

qüente nos pacientes casados e menos nos viúvos, $p = 0,030$), com a renda familiar (técnica inadequada mais freqüente com a renda familiar menor, $p = 0,009$), com o tipo de dispositivo inalatório (técnica inadequada mais freqüente com o uso do aerossol dosimetrado do que os dispositivos em pós, $p < 0,001$). Não foi observada associação da técnica inalatória com sexo, idade, grau de instrução nem função pulmonar ($p > 0,05$). Conclusões: Uma percentagem significativa de pacientes asmático utiliza incorretamente os dispositivos inalatórios, sendo os erros mais freqüentes com a utilização do aerossol dosimetrado e em pacientes com renda familiar mais baixa. As estratégias educativas em asma devem priorizar esses grupos.

O EFEITO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO DE CURTA DURAÇÃO NO MANEJO DA ASMA.

LIANA FRANCISCATTO; DIEGO MILAN MENEGOTTO; ANGELA ZANONATO; FERNANDO SOLIMAN; MARCELO DE FIGUEIREDO; GLAUCO LUÍS KONZEN; DENIS MALTZ GRUTCKI; PAOLA PAGANELLA LAPORTE; PAULA BORGES DE LIMA; ROSEMARY RICARDA PETRIK PEREIRA; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN

Introdução: O processo educativo é fundamental para o manejo da asma. Os programas convencionais de educação em asma são prolongados e abrangem um número restrito de pacientes. As evidências da efetividade de programas de curta duração são precárias. **Objetivo:** Avaliar o efeito de um programa educativo de curta duração sobre o manejo ambulatorial da asma. **Métodos:** Estudo de coorte, antes e depois de um programa educativo de curta duração, em pacientes asmáticos, atendidos ambulatorialmente. Os dados clínicos foram registrados utilizando questionário padronizado. Foi realizada medida do pico de fluxo expiratório (PFE). O grau de controle da asma foi aferido de acordo com o proposto pela Global Initiative for Asthma (GINA). Os pacientes receberam orientação educativa de curta duração, imediatamente após o atendimento ambulatorial. Em reconsulta de rotina, os pacientes foram submetidos a uma nova avaliação. **Resultados:** 80 pacientes completaram a avaliação. Na consulta inicial, 6 pacientes utilizavam os dispositivos spray e 29 o dispositivo em pó de forma correta em todas as etapas, enquanto que, na reavaliação, 12 pacientes utilizavam adequadamente o dispositivo spray ($p = 0,829$) e 34 o dispositivo em pó ($p = 1,00$). A medida do PFE no momento inicial foi de 62,5% do previsto e de 60,3% na reconsulta ($p = 0,262$). Na avaliação inicial, a asma era totalmente controlada em 9 paciente, controlada em 15 e não controlada em 55, enquanto na reconsulta era totalmente controlada em 16, controlada em 10 e não controlada em 53 ($p = 0,075$). **Conclusões:** Não se observou efeito significativo de um programa educativo de curta duração sobre o uso correto dos dispositivos inalatórios, sobre a medida do PFE e sobre o grau

de controle da asma. É necessário estudar um número maior de pacientes.

A INFLUÊNCIA DA OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS NO TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS

HENRIQUE GIACOMOLLI DARTORA; PAULINE SIQUEIRA, RENATA HECK, CAMILA PETER, SÉRGIO MENNA BARRETO, MARIA ÂNGELA MOREIRA

Os pacientes com doenças obstrutivas apresentam, muitas vezes, limitação nas suas atividades diárias com redução da força muscular dos membros inferiores. A avaliação da capacidade física, inclui a espirometria para graduar a obstrução e o teste da caminhada de 6 minutos (TC6) para avaliação dinâmica. **Objetivo:** Analisar o comportamento dos parâmetros do TC6 em pacientes com diferentes graus de obstrução. **Metodologia:** Selecionamos pacientes adultos normais(N) e com obstrução(DPFP2002): leve(DVOL), moderada(DVOM), grave(DVOG), encaminhados para realização de espirometria na Unidade de Fisiologia Pulmonar do Serviço de Pneumologia do HCPA. A espirometria foi executada em equipamentos da marca Jaeger, utilizando-se os previstos de Crapo. O TC6 foi realizado em um corredor de 27m, sendo o paciente instruído a caminhar o mais rápido possível durante 6 minutos, seguindo as normativas da ATS 2002. Foram mensuradas (antes e após a caminhada) as variáveis: distância caminhada, saturação periférica de O₂(SpO₂), frequência cardíaca e dispnéia (Borg). **Resultados:** Incluímos 142 pacientes com uma média de idade de 64 anos. No grupo de pacientes, encontramos: 8 N, 23 DVOL, 42DVOM e 69DVOG. Houve diferença significativa na distância média percorrida entre os grupos, exceto entre o DVOL e DVOM, sendo: 544m no N, 461m no DVOL, 438m no DVOM e 366m no DVOG. O VEF1 mostrou correlação significativa com distância ($r=0,408$ $p=0,001$), com o Borg final ($r=-210$ $p=0,012$), com a SpO₂ final ($r=0,233$ $p=0,005$). A correlação entre a variação do Borg e da SpO₂ também foi significativa ($r=0,22$ $p=0,008$). Nos pacientes com DVOG, encontramos correlação do Borg final com a variação da SpO₂ ($r=0,434$ $p=0,001$) e da SpO₂ final com a variação do Borg ($r=-0,415$ $p=0,001$). **Conclusão:** Nosso estudo sugere que o grau de obstrução interfere na realização do teste, havendo tendência de menor desempenho e maior oscilação das variáveis nos pacientes com maior limitação do fluxo aéreo.

RISK FACTORS FOR MORTALITY AMONG HOSPITALIZED PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TUBERCULOSIS.

DENISE ROSSATO SILVA; DIEGO MILLAN MENEGOTTO, LUIS FERNANDO SCHULZ, MARCELO BASO GAZZANA, PAULO DE TARSO ROTH DALCIN

Background: Tuberculosis (TB) is one of the leading causes of morbidity and mortality. The purpose of this study was to identify the clinical and epidemiological factors associated with death in patients with TB, in a city with a high prevalence of TB and HIV. **Methods:** We conducted a retrospective, cohort study at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We used the information contained in the SINAN (National System of Information on Notifiable Diseases) to identify the cases of TB, between April 2005 and April 2007. The patients who began the treatment for TB after the hospitalization were included. Predictors of mortality were assessed. The primary outcomes were the in-hospital mortality and the mortality after discharge. **Results:** We evaluated the medical records of 311 patients with TB. The overall mortality rate, the mortality rate during hospitalization, and after discharge were 99/311 (31.8%), 50/311 (16.1%) and 49/261 (18.8%), respectively. Mechanical ventilation ($p < 0.0001$), consolidation in CXR ($p = 0.005$), and sputum-smear positive ($p = 0.016$) were predictors of in-hospital death in multivariate analysis. Independent predictors of mortality after discharge in multivariate analysis included total duration of hospitalization ($p = 0.039$), and current smoking ($p = 0.031$). **Conclusions:** We find a high overall mortality rate among patients hospitalized with TB in a region with high TB and HIV prevalence. Respiratory failure requiring mechanical ventilation, consolidation in CXR, and smear-negative sputum were associated with in-hospital mortality. The risk factors associated with death after discharge were current smoking and total length of stay.

FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA SIMULTÂNEA A ENFISEMA EM PACIENTES TABAGISTAS.

DENISE ROSSATO SILVA; MARCELO BASSO GAZZANA, MARLI MARIA KNORST, SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

Objetivo: Descrever os achados clínicos e funcionais de pacientes com a combinação de enfisema em lobos pulmonares superiores e fibrose pulmonar idiopática (FPI) em lobos inferiores, recentemente descrita na literatura médica. **Métodos:** Um grupo de 11 pacientes com a presença simultânea de enfisema e FPI foi identificado retrospectivamente. Todos os pacientes realizaram tomografia computadorizada de tórax com alta resolução e provas de função pulmonar. **Resultados:** Entre os 11 pacientes identificados, havia oito homens e três mulheres, com média de idade de $70,7 \pm 7,2$ anos (variação 61-86 anos). Todos os pacientes eram tabagistas (média de $61,5 \pm 43,5$ maços-ano). A capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a relação VEF1/CVF foram $72,1 \pm 12,7\%$, $68,2 \pm 11,9\%$ e $74,4 \pm 10,8$, respectivamente. Os volumes pulmonares foram normais em sete pacientes. Padrão restritivo foi observado em três pacientes e hiperinsuflação estava presente em um

caso. A capacidade de difusão pulmonar apresentou redução moderada a grave em todos os pacientes (média $27,7 \pm 12,9\%$ do previsto). No teste da caminhada de 6 minutos, realizado em dez pacientes, a distância caminhada foi de $358,4 \pm 143,1$ m, ocorrendo dessaturação $\geq 4\%$ em nove pacientes. Achados ecocardiográficos sugestivos de hipertensão pulmonar estavam presentes em quatro pacientes (média da pressão sistólica estimada da artéria pulmonar de 61,8 mmHg; variação 36-84 mmHg). **Conclusões:** A presença simultânea de enfisema e FPI causa alterações características nas provas de função pulmonar. O achado mais importante é a discrepância entre a capacidade de difusão e a espirometria.

RESISTÊNCIA AO FLUXO AÉREO EM DOIS TIPOS DE FILTROS HME SECOS E ÚMIDOS

FERNANDO NATANIEL VIEIRA; ANA CLAUDIA COELHO; RODRIGO FREITAS MANTOVANI

Introdução: Durante a respiração espontânea o ar inspirado é aquecido e umidificado ao passar pelas cavidades nasais e oral. Na ventilação mecânica (VM) invasiva essa função é realizada pelos filtros trocadores de umidade e calor (Heat-and-Moisture Exchangers-HME). **Objetivo:** avaliar a resistência à passagem de fluxo aéreo através de dois modelos de filtros HME (Filtro-1: Humid-Vent, GIBEC[®], Filtro-2: Higrobac S, DAR[®]). **Materiais e Métodos:** Os filtros foram avaliados secos (antes do uso) e úmidos (após 24 horas de uso em VM). A resistência à passagem de gás foi calculada através da relação entre fluxos determinados (40, 50, 60, 70, 90 e 120L/min) e a pressão gerada em centímetros de água. O fluxo aéreo ultrapassava apenas o filtro com abertura para o ambiente. **Resultados:** Os diferentes níveis de fluxo aéreo não alteram a resistência nos filtros 1 e 2 secos, respectivamente: média $2,04 \pm 0,03$ e $3,03 \pm 0,04$ cmH₂O/L/s. Quando úmidos a resistência média aumentou nos filtros 1 e 2, respectivamente: $2,64 \pm 0,26$ e $3,41 \pm 0,27$ cmH₂O/L/s; que reduziu gradativamente a resistência ao acréscimo de fluxo. O Filtro-1 possui resistência significativamente menor comparado ao Filtro-2, tanto seco quanto úmido, respectivamente: $-0,988$ (IC95% $-1,06$ a $-0,91$); $p < 0,001$ e $-0,768$ (IC95% $-1,17$ a $-0,36$) $p < 0,005$. Tanto o Filtro-1 quanto o Filtro-2 aumentam significativamente a resistência quando umidificados por 24 horas de uso, respectivamente: $-0,598$ (IC95% $-0,88$ a $-0,31$) $p < 0,005$ e $-0,379$ (IC95% $-0,65$ a $0,09$) $p < 0,005$. **Conclusão:** A resistência dos filtros avaliados é relativamente pequena, porém, o Filtro-1 é menos resistente que o Filtro-2. A umidificação após um dia em VM resulta em acréscimo significativo na resistência nos dois modelos de filtros HME, sendo maior nos fluxos habitualmente usados na VM.

ABORDAGEM DO TABAGISMO: PERFIL DO PACIENTE E TEMPO DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO