JANELAS**, CORREIA DE MATOS**

- * Sector de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra
- ** Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra
- *** Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Coimbra

A biópsia pulmonar cirúrgica tem um papel no esclarecimento diagnóstico da patologia pulmonar intersticial que se tem vindo a reforçar pela reconhecida necessidade de material de biópsia suficiente para o diagnóstico anatomopatológico das diferentes entidades.

Pretende-se avaliar o interesse que tem tido na nossa experiência a realização de biópsia pulmonar cirúrgica no estudo de patologia intersticial.

Fez-se a análise retrospectiva dos processos clínicos da casuística de 62 doentes que realizaram biópsia pulmonar por aquela indicação no Sector de Cirurgia Torácica do CHC entre Maio de 1997 e Maio de 2001.

Trata-se de uma população de doentes com uma média de idades de 54,2 anos (mín 24; máx 80) sendo 24 doentes do sexo masculino e 38 do sexo feminino. Em 25 doentes realizou-se biópsia pulmonar por toracotomia lateral e em 37 por videotoracoscopia (VATS).

A biópsia pulmonar por toracotomia fez o diagnóstico em 24 casos (96%) e a biópsia pulmonar por VATS em 33 (89%). Em ambas as

técnicas a morbilidade foi menor e a mortalidade nula.

A biópsia pulmonar cirúrgica é um meio de diagnóstico fundamental na patologia intersticial tendo-se demonstrado, na nossa experiência, que ambas as técnicas cirúrgicas são seguras e com boa rentabilidade diagnóstica podendo ser utilizadas na abordagem desta patologia.

C10. Internamento por exacerbação de DPOC: análise da gravidade dos doentes, das exacerbações e dos critérios de internamento hospitalar de acordo com projecto GOLD

PAULA FERREIRA, F. OLIVEIRA, L. CARVALHO, F. CAETANO, W. VIDEIRA, L. MOTA.

Serviço de Insuficientes Respiratórios (SIR) – Director: Pontes da Mata

Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente – Directora: Prof. M. J. Marques Gomes

A DPOC é, actualmente, a 4ª causa de mortalidade a nível mundial, prevendo-se um aumento nas próximas décadas. O projecto GOLD surge como um esforço internacional para reverter esta tendência, tendo como objectivos principais: melhorar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e diminuir a morbilidade e mortalidade associadas.

Utilizando alguns dos critérios constantes no projecto GOLD, aplicáveis em internamento e num estudo retrospectivo, analisaram-se todos os doentes com o diagnóstico de DPOC, internados no SIR por exacerbação, no período de 1/12/2000 a 31/5/2001, tendo como objectivos: caracterizar a população de DPOC internados, avaliar a gravidade da exacerbação, critérios de admissão hospitalar e resultados do internamento.

Parâmetros revistos: idade, sexo, hábitos tabágicos actuais, internamentos e ventilação mecânica (VM) no último ano, oxigenoterapia longa duração (OLD), ventilação domiciliária (VAD), espirometria, gasometria e ecocardiograma em fase estável; comorbilidades, motivo do internamento, sintomatologia e exame objectivo na proveniência; hematócrito inicial; gasometria arterial na proveniência, à entrada no SIR, antes de VM, na alta ou transferência; agravamentos, estado à saída, duração do internamento; terapêutica com corticóides sistémicos (duração e dose inicial) e instituição de VM.

Em 6 meses, **80 doentes**, 82% dos quais do sexo masculino, foram responsáveis por 96 internamentos; a idade média foi de 71 anos (mínima de 47 e máxima de 85); 25% apresentavam Cor pulmonale crónico, 40% estavam em OLD e 14% com VAD; 78% sofriam de comorbilidades, maioritariamente cardiovasculares (41%) e em 43% dos doentes havia internamentos anteriores, 12% dos quais com VM. Em 61 doentes foi possível caracterizar a gravidade da DPOC: 8 em grau 0, 1 em grau 1, 5 em grau 2A, 9 em grau 2B e 38 em grau 3; 21 doentes continuavam a fumar. A avaliação da **gravidade da exacerbação** dos 96 internamentos revelou: 52% com agravamento da dispneia, 11% com alterações neurológicas, 4% com arritmias de instalação recente e 4% com hematócrito >55%; em 5% o motivo da

exacerbação foi a existência de pneumonia; na admissão, e com $FiO_2=21\%$, 41% tinham $PaO_2 < 60$ mmHg e 33% uma $SaO_2 < 90$ mmHg; 52% referiam internamentos anteriores, dos quais 22% com VM; 25% tinham VEMS < 1000 ml em fase estável; 4 doentes não preenchiam qualquer critério de gravidade da exacerbação. Os **critérios de gravidade para admissão hospitalar** estavam presentes em 90% dos internamentos. O principal **motivo do internamento** foi a infecção traqueobrônquica (73%), e a **proveniência** foi em 79% do S Urgência do Hospital de Sta. Maria; em 40% dos internamentos houve acidose respiratória descompensada; 34% dos doentes foram submetidos a VNI e 85% dos doentes efectuaram corticóides sistémicos (dose média inicial de 81 mg), tendo alta em desmame. O **tempo médio global do internamento** foi de 11,3 dias, sendo de 15 dias nos submetidos a VNI ($p=0,0009$). Registaram-se 13% de **agravamentos** durante o internamento, tendo 1 doente sido transferido para UCI para VM invasiva. Na **saída**, 99% dos doentes estavam melhorados.

Estes resultados apontam para a necessidade de uma correcta caracterização da DPOC (19 doentes sem caracterização funcional), para uma prevenção eficaz do tabagismo (21 fumadores activos) e para uma gestão dos recursos disponíveis mais correcta: 7 doentes fumadores em OLD e 3 com VAD, 10 internamentos sem critérios de admissão hospitalar, 4 dos quais sem critérios de gravidade da exacerbação, reavaliação do tempo de administração de corticóides sistémicos. Apesar da gravidade dos doentes, a mortalidade hospitalar foi nula, havendo a referir, no entanto, uma taxa de readmissão no período em estudo de 17%.

C11. Impacto da dispneia e da limitação para o exercício na qualidade de vida de doentes com insuficiência respiratória crónica

ANTÓNIO ALEXANDRE BUGALHO, JUAN SANTOS, FÁTIMA CAETANO, MARIA MANUEL TAVARES, EMÍLIA BRANCO, MARIA BORREGO, PAULA PINTO, ODETE SANTOS, CRISTINA BÁRBARA

Departamento de Pneumologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Introdução – A dispneia e a redução da capacidade para o exercício são características limitantes na vida dos doentes com Insuficiência Respiratória Crónica.

Objectivos – Avaliar a repercussão da dispneia e da limitação para o exercício na apreciação global do estado de saúde de 34 doentes com Insuficiência Respiratória Crónica decorrente de doença obstrutiva crónica e sujeitos a Ventilação Não Invasiva.

Métodos – Os doentes foram avaliados funcionalmente mediante a realização de espirometria e de uma prova de marcha (PM) de 6 minutos. A dispneia foi avaliada através do recurso à escala de Mahler. A apreciação global do estado de saúde assentou na apresentação numa escala visual analógica vertical e pontuada de 0-100% e ainda mediante uma pergunta cuja resposta era pontuada de 1 a 4.

Resultados – Os doentes tinham uma idade média de 64 anos, sendo 4 do sexo feminino. Apresentavam um FEV1 de 34,7% do valor teórico

e percorreram uma média de 241,7m na PM. Esta foi essencialmente influenciada pelo grau de dispneia, pelo grau de obstrução brônquica e pela PaO_2 ($P < 0,05$), contudo não influenciou a apreciação global do estado de saúde. Esta apreciação feita pelo doente esteve dependente sobretudo do grau de dispneia ($P < 0,01$).

Conclusões – Apesar da limitação para o exercício ser um factor gerador de incapacidade neste grupo de doentes, a dispneia tem maior impacto na apreciação do estado global de saúde.

C12. O estado nutricional na doença pulmonar obstrutiva crónica

JOANA AMADO; S. JOAQUIM; S. NEVES; S. CONDE;
I. PASCOAL; R. SÁ; N. TAVEIRA

	n	Idade	FEV1%	DLCO%	PO ₂	PI _{max}
IMC < 25	16	63,2 ± 10,5	38,8 ± 12,5	41,6 ± 26,1	64,6 ± 10,4	43,5 ± 20,7
25 ≤ IMC < 30	10	63,6 ± 13,2	55,1 ± 12,9	58,8 ± 36,3	69,8 ± 10,8	49,9 ± 21,0

Compararam-se os valores médios das variáveis – idade, FEV₁%, DLCO%, PO₂, PI_{max}, PE_{max} e índice de função respiratória (IFR) - entre os 2 grupos utilizando o teste de *Mann-Whitney* (SPSS 10.0), assumindo significado estatístico o valor de $p \leq 0,005$. A avaliação da dispneia pela escala de *Fletcher*, o desempenho de actividades de vida diária, FEV₁%, DLCO%, PO₂ e IFR foram correlacionados utilizando o teste de *Spearman's* (SPSS 10.0).

As variáveis FEV₁%, DLCO%, PO₂, PI_{max}, PE_{max} e IFR apresentaram valores médios inferiores no grupo 1. A comparação das médias entre os 2 grupos assumiu significado estatístico ($p = 0,002$) para o FEV₁%.

Na amostra total o grau de associação mais elevado verificou-se para DLCO% / PO₂ / IFR, o que não se verificou para cada grupo individualmente.

A análise dos resultados desta amostra permite afirmar que o índice de massa corporal é seguramente um dos factores a considerar na génese da dispneia e gravidade da DPOC. Foi difícil estabelecer uma relação entre parâmetros objectivos e subjectivos. O estudo irá prosseguir com o objectivo de determinar o *cut-off* do IMC que contribua para seleccionar os doentes a incluir num Programa de Reabilitação Respiratória com correcção nutricional.

Laboratório de Exploração Funcional; Unidade de Cinesioterapia Respiratória
Departamento de Pneumologia do CHVNGaia

Um número considerável de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) apresenta-se subnutrido. O défice nutricional parece agravar a disfunção muscular causada pela insuflação e a obstrução das vias aéreas, predispondo por si só à fraqueza dos músculos respiratórios. A sua relação com o grau de obstrução e a dispneia tem sido objecto de investigação.

Neste contexto, estudaram-se 26 doentes com DPOC, sem outras patologias com relação conhecida com o estado de nutrição e o grau de dispneia, em fase de estabilidade clínica e sem aconselhamento ou suporte nutricional prévios.

Foram seleccionados os 38 doentes submetidos a pletismografia corporal, estudo de difusão do CO (DLCO), gasometria arterial, determinação de PI_{max} e PE_{max} nos meses de Julho e Agosto 2001.

Estabelecidos dois grupos de acordo com índice de massa corporal (IMC) e excluídos 12 doentes com IMC > 30.

C13. Ventilação não invasiva em doentes estáveis com Insuficiência Respiratória Crónica: comparação entre dois modos ventilatórios (PAV e PSV)

JC WINCK, MARTA DRUMMOND, A MORAIS, L IGLESIAS, J ALMEIDA, JA MARQUES
Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

A Ventilação Não Invasiva (VNI) tem vindo a assumir um papel crescente na abordagem de doentes insuficientes respiratórios crónicos com hipercapnia. A ventilação proporcional assistida (PAV) é um novo modo de suporte ventilatório parcial que gera pressões proporcionais ao esforço instantâneo do doente. O seu lugar no manejo dos insuficientes respiratórios crónicos não está ainda estabelecido.

Foi nosso objectivo comparar a eficácia e a tolerância da ventilação proporcional assistida (PAV) com a ventilação por pressão assistida (PSV), um dos modos ventilatórios mais frequentemente utilizados durante a VNI.

Ambos os modos ventilatórios foram aplicados de forma randomizada a 15 doentes com Insuficiência Respiratória Crónica (IRC), 9 dos quais apresentavam Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) de base e 6 doentes apresentavam patologia neuromuscular. Os parâmetros ventilatórios de PAV e PSV foram regulados para o grau de con-

forto revelado pelos doentes.

Os gases do sangue, o grau de dispneia (Escala de Borg) e os níveis de conforto (escala visual analógica) foram avaliados em todos doentes no seu estado basal, sob PSV e sob PAV por máscara nasal (BIPAP Vision Respironics).

	Basal	PSV	PAV
PaO ₂	54±16,7	71±14,5*	63,7±13,0*
PaCO ₂	60±11,6	54,5±13,6*	55,6±12,8*
Dispneia	3,8±1,9	2,8±1,6*	2,7±1,4*
Conforto	3,7±1,6	4,3±1,4	4,6±2,4

* p<0,05

Ambos os modos ventilatórios foram bem tolerados e pareceram igualmente eficazes na correção de alterações gasimétricas e no alívio da dispneia em doentes com IRC estabilizada.

Os nossos resultados revelam que os efeitos imediatos do PAV por máscara nasal em doentes com IRC são equivalentes aos do PSV, podendo constituir um modo ventilatório alternativo a ter em conta. O seu papel no tratamento a longo prazo de doentes com IRC merecerá estudos futuros.

C14. Experiência de funcionamento de uma Enfermaria de Ventilação Electiva

CRISTINA BÁRBARA, PAULA PINTO,
PAULA PAMPLONA, EMÍLIA BRANCO,
MARIA BORREGO, MANUEL TAVARES,
ANTÓNIO BUGALHO, AMÉLIA FELICIANO,
FRANCISCO CADARSO, ODETE SANTOS

Unidade de Estudo da Função Pulmonar.

Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente
– Directora Prof. Dr^a Maria João Marques Gomes

Os autores apresentam a experiência de dois anos de funcionamento de uma enfermaria de ventilação electiva, pertencente ao departamento de Pneumologia do seu hospital. Esta enfermaria foi criada com o objectivo de solucionar os seguintes problemas: 1) uma elevada lista de espera para realização de polissonografias, 2) a inexistência de local apropriado para instituição e seguimento de ventilação não invasiva (VNI). Assim esta estrutura teve como alvo a prestação de actividade assistencial a doentes com Síndrome de Apnéia do Sono (SAS) e/ou Insuficiência Respiratória Crónica (IRC), sendo maioritariamente secundária a doença pulmonar obstrutiva crónica. Sendo caracterizada por um espaço físico com capacidade para 6 camas, esta enfermaria registou desde a sua abertura em 1998 até ao ano 2000 um acréscimo significativo reflectido pela assistência a 337 doentes neste último ano, o que correspondeu a 495 internamentos. Relativamente aos diagnósticos de base dos doentes assistidos, 51% corresponderam a doentes com SAS, 16% a Síndrome de Sobreposição e 33% a Insuficiência Respiratória Crónica. No SAS para além de poligrafias diagnósticas efectuaram-se poligrafias terapêuticas e de *follow-up*. Nos doentes com IRC, os procedimentos efectuados relacionaram-se com avaliação de critérios para VNI, início de VNI e *follow-up*. Em ambos

os grupos de doentes verificou-se uma elevada incidência de efeitos colaterais relacionados com a VNI e uma boa aderência a esta terapêutica. Após 2 anos de funcionamento, a actividade desta enfermaria permitiu: 1) reduzir significativamente a lista de espera do Laboratório do Sono 2) constatar uma boa aderência ao CPAP nasal e à VNI, apesar de elevados efeitos colaterais 3) constatar uma redução do nº de internamentos hospitalares nos IRC submetidos a VNI. Concluímos que a criação desta estrutura representou uma optimização da abordagem dos doentes com SAS e IRC na nossa instituição.

Projecto parcialmente subsidiado por Bolsa da SPP.

C15. Avaliação do programa domiciliário aos doentes da consulta de insuficientes respiratórios crónicos do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo a efectuar ventilação por pressão positiva não invasiva

RUI NÊVEDA, JÚLIA NOGUEIRA, CLARA TORRES,
JOSÉ A. LOPES, CECÍLIA GOUVEIA

Unidade de Pneumologia do Hospital de Santa Luzia de Viana
do Castelo

Ao longo dos últimos 6 anos, verificou – se um aumento progressivo e considerável de prescrições para introdução de Ventilação não – invasiva (N-IPPV) aos Insuficientes Respiratórios Crónicos (IRC) no Distrito de Viana do Castelo.

Desde Janeiro 1997, são efectuadas Visitas Domiciliárias (VD) a este grupo de doentes. Até Abril 1999, as VD foram efectuadas voluntariamente por 2 Enfermeiras, desde essa data são institucionalizadas, sendo efectuadas por uma equipe multidisciplinar dos cuidados diferenciados do Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo.

Este trabalho tem por objectivo caracterizar o grupo de doentes com IRC / N-IPPV domiciliária no Distrito de Viana do Castelo e foi efectuado através da análise dos formulários preenchidos no domicílio destes doentes desde o início das VD.

Em fins de Julho 2001, o total de Doentes aos quais foi instituído N-IPPV domiciliária e admitidos na Consulta de Pneumologia foi de 73 doentes, sendo 56 do sexo Masculino e 17 do Feminino, distribuídos pelos 10 Concelhos do Distrito:

Desde 1995 verificou – se um aumento gradual de doentes admitidos na Consulta:

Verificamos que as patologias subjacentes à prescrição desta modalidade terapêutica:

Constatamos que a modalidade terapêutica de ventilação não – invasiva instituída:

Do grupo estudado, actualmente mantém – se nesta Consulta 59 doentes, dos quais 57 residem no concelho de Viana do Castelo e 2 no concelho de Lisboa, 13 doentes faleceram e 1 desistiu. Dos 13 indivíduos falecidos verificamos que 9 são do sexo masculino e 4 do feminino, residentes maioritariamente no concelho de Viana =10; Arcos Valdevez =1; Monção =1; Vila Nova Cerveira =1. A maioria dos óbitos ocorreram no domicílio. Neste Grupo de doentes as patologias subjacentes eram DPCO = 4, Cifoescoliose = 4, Seq. TP = 2; SHO/SAS = 3. O tipo de tratamento instituído foi BiPAP + O₂ = 7, BiPAP = 6 doentes.

O doente que desistiu era do sexo masculino, portador de uma Cifoescoliose e ao qual foi instituído o tratamento com BiPAP + O₂ – A sua desistência verificou-se devido à existência de problemas de alcoolismo e condições sócio – económicas e familiares muito precárias.

Verificamos que a N-IPPV domiciliária é uma modalidade terapêutica que tem vindo a aumentar progressivamente e assumindo gradualmente um papel importante na Saúde dos doentes deste Distrito.

Viana + Arredores = 35	Monção = 6	Caminha = 7
Ponte de Lima = 2	Melgaço = 2	Arcos de Valdevez = 5
Vila Nova de Cerveira = 10	Valença = 3	Ponte da Barca = 2
Paredes de Coura = 1		

Ano	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1ªSem. 2001
Doentes	5	13	5	10	12	11	17

Patologia	DPCO	Cifoescoliose	Seq. TP	SHO/SAS	DPCO/SAS	SAS	SHO
Doentes	11	12	6	18	2	11	13

BiPAP = 27	BiPAP + O ₂ = 28	CPAP = 15	AutoCPAP = 3
------------	-----------------------------	-----------	--------------

C16. Alguns dados sobre a assistência domiciliária aos doentes insuficientes respiratórios crónicos, submetidos a ventilação não invasiva por pressão positiva (n-IPPV) no domicílio no distrito de Viana do Castelo – ano 2000

RUI NÉVEDA, CLARA TORRES, ALBINO LOPES, CECÍLIA GOUVEIA, JÚLIA NOGUEIRA

Unidade de Pneumologia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo

A Assistência Domiciliária aos doentes Insuficientes Respiratórios Crónicos (IRC) submetidos a n-IPPV no domicílio, em funcionamento desde 1997, é uma necessidade inevitável pelo aumento significativo do número de doentes no distrito assim como pela prevalência de doenças respiratórias crónicas: Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

(DPCO); Síndrome de Apneia do Sono (SAS); Síndrome de Hipoventilação/Obesidade (SHO); Cifoescoliose entre outras. Esta tem proporcionado aos doentes IRC, uma melhoria da adesão ao tratamento, da qualidade de vida assim como a redução de custos hospitalares e tem como principais objectivos:

- Caracterizar o grupo de doentes com IRC a efectuar n-IPPV no domicílio;
- Avaliar em que condições está a ser efectuado o tratamento hospitalar instituído (controle das prescrições, verificação da adaptação entre outras);
- Identificar as necessidades de educação para a saúde individuais e promover o respectivo ensino doente / família;
- Verificar os progressos da autonomia em relação a algumas actividades da vida diária.

Visita domiciliária com preenchimento de um formulário aos 46 doentes com IRC do distrito de Viana do Castelo submetidos a n-IPPV no domicílio, dos quais 4 faleceram durante o ano 2000, tendo ficado uma amostra de 42 doentes. Destes, 11 faziam CPAP, 15 BiPAP e 16 BiPAP com O₂ associado. Do grupo estudado 11F/31M, idade predominante $\geq 50 \leq 70$ anos. Das patologias subjacentes à IRC incluem-se 6 do grupo restritivo (Toracoplastia / Seq. TP, Cifoescoliose); 10 do grupo Obstrutivo (Asma, DPCO) e 26 com SHO/SAS.

Reinternamentos hospitalares no ano 2000 em apenas 5 doentes por agudização da doença respiratória crónica. Não se verificou concordância entre parâmetros prescritos e o ventilador em 5 doentes. Durante o ano 2000 foram substituídos 10 ventiladores não invasivos - Houve melhoria no atendimento por parte das empresas fornecedoras. Todos os doentes aderiram ao tratamento embora 9 tenham sentido algumas dificuldades. Em 2 casos não era efectuada a colocação correcta do equipamento. A conservação/manutenção do equipamento teve alguma melhoria entre a 1ª e a última VD do ano 2000. Todos os doentes referem mais independência no dia a dia, desenvolvendo com maior facilidade algumas actividades de vida diária (subir escadas, deambular no exterior, cozinhar, entre outras). Após o início da n-IPPV apenas 3 doentes mantêm hábitos tabágicos. As temáticas de ensino para a saúde abordadas incidiram sobre: (adesão ao tratamento, conservação/manutenção; toma correcta da terapêutica instituída – inaladores; hábitos alimentares, evicção tabágica, exercício, controle da diabetes, hipertensão, entre outras).

As visitas domiciliárias permitiram-nos conhecer de uma forma mais real as necessidades de cada doente individualmente assim como efectuar a avaliação do seu meio sócio-económico e familiar. Melhoria na autonomia das actividades de vida diária em 100% dos doentes; internamentos hospitalares reduzidos. Mantém-se necessária a sensibilização dos profissionais de saúde pública para o tratamento instituído.

C17. Necessidades de ensino dos doentes insuficientes respiratórios crónicos com inaloterapia

I. FONSECA*, C. NOGUEIRA*,
P. FERREIRA**, R. NASCIMENTO*

Serviço de Insuficientes Respiratórios (SIR) – Director: Pontes da Mata

Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente – Directora: Prof. M. J. Marques

A administração de fármacos por via inalatória, sendo, de acordo com os consensos internacionais, a via preferencialmente recomendada na terapêutica da patologia das vias aéreas, contribui para a melhoria dos doentes. A possibilidade de utilizar fármacos de doses muito pequenas e fazê-los chegar até ao local onde vão actuar, é um conjunto de conceitos que proporciona tranquilidade ao paciente por serem rápidos, eficazes e com efeitos secundários mínimos. No entanto a eficácia da terapêutica inalatória grande medida da correcta inalação e utilização dos respectivos dispositivos. Sendo a quase totalidade dos doentes assistidos no Serviço de Insuficientes Respiratórios do Hospital de Pulido Valente portadores de doença crónica assumem grande importância as intervenções de enfermagem de ensino ao doente/família submetido a terapêutica inalatória nomeadamente em ambulatório, no sentido de promover o auto-cuidado e garantir uma boa compliance terapêutica.

O presente estudo integra-se num projecto de implementação de um programa de ensino ao doente/família internado no Serviço e submetido a terapêutica inalatória. Tem como objectivos identificar as principais necessidades sentidas por estes doentes em relação às indicações e efeitos secundários da mesma, bem como aos cuidados com a administração e dificuldades sentidas. Para tal foi efectuado um inquérito por questionário (validado por uma grelha de observação) a 34 doentes internados no Serviço no período de Maio a Julho de 2001 com prescrição de inaloterapia.

Da análise dos dados ressaltam as seguintes conclusões:

A média de idades preponderante rondou os 68 anos, sendo o sexo masculino predominante. A maioria dos inquiridos afirmou possuir o 1º ciclo do Ensino Básico e residir com o respectivo cônjuge. O diagnóstico ocorreu, em média há cerca de 15 anos. Um grande número de inquiridos afirmou fazer exclusivamente *inaladores pressurizados de dose controlada (MDI)* com câmara expansora, conseguindo identificar os diferentes fármacos. No entanto constatou-se desconhecerem, em regra, indicações, acção e efeitos secundários dos mesmos. De igual modo negam dificuldades na auto-administração o que não foi conformado pela análise dos dados da grelha de observação, sobretudo no que concerne à coordenação *mão/pulmão*. Quanto ao ensino feito pelos profissionais uma larga percentagem afirmou ter o mesmo sido concretizado, na altura da admissão, por enfermeiros e médicos, incidindo quase que exclusivamente na técnica de administração.

Tratando-se de um projecto ainda em fase de implementação, os dados agora apresentados que indiciam evidentes debilidades de ensino, irão ser, numa segunda fase, confrontados com a percepção dos enfermeiros do Serviço quanto às dificuldades sentidas pelos doentes neste contexto e à eficácia do ensino habitualmente efectuado, com vista à identificação de necessidades de formação dos profissionais e à construção fundamentada do programa de ensino acima referido.

* Enfermeiro Graduado

** Enfermeiro

C18. Cirurgia pulmonar no 1º ano de vida

P. COELHO, L. BAQUERO, F. ROSMANINHO,

F. MARTELO, H. VAZ VELHO

Objectivos: Reportar a experiência do Sector de Cirurgia Torácica Geral do Serviço, nos últimos dez anos, na terapêutica cirúrgica das lesões congénitas do pulmão em recém-nascidos (prematuros ou de termo) e em crianças até um ano.

Material e métodos: Num total de 1480 doentes operados por patologia torácica geral (não cardíaca) entre 1990 e 2000, 140 tinham idade igual ou inferior a 18 anos.

Dentro desta faixa etária, seleccionámos as crianças com menos de um ano com doenças pulmonares congénitas, por ser a patologia da maioria operada até essa idade e pelo carácter de urgência relativa de grande parte das situações.

Das 21 crianças (22 operações) nestas condições, 15 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino; com pesos compreendidos entre 700 g e 8 kg, 10 delas eram recém-nascidos; 7 crianças tinham o diagnóstico de malformação adenomatóide quística, 8 de enfisema lobar congénito, 2 de quisto broncogénico, 1 de anomalias da segmentação brônquica, 1 de sequestração pulmonar, 1 de enfisema intersticial difuso e 1 de quisto infectado.

Os procedimentos cirúrgicos foram: 1 pneumectomia, 12 lobectomias, 1 lobectomia com laqueação do canal arterial, 1 lobectomia com 2 segmentectomias, 2 quistectomias, 3 suturas de quisto, 1 fistulectomia e 1 biópsia pulmonar.

Resultados: Não houve mortalidade operatória ou morbidade *major* até ao 30º dia, salvo num caso, que necessitou de reintervenção, por deiscência da sutura do quisto. O tempo de internamento médio foi de 5 dias, sendo o tempo de seguimento variável, entre 1 a 10 anos. Todas as crianças estão assintomáticas.

Conclusões: Na nossa instituição, apesar da limitada experiência, a terapêutica cirúrgica da patologia pulmonar em crianças com menos de um ano:

- 1 – Tem resultados clínico-funcionais excelentes
- 2 – Não teve mortalidade
- 3 – Não apresentou morbidade *major* ou *minor*, decorrentes da baixa idade ou peso.

C19. Morbi-mortalidade após pneumectomia A propósito de 82 casos

MORÓN, M.; PRIETO, D.; BERNARDO, J.; EUGENIO, L.; ANTUNES, M.

Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Cirurgia Cardio-torácica

Introdução: É por todos reconhecido que a melhoria terapêutica fica objectivada pela avaliação da morbi-mortalidade post-operatória, evento actualmente em queda pelos avanços na preparação pré-operatória, na técnica anestésica, pelo melhor conhecimento das técnicas cirúrgicas e sobretudo pela melhoria dos cuidados pós-operatórios.

Afim de avaliar a mortalidade e morbidade em doentes pneumectomizados realizamos um estudo retrospectivo dos últimos 12 anos.

Material e métodos: 82 doentes submetidos a pneumectomia num

período de 12 anos (1988-2000). Este grupo de doentes apresentava uma idade média de 53,2 anos (L. 15-78), sendo 18 mulheres (22%) e 64 homens (78%).

A patologia que condicionou a pneumectomia foi neoplásica em 63 doentes (77%) e não neoplásica em 19 doentes (23%). No grupo das neoplasias o carcinoma epidermoide foi o dominante, e no grupo não neoplásico a tuberculose e suas complicações dominou 14 doentes (17%). Os sintomas dominantes foram tosse (61%) e hemoptise (20%). Os hábitos tabágicos estavam presentes em 27 doentes (33%).

Após a pneumectomia todos os doentes retomaram um programa de reabilitação respiratória duas vezes por dia e permaneceram sujeitos a vigilância apertada do ponto de vista médico.

Resultados: Neste grupo a morbilidade foi de 8 doentes (10%); com insuficiência respiratória aguda 2 doentes, empiema pós-pneumectomia 5 doentes, fistula bronco-pleural 4 doentes.

A mortalidade foi de 6 doentes (7%).

Ainda neste grupo mais de 50%, quer da mortalidade quer da morbilidade foi anterior a 1992.

Conclusões: Assim, poderemos concluir que:

A pneumectomia pode ser realizada com baixa morbilidade e mortalidade.

A melhoria dos cuidados na preparação dos doentes e no pós-operatório reduz a mortalidade e morbilidade.

O aumento da experiência do grupo cirúrgico diminui as complicações e a mortalidade.

C20. Tratamento cirúrgico de aspergiloma pulmonar. Série de 51 casos do Serviço de cirurgia cárdio-torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

JOSÉ ANTÓNIO MIRANDA, FILIPE CARNEIRO,
TÂNIA GUIMARÃES, MANUELA VANZELLER,
JOÃO CARLOS MOTA, MANUELA VIEIRA,
HERNÂNI LENCASTRE, MANUEL GUERREIRO

Serviço de Cirurgia Cárdio-Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

O aspergiloma pulmonar, sempre foi considerado como uma das patologias da área de cirurgia torácica geral que apresenta maior risco cirúrgico, quer devido à condição pré-operatória inerente à patologia, assim como os elevados índices de morbilidade e mortalidade que apresenta. O presente estudo tem como objectivo a reavaliação dos resultados do tratamento realizados no nosso centro.

Entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Junho de 2001, foram consecutivamente operados 51 doentes com diagnóstico de Aspergiloma Pulmonar com confirmação anatómo-patológica. Dados referentes aos doentes foram obtidos pela consulta de registos clínicos.

Foram intervencionados 51 doentes, sendo a idade média de 44,68 ± 11,1 anos e 37 (72,5%) eram do sexo masculino. Como factores de risco, 22 (43,1%) eram fumadores activos, 4 (7,8%) eram diabéticos

insulino-dependente, 1 doente tinha insuficiência renal crónica e 1 doente padecia de Lupus Eritematoso Sistémico, realizando corticoterapia de longa duração. Indicações cirúrgicas foram aspergiloma em caverna tuberculosa em 38 (74,5%) casos, cavitações bronquiectásicas em 6 (11,8%) casos, pós-abscesso pulmonar em 4 (7,8%) casos, nódulo pulmonar em 2 (3,9%) casos e carcinoma epidermoide associado em 1 caso. Quarenta e sete (95,1%) doentes estavam sintomáticos, havendo hemoptises em 43 (84,3%). Foram realizadas 1 (2%) cavernostomia, 7 (13,7%) ressecções em cunha, 31 lobectomias (60,8%), 3 (5,9%) bilobectomias e 9 (17,6%) pneumectomias. Seis (12%) casos foram considerados intervenções urgentes por hemoptises. O tempo de internamento foi de 15,1±14,2 dias. Quinze (29,4%) doentes tiveram complicações no pós-operatório e houve 3 (5,9%) óbitos. Nenhum doente teve recorrência de hemoptises. Da análise estatística efectuada, verificou-se como variável estatisticamente significativa para morbilidade o valor da drenagem nas 24 horas do pós-operatório imediato ($p<0,001$), e como variáveis estatisticamente significativas para mortalidade a urgência ($p<0,001$), o valor do volume expiratório forçado no 1º segundo ($p<0,05$), o valor da capacidade vital ($p<0,05$), o tamanho do aspergiloma ($p<0,05$) e presença de fistula bronco-pleural ($p<0,001$).

Na nossa série, o tratamento cirúrgico do aspergiloma foi eficaz na prevenção da recorrência de hemoptises. A incidência da morbilidade e mortalidade são semelhantes às séries publicadas na literatura. Devem ser tomadas excepcionais cuidados com a hemostase nestes doentes, dado o alto risco hemorrágico do pós-operatório, tendo a drenagem das primeiras 24 horas associação estatisticamente significativa com a morbilidade pós-operatória. A mortalidade nesta série esteve associada a mau estudo funcional respiratório, à urgência da intervenção, ao tamanho do aspergiloma e à presença de fistula bronco-pleural pós-cirúrgica.

C21. Cirurgia de ressecção tímica

PRIETO D., MERINO A., BERNARDO J., EUGENIO L.,
ANTUNES M

Hospitais da Universidade de Coimbra.
Serviço de Cirurgia Cardiorácica

Objectivo: A cirurgia de ressecção tímica tem vindo a ser utilizada com alguma frequência no nosso serviço. É por isso que realizamos um estudo retrospectivo dos doentes operados, com a intenção de avaliar a morbilidade e mortalidade a que são sujeitos os nossos doentes.

Material e métodos: De 1988 até 2000 foram operados 92 doentes de cirurgia de ressecção do timo, com idade média de 41 anos (L 11-77) sendo 49 mulheres (53%) e 43 homens (47%).

A apresentação clínica mais frequente foi de Miastenia Gravis em 49 doentes (46%), toracalgias em 16 casos (17%), e assintomáticos em 14 casos (15%).

O método diagnóstico utilizado em todos os doentes foi a radiografia simples de tórax e a TAC torácica. Em determinados casos foi utilizada a mediastinoscopia (3%), e a punção transtorácica (5%) por TAC.

As formas histológicas encontradas foram, a hiperplasia benigna do timo em 39 doentes (42%), tímomas em 34 (37%), dos quais o mais frequente foi o tipo misto com 16 casos (47%) seguido do tipo linfocí-

tico em 12 casos (35%).

Dentro do grupo dos tumores tímicos não apresentavam invasão da cápsula 18 casos (53%) e com invasão eram 16 casos (47%).

Outros tumores encontrados foram carcinomas tímicos, 1 caso, linfoma tímico, 2, timolipoma, 5, e carcinoide.

A via de abordagem cirúrgica foi na maioria dos casos por esternotomia mediana (82%), e toracotomia postero-lateral (18%).

Realizou-se uma timectomia alargada em 79 doentes (86%) e uma timectomia simples em 13 (14%).

O internamento variou entre os 4 e os 12 dias, com média de 6 dias.

A morbilidade foi de 4%, dois doentes com hemorragia pós-operatória (2%), um derrame pleura (1%) e um caso de arritmia supraventricular (1%).

A mortalidade foi dum doente por edema agudo de pulmão (1%).

Conclusão: A cirurgia de ressecção tímica deverá realizar-se como método de tratamento e diagnóstico útil, de baixa morbilidade e mortalidade, inclusive nos doentes com clínica paraneoplásica ou miasténica associada.

C22. Cirurgia de ressecção de massa mediastínica

MERINO A., PRIETO D., BERNARDO J., EUGENIO L., ANTUNES M

Hospitais da Universidade de Coimbra.
Serviço de Cirurgia Cardiorácica

Objectivo: O seguinte estudo trata de analisar o papel que a cirurgia de ressecção tem no diagnóstico e tratamento das massas mediastínicas.

Material e métodos: A amostra é composta por 166 doentes operados no nosso serviço entre os anos 1988 e 2000 com uma média de idade de 45.87 anos, 39% eram homens e 61% eram mulheres. A mediana foi de 40 anos para os homens e de 34 anos para as mulheres. Os limites etários foram 21 a 76 anos nos homens e os 17 a 79 anos para as mulheres.

A sintomatologia pré operatória variou desde toracalgia inespecífica (28%), febre inespecífica (11%), sintomatologia miasténiforme bem estabelecida (30%), síndrome paraneoplásica (4%), emagrecimento (5%) dispneia (13%), síndrome da veia cava superior (3%) até doentes assintomáticos cujo diagnóstico foi um achado na radiografia de tórax (17%).

A localização das massas mediastínicas foi em 107 casos (64%) no mediastino anterior, em 19 casos (11%) no mediastino médio e em 31 casos (24%) no mediastino posterior.

Os tumores mais frequentes no mediastino anterior foram os timomas (32%), hiperplasia benigna (36%), timo-lipomas (5%) teratoma tímico (5%), T. carcinóide (3%) quistos tímicos (3%), linfoma tímico (2%), carcinomas (1%), no mediastino médio foram os quistos broncogénicos (68%), e no mediastino posterior o schwannoma benigno (40%).

O método diagnóstico principal foi a TAC (100%) seguida da radiografia simples de tórax, mediastinoscopia e punção transtorácica dirigida por TAC.

A via de abordagem cirúrgica foi esternotomia mediana em 44% e toracotomia latero-posterior em 56%.

A média do internamento pós cirurgia foi de 7 dias com um período máximo de 12 dias e um mínimo de 5 dias.

A morbilidade no pós-operatório foi de 6 casos (4%), duas hemorragias, dois casos de insuficiência respiratória aguda, um quilotorax e um derrame pleural.

A mortalidade foi de 1 caso (1%) por edema agudo de pulmão.

Conclusão: A cirurgia de ressecção de massa mediastínica exequível como um método de tratamento de baixa morbilidade e escassa mortalidade.

C23. Cirurgia de bronquiectasias – a experiência da cirurgia torácica do CHC

INÊS VICENTE, CRISTINA COXO, LUISA SANTOS,
CARLOS JANELAS, ANTÓNIO CORREIA DE MATOS

Sector de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra
Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

As bronquiectasias, apesar de progressivamente menos prevalentes, continuam com frequência a apresentar indicação cirúrgica. Pretende-se avaliar a nossa experiência na cirurgia de bronquiectasias, analisando-se as indicações, a ressecção realizada e as complicações.

Fez-se a análise retrospectiva da casuística de cirurgia de bronquiectasias entre Maio 1997 e Dezembro 2000. Realizaram-se 46 toracotomias a 43 doentes cuja idade média é 41,3 anos (máx – 78; mín – 13) sendo 21 do sexo masculino e 22 do sexo feminino.

Oito doentes tinham antecedentes de tuberculose pulmonar.

As manifestações clínicas mais frequentes foram a broncorreia, a infecção das vias aéreas inferiores e/ou pneumonia de repetição e a hemoptise. Cinco doentes tinham bronquiectasias bilaterais tendo 3 deles feito ressecção bilateral.

Realizou-se lobectomia em 26 doentes (associada em 3 a segmentectomia), segmentectomia em 9, bilobectomia em 4 e pneumectomia em 7 doentes.

O tempo de internamento foi em média 11,9±4,5 dias sendo o tempo pós-operatório médio 9±3,0 dias. A morbilidade foi menor e a mortalidade nula.

As bronquiectasias com indicação cirúrgica são ainda frequentes, levando em número importante de casos a ressecção pulmonar extensa e em casos seleccionados, bilateral.

C24. Tratamento cirúrgico das bronquiectasias

ADELINA AMORIM, AUGUSTA MACHADO, SOFIA BARROSO, ROSA CRUZ, ADRIANA MAGALHÃES

Serviço de Pneumologia do Hospital de S.João – Porto

No período de 1 de Janeiro de 1990 a 31 de Dezembro de 1999, foram realizadas 41 cirurgias no Serviço de Cirurgia Torácica do HSJ, por bronquiectasias (BE) pulmonares, o que correspondeu a 39 doentes,

dos quais 18 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com uma idade média de 31,5 anos (1- 71 anos).

As indicações cirúrgicas foram infecções respiratórias recidivantes em 23 (56%) dos casos, hemoptises/expectoração hemoptóica em 11 (26,8%) e nódulo pulmonar de etiologia não esclarecida em 1 caso. Estas complicações foram motivo de internamentos prévios em 15 (38,4%) doentes. Em 16 (41%) casos foi identificado uma doença suspeita de ser a causa das BE.

As lesões foram documentadas por TAC em 24 doentes, por broncografia em 2 e pelas duas técnicas em 8. De notar que a broncografia foi realizada até 1996.

Em 3 doentes as BE eram bilaterais, em 12 localizavam-se à direita e em 22 à esquerda, sendo o lobo inferior esquerdo o mais frequentemente afectado (37,1%).

Dos 31 doentes que realizaram provas funcionais respiratórias, 45,2% tinham um síndrome ventilatório obstrutivo.

Foram realizadas 3 pneumectomias, 2 bilobectomias, 34 lobectomias (5 associadas a segmentectomia) e 2 segmentectomias.

Ocorreram complicações no pós-operatório em 11 doentes (26,8%), sendo a mais frequente a atelectasia. De registar a morte de 1 doente.

O exame anatomo-patológico confirmou a existência de BE em todos os doentes, tendo-se identificado *Aspergillus* em 1 caso e granulomas com caseificação e Ziehl-Neelsen positivo noutro caso.

Ao longo dos 10 anos foram realizadas em média 4 cirurgias/ano, não se observando um decréscimo nesta opção de tratamento das BE, que continua a ser uma escolha quando o tratamento médico falha, apesar de não haver ensaios randomizados a provar o seu benefício vs tratamento conservador.

C25. Tumores da parede torácica: abordagem cirúrgica

INÊS VICENTE, CRISTINA COXO, LUISA SANTOS,
CARLOS JANELAS, ANTÓNIO CORREIA DE MATOS

Sector de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra
Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra

Os tumores da parede torácica são um grupo heterogéneo: benignos e malignos, primitivos e metastáticos, provenientes dos tecidos moles, osso ou cartilagem. O estudo anatomopatológico é o único que permite o diagnóstico de certeza.

Este trabalho tem por objectivo a avaliação da apresentação clínica, radiológica, abordagem cirúrgica e dos resultados anatomopatológicos na casuística de doentes operados por tumor da parede torácica no sector de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar de Coimbra.

Foi realizada a análise retrospectiva dos processos clínicos dessa casuística entre Maio 1997 e Dezembro 2000.

Foram operados 13 doentes (4 do sexo feminino e 9 do sexo masculino) com uma média de idade de 51,6±18,7 anos (máx – 78, min – 24).

As manifestações clínicas mais comuns foram a toracalgia em 11 doentes (84,6%), tumefacção em 5 (38,5%) e queixas gerais em 2 (15,4%). Quatro destes doentes tinham antecedentes de neoplasia conhecida.

A abordagem cirúrgica foi a toracotomia em 9 doentes e a esternoto-

mia anterior mediana em 4. Em todos eles foi realizada cirurgia de ressecção. A média de dias de internamento foi de 11,5±5,6 dias.

A histologia das peças operatórias revelou a existência de tumor primitivo em 8 doentes: plasmocitoma (3), osteocondroma (2), osteoclastoma (1) e pseudolinfoma (1). Revelou tumor metastático em 4 e invasão local em 2.

C26. Tuberculose/SIDA num serviço de pneumologia de um Hospital Central

F. GUERREIRO, A. COUTINHO, G. DUARTE,
M. SERRADO, P. PINTO, F. DIAS, M. J. M. GOMES

Serviço de Pneumologia Geral, Departamento de Pneumologia
do Hospital de 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 por 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 foi analisar as características clínicas e o padrão de resistências aos antibacilares. Procedeu-se à análise retrospectiva de 53 doentes 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 17,6% do total de casos internados com TB, sendo 71,7% do sexo masculino, com idade média de 35 anos. É de realçar que 64,7% eram toxicodependentes e 78,7% eram fumadores. A TB pulmonar esteve presente em 96,2% dos pacientes 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 37,7% apresentaram reacções adversas. A resistência a pelo menos um antibacilar surgiu em 36,6% dos casos e em 17,1% registou-se multiresistência. O padrão individual de resistências foi: Isoniazida 22%, Rifampicina 17,1%, Estreptomomicina 31,7% e Etambutol 9,8%.

Conclusões: Existe uma forte associação entre TB, infecção VIH e toxicodependência. Ocorreu nestes doentes elevada percentagem de reacções adversas. A resistência aos antibacilares foi muito elevada neste grupo estudado.

C27.

Tuberculose no idoso num serviço de pneumologia de um Hospital Central

F. GUERREIRO, C. GOMES, C. SANTOS, M. ANDRÉ,
N. DIOGO, M. MARQUES, J. PINA

Serviço de Infecçiology Respiratória – Unidade de Tuberculose, Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

Objectivos: Os autores propuseram-se analisar as características clínico-epidemiológicas, esquema terapêutico e respectivas reacções iatrogénicas, padrão de resistência aos antibacilares, e evolução clínica.

Material e métodos: Foram estudados os processos clínicos referentes aos doentes de idade superior a 65 anos e com diagnóstico de Tuberculose (TB), internados de Abril de 1999 a Agosto de 2001. Analisamos as variáveis demográficas, formas de apresentação clínica, patologia associada, terapêutica antibacilar prévia, esquemas antibacilares, reacções adversas e padrão de resistência aos antibacilares.

Resultados: Foram incluídos 35 doentes correspondentes a 9,5% do total de 369 casos de TB internados nesse período. A média etária era de 73,1 anos, sendo 68,6% dos doentes do sexo masculino e 48,6% referiram hábitos tabágicos. Os casos novos, segundo a Classificação da OMS, corresponderam a 68,6% do total, estando a TB pulmonar presente em 85,7%, atingindo as formas de TB extra-pulmonar os 20%. Relativamente às patologias associadas destacavam-se a DPOC (31,4%), a Diabetes (20%) e a Silicose (14,3%). Nenhum doente apresentava serologia positiva para VIH, sendo o exame directo da expectoração positivo em 71,4% dos doentes.

Quanto à iatrogenia 14,3% apresentaram reacções adversas. Só 1 doente (2,9%) apresentava resistência aos antibacilares. A evolução foi boa na maioria dos casos (85,7%), tendo falecido 5 doentes (14,3%).

Conclusões: Reduzida expressão no internamento deste escalão etário. Significativa prevalência de patologia associada nomeadamente patologia respiratória crónica a que se associou uma taxa de mortalidade significativa. Constatou-se também reduzida incidência de resistência aos antibacilares bem como de reacções adversas.

C28. Análise da mortalidade numa unidade de tuberculose

C. GOMES, M. ANDRÉ, N. DIOGO, M. MARQUES,
F. GUERREIRO, J. PINA

Serviço de Infecçiology Respiratória; Unidade de Tuberculose. Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Objectivos: Estudo da distribuição das causas de mortalidade segundo características epidemiológicas, grupos nosológicos e alguns parâ-

metros laboratoriais; avaliação do grau de interacção / associação entre as causas de mortalidade e os diferentes grupos nosológicos; possibilidade de discriminar / prever quais os parâmetros laboratoriais associados às diferentes causas de mortalidade.

Material e métodos: Efectuámos um estudo transversal que abarcou a totalidade dos doentes falecidos na nossa Unidade, de Abril de 1999 a Abril de 2001. Analisámos as características clínico-epidemiológicas referentes à idade, sexo, raça, classificação dos casos de tuberculose (baseada no sistema da OMS), dias de internamento, número de tratamentos antibacilares prévios e forma de tuberculose; Grupos Nosológicos, de acordo com infecção VIH e/ou tuberculose multirresistente (TBMR) concomitante, patologia associada, complicações e causa de morte; Parâmetros Laboratoriais à data da admissão: concentração de hemoglobina, neutrófilos totais, leucócitos totais, creatinina, TGO, TGP, LDH, amilase, albumina, pH, PaO₂, PaCO₂, CD₄, Carga viral e resultados do teste de sensibilidade aos antibacilares.

Resultados: Foram revistos 32 processos clínicos que se distribuíram segundo 4 grupos: VIH(+)/TB- 11(34,4%); VIH(+)/TBMR-7 (21,9%); TB-10 (31,3%); TBMR- 4 (12,5%). Em relação à patologia associada contabilizámos 18 casos de SIDA (56,3%), 6 com doença neoplásica e/ou imunossupressão menor (18,8%) e 5 casos de doença pulmonar crónica (15,6%). A causa de morte foi atribuída a uma complicação não relacionada com a tuberculose ou patologias associadas em 18 doentes (56,3%), à SIDA em 7 casos (21,9%) e à TB também em 7 doentes (21,9%).

Conclusões: O grupo cuja causa de morte foi a TB caracterizou-se por ser constituído por doentes de escalão etário superior, representando casos novos a que não se associaram complicações; pelo contrário, no grupo cuja causa de morte foi a SIDA figuravam os casos de retratamento por interrupção da terapêutica antibacilar, em doentes maioritariamente mais jovens.

Níveis elevados de TGO associaram-se significativamente às complicações relativas ao aparelho cardiovascular (tromboembolismo pulmonar e arritmias), assim como os valores médios mais baixos de hemoglobina se associaram às complicações de natureza infecciosa (pneumonia nosocomial, sépsis e infecção oportunista).

C29. Retratamentos de tuberculose (1996-2000). Experiência conjunta dos centros de diagnóstico pneumológico (CDP) da Alameda, Lumiar e Venda Nova

ANTÓNIO GAUTIER, ANA COUTINHO,
LURDES FERNANDES, ALEXANDRE GOMES,
MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES, GRAÇA RIFES,
TERESA SERRA, MIGUEL VILLAR

Os tratamentos de tuberculose (TB) representam, no período em estudo 13,1% do total dos casos de TB na Sub-Região de Saúde de Lisboa, não se verificando, de ano para ano, grandes modificações percentuais. Os três CDP's resolveram fazer uma revisão conjunta dos seus 387 tratamentos correspondentes ao período de 1 de Janeiro de 1996 a 31 de Dezembro de 2000.

A média etária foi de 48.9 anos (min.: 16; max.: 86) sendo a maioria (72%) do sexo masculino, 21.9% eram imigrantes, maioritariamente provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa (83.3%) Nos doentes actualmente em retratamento predominam, como factores de risco o etilismo (32.3%) e VIH (24.4%). A forma de TB mais frequente, nos tratamentos anteriores, foi a pulmonar (82.6%) o que também se verificou nos tratamentos actuais (79.3%). Nos retratamentos anteriores, a modalidade terapêutica predominante foi a Toma Efectuada no Domicílio (TED), em 57.8% dos casos e os esquemas terapêuticos mais usados foram HRZE (20.6%) e o HRZ (20.2%). Em 30% dos casos houve abandono da terapêutica.

Quanto aos tratamentos actuais (retratamentos) também predomina a TED, tendo apenas 44% dos retratados efectuado a terapêutica em Toma Observada Directamente (TOD), tendo sido o HRZE o esquema terapêutico mais utilizado (61.6%). Em 6.7% dos doentes recorreu-se a antibacilares de 2ª linha.

Quanto ao tempo de retratamento, os esquemas de 12 meses ou mais foram cumpridos em 52.7%. Efectuaram-se TSA em apenas 54.4% das TB pulmonares, tendo-se identificado multiresistencia em 19.7% dos casos. Quanto à evolução clínica dos casos actuais 66.6% curaram, 17.3% abandonaram e 8.2% morreram.

Conclui-se entre outros, que os TSA não foram efectuados sempre que deveriam e que o número de doentes retratados em TOD é insuficiente e que, ainda é preocupante a percentagem de abandonos, apesar da redução significativa dos tratamentos anteriores para os actuais.

C30. Orientação das pneumonias da comunidade no serviço de urgência

JOANA AMADO, S. NEVES, R. DUARTE

Serviço de Pneumologia do CHVNGaia

A abordagem da Pneumonia adquirida na Comunidade (PAC) é consideravelmente variável, assim como os critérios utilizados na decisão do destino do doente e orientação terapêutica, tanto mais quanto mais subjectiva for a apreciação.

Procedeu-se a um estudo comparativo entre as características dos indivíduos com PAC, internados ou orientados para ambulatório, que tinham sido observados em uma de 3 equipas de urgência de Pneumologia do CHVNGaia entre Setembro 2000 e Março 2001; com o objectivo de determinar as diferenças entre os grupos.

As variáveis comparadas foram: idade, sexo, comportamentos de risco e antecedentes patológicos, sintomas, parâmetros do exame físico, analíticos e radiológicos.

Os indivíduos de cada grupo foram distribuídos por 5 classes de ordem crescente de gravidade, de acordo com o estabelecido por *Fine MJ* e col. em 1997.

A antibioterapia escolhida e sua duração, evolução e intercorrências durante o período de doença e estado do doente após vigilância de 4 a 10 meses foram também considerados.

Observados 64 doentes, 62 (96,9%) incluídos no estudo: 64,5% homens, idade média – 54,7±19,7 anos (mín – 16, máx – 93).

Os antibióticos mais prescritos foram a amoxicilina+ácido clavulânico (21 doentes) e os macrólidos (14 doentes), em tempo médio de 13,8±4,7 dias. 19 doentes tinham já sido submetidos a antibioterapia pelo motivo presente, a maioria deles pertencentes a classes de menor gravidade. Documentada apirexia sustentada em média ao 3º dia (3,5±2,8), melhoria sintomática ao 4º dia (3,9±2,1) após a observação. Todos os doentes tratados em ambulatório tiveram uma evolução favorável, documentadas intercorrências em 2 deles (classe II e III). Dos doentes internados, 1 da classe V faleceu ao 8º dia, em 8 identificaram-se intercorrências (1 na classe I, 7 nas classes III a V), os restantes evoluíram favoravelmente. O tempo médio para a cura sintomática foi semelhante em ambos os grupos, em média de 10 dias.

Não foi possível determinar o estado de 11 indivíduos após o período de vigilância. 14 dos tratados em ambulatório encontravam-se bem e 4 com sintomas respiratórios; 23 dos internados encontravam-se bem, 3 com sintomas, 4 foram re-internados e 2 faleceram.

Ainda que mais doentes internados pertençam às classes de gravidade superior, um número significativo de doentes pertencentes a classes de gravidade I e II foram internados, o que sugere a sobrevalorização subjectiva da gravidade da PAC no serviço de urgência.

A maioria dos doentes com PAC evoluiu favoravelmente; 60,7% daqueles contactados (50) encontravam-se assintomáticos após 4 a 10 meses de vigilância.

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V
Nº de doentes	24	7	8	13	10
Ambulatório	17			5	
Internamento	14		26 – 2 inicialmente na UCIP		

C31. Pneumonias da comunidade num serviço de pneumologia

JOANA AMADO, S. NEVES, R. DUARTE

Serviço de Pneumologia do CHVNGaia

A Pneumonia adquirida na Comunidade (PAC) é uma doença comum que se pode apresentar de forma grave e ser importante causa de internamento e mortalidade entre indivíduos adultos imunocompetentes.

Avaliou-se a relação entre a gravidade de apresentação das PAC internadas, a sua evolução durante o internamento e o estado dos indivíduos após um período de vigilância.

Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos e radiológicos dos indivíduos admitidos por PAC no Serviço de Pneumologia do CHVNGaia entre Setembro 2000 e Março 2001.

Os doentes foram agrupados em 5 classes de ordem crescente de gravidade – critérios estabelecidos por *Fine MJ* e col. em 1997. A idade, sexo, comportamentos de risco (CR), antecedentes patológicos (AP), sintomas, alterações ao exame físico, analíticas e radiológicas, antibioterapia escolhida e sua duração, investigação etiológica, tempo de internamento e evolução durante o mesmo foram analisados e relacionados com a gravidade de apresentação da doença. O período de vigilância após o internamento foi de 4 a 10 meses.

Admitidos 107 doentes, 104 (97,2%) incluídos no estudo: 71,2% homens, idade média – 58,1±18,7 anos (mín – 17, máx – 93). Foram

internados directamente no serviço 97 doentes, 6 inicialmente na UCIP e depois transferidos, 1 na UCIP após admissão no Serviço.

A duração média dos sintomas foi de $5,6 \pm 4,1$ dias antes do internamento. A gravidade da apresentação radiológica (≤ 1 lobo – 54, > 1 lobo – 23, bilateral – 11, cavitação – 3, derrame – 7, associação dos anteriores – 6) foi independente da classe de gravidade.

A amoxicilina+ácido clavulânico (AA) foram prescritos em 21 doentes, macrólido+cefalosporina em 21, AA+aminoglicosídeo em 19 e macrólido em 14. Carbapenemes como 1ª escolha em 5 doentes e 2ª opção em 4. Quinolonas e vancomicina nunca foram de 1ª linha, usadas posteriormente em 3 e 1 doentes respectivamente. O tempo médio de antibioterapia foi de 14,8 dias, tendo sido necessário alterar o antibiótico em 19 doentes. Apirexia sustentada e melhoria sintomática em média ao 5º dia; sendo o tempo médio de internamento de $12,7 \pm 7,3$ dias. A rentabilidade diagnóstica foi de 18,5% (81 doentes estudados). A maioria dos doentes evoluiu favoravelmente, tendo sido documentadas intercorrências em 21 deles – 2 na classe I e II, 5 na classe III e 6 na classe IV e V. 4 doentes (3,8%) (classe V) faleceram.

Não foi possível determinar o estado de 26 indivíduos após o período de vigilância. 60 dos restantes encontravam-se bem, 5 com sintomas respiratórios, 6 foram re-internados e 7 faleceram.

A idade e os antecedentes patológicos são factores de maior importância na avaliação da gravidade das PAC do que os comportamentos de risco e a apresentação radiológica.

A maioria dos doentes internados pertence às classes de maior gravidade, ainda que um número significativo de doentes de classes de gravidade I e II tenha sido internado. A duração do internamento parece estar mais relacionada com o tempo de antibioterapia do que com a melhoria clínica. A taxa de mortalidade foi baixa, inferior à publicada em diversos estudos, provavelmente porque não foram analisadas todas as PAC tratadas no mesmo período em ambulatório e na UCIP.

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V
Nº doentes	22	11	16	32	23
Idade média	$37,7 \pm 8,6$	$54,0 \pm 14,8$	$52,1 \pm 15,6$	$64,6 \pm 14,1$	$74,9 \pm 14,5$
CR	59,1%	18,2%	43,7%	40,6%	43,5%
AP	9,1%	63,6%	50%	65,6%	87,0%

C32. Colheita de secreções traqueobrônquicas não dirigida, aspiração brônquica e LBA orientados por broncofibroscopia em doentes críticos com pneumonia

AUGUSTA MACHADO, ADRIANA MAGALHÃES,
ADELINA AMORIM, LOURDES IGLESIAS,
ANA MARIA MOTA, TERESA OLIVEIRA,
ISABEL COIMBRA, EDUARDA PEREIRA,
VENCESLAU HESPANHOL

Serviços de Pneumologia e de Anestesia e Cuidados Intensivos do H. S. João – Porto

O risco de contaminação bacteriana a partir das vias aéreas superiores é um problema inerente a qualquer técnica usada para obter amostras

de secreções do tracto respiratório inferior (TRI) na avaliação etiológica da pneumonia em doentes ventilados. Por isso, o valor das amostras colhidas é muitas vezes discutível e difícil de interpretar. Apesar de vários estudos terem demonstrado que as técnicas de lavado broncoalveolar e escovado protegidos apresentam uma sensibilidade e especificidade elevadas no diagnóstico etiológico das infecções do TRI, outros não mostram benefício na sua utilização. No nosso hospital estas técnicas ainda não são usadas por rotina.

Objectivo: comparação entre o resultado microbiológico da colheita de secreções efectuada por aspiração traqueobrônquica não dirigida, da aspiração brônquica dirigida e do LBA orientados por broncofibroscopia.

Material e métodos: estudo prospectivo com avaliação de 98 colheitas de secreções traqueobrônquicas realizadas "às cegas", seguida da aspiração brônquica dirigida e da realização de LBA em 37 casos. Foram efectuadas hemoculturas simultaneamente.

Resultados: foram realizadas 98 colheitas em doentes com pneumonia, ventilados mecanicamente, 29 internados por doença médica aguda, 15 por complicações pós-operatórias e 17 politraumatizados. Destes, 66,3% apresentavam infecção nosocomial e 33,7% adquirida na comunidade. Do grupo, 10 doentes não tinham feito qualquer antibiótico nas 72 horas que precederam a realização das colheitas, 37 estavam a receber antibióticos cujo esquema não se modificou e 17 tinham modificado o seu esquema antibiótico durante esse período.

A concordância entre as diferentes técnicas ultrapassa os 72% quando se comparou a aspiração traqueobrônquica cega e o LBA e os 80% quando se comparou a aspiração brônquica dirigida e o LBA. A concordância entre os resultados obtidos nas hemoculturas e qualquer das técnicas de colheita de secreções foi baixa, não ultrapassando 38%.

Conclusões: o diagnóstico e a identificação etiológica nas pneumonias no doente crítico representa uma dificuldade por vezes impossível de superar apesar dos meios disponíveis. As técnicas utilizadas mostram muitas vezes resultados díspares. Neste estudo encontramos uma importante concordância entre as diferentes técnicas de colheita de secreções no que se refere aos achados microbiológicos. A concordância obtida entre os agentes microbiológicos isoladas a partir de hemoculturas e os isolados das secreções traqueobrônquicas e LBA foi fraca, levantando a possibilidade de nalguns casos se tratar de colonização ou traqueobronquite bacteriana e não propriamente de uma pneumonia.

C33. Pneumonia grave da comunidade numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR)

G. BRUM, SOFIA FURTADO, J. VALENÇA,
F. MONTEIRO, J. T. MONTEIRO, P. AZEVEDO,
A. BUGALHO DE ALMEIDA

Na UCIR, nos últimos 11 anos (1990-2001) internaram-se 369 doentes (13% do total de internamentos) com Pneumonia da Comunidade (PAC). Excluídos 38 doentes com SIDA, analisaram-se 331 doentes no que respeita à gravidade (APACHE II), TISS, tempo de ventilação e mortalidade, comparando os doentes com idade ≥ 65 anos com os mais

jovens. Avaliou-se também a correlação de etiologia com a gravidade e mortalidade. Na identificação da etiologia as secreções brônquicas só foram consideradas na identificação da *Legionella*.

Só as diferenças na gravidade da patologia associada e na mortalidade tiveram significado estatístico, no entanto, comparando os idosos previamente saudáveis com os mais jovens também previamente saudáveis a diferença na mortalidade não teve significado estatístico. Das pneumonias com etiologia identificada (20%), a Pneumonia Pneumocócica correspondeu a 27% das Pneumonias bacterianas e a *Legionella* a 38% das “Pneumonias atípicas”. A pneumonia pneumocócica associou-se à maior gravidade de fase aguda, mas a pneumonia com maior mortalidade foi a da *Legionella*.

Como principais conclusões: a PAC mantém-se como uma infecção com impacto significativo na mortalidade na nossa Unidade. Os idosos tiveram maior mortalidade. Os idosos sem factores de risco associados tiveram uma mortalidade ligeiramente superior à dos doentes mais jovens previamente saudáveis, mas sem significado estatístico. O estado de saúde prévio, e não a idade, parece ser o factor com maior impacto na mortalidade dos idosos com pneumonia grave.

	Idade	TISS	APS*	EPS=5%** (% de doentes)	Dias de ventilação	Mortalidade
≤65 (225)	43,1	20	14,8	43	12,8	28
≥65 (105)	74,7	20	14,7	76 (p<0,0001)	13,6	47 p<0,001

* Acute Physiological Score do APACHE II

** Estado de saúde prévio do APACHE

e 16% feminino, sendo que 65% eram fumadores e 21% não fumadores; ex-fumadores 11%, 4% sem registo.

O cancro do pulmão de pequenas células apresenta uma discreta redução de ano para ano (17.6% em 1998; 17% em 1999 e 15% em 2000) e mantendo-se % sem grandes discrepância de Hospital para Hospital. Os outros tipos histológicos mostram uma forma global, predomínio do adenocarcinoma 36,3% vs. 31,8% para o epidermóide, com maiores alterações inter do que intra hospitalares ao longo dos anos.

Os estadios precoces (I;II e IIIA) mantiveram-se respectivamente com valores de 23,3% / 21,5% / 18,2% nos anos de 98/99/2000.

A primeira opção terapêutica foi em 37,6% dos casos a Quimioterapia, sem grandes flutuações ao longo dos anos e nos vários serviços, sendo a terapêutica considerada curativa – Cirurgia efectuada globalmente em apenas 10% dos casos.

Concluimos que apesar do esforço efectuado para o envio e portanto diagnóstico tão precoce quanto possível, continuamos a curar um reduzido nº de doentes e que diagnosticar mais, não significa curar mais, mas sim aumentar (nalguns casos) a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos doentes muitas vezes apenas com o melhor suporte. Não será certamente esta vertente que irá reduzir o Cancro do Pulmão, para isso teremos que desde já apostar na prevenção primária e secundária.

C34. Alguns dados epidemiológicos do cancro do pulmão no Norte de Portugal

BÁRBARA PARENTE¹, SARA CONDE¹,
HENRIQUE QUEIROGA², JOÃO CUNHA³,
FERNANDA JOÃO⁴, RUI NEVEDA⁵,
ANA FERNANDES⁶, MARIA MANUEL⁷,
CASTANHEIRA ABREU⁸, FRANCISCO COSTA⁹

(CHVNGaia)¹, (H.S. João)², (H. Braga)³, (H. Braga)⁴, (H. Viana Castelo)⁵, (H. Vila Real)⁶, (H. Guimarães)⁷, (H. J. Urbano)⁸, (H. Famalicão)⁹

Com o objectivo de avaliar não só a incidência do Cancro do Pulmão, mas também uniformizar critérios de diagnóstico e orientações terapêuticas, um grupo de Médicos Pneumologistas que diagnosticam e tratam cancro do pulmão em 9 Hospitais na Zona Norte de Portugal têm vindo a proceder numa forma prospectiva e desde 1998 a um trabalho conjunto que tornou possível efectuar a recolha anual de dados dos anos de 1998/99/2000 no que diz respeito a incidência, tabagismo, idade, sexos, PS, residência (urbana ou rural) variação de tipos histológicos e estadiamento, intra e inter hospitalares, assim como as respectivas terapêuticas.

Assim no triénio 98/00 foram diagnosticados e tratados, nos referidos hospitais, 1738 novos casos de cancro do pulmão com uma média de idades de 63.3 anos (máx. de 91; mín. de 28); 84% do sexo masculino