

droga. Após a retirada gradual do óxido nítrico, os valores da PaO₂ mantiveram-se em torno de 61.3mmHg (SatO₂: 91%). Os autores discutem o emprego do óxido nítrico na síndrome hepatopulmonar grave.

P-026C COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS EM TRANSPLANTADOS RENAI: LEVANTAMENTO PRÉ E PÓS TRANSPLANTE

Cavalcanti MN, Fernandes JC, Alves AV, Freitas AP, Bittar AE, Santos AF, Keitel E, Garcia VD, Teixeira PJZ.

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (CHSC) E FFFCMPA

Introdução: As complicações respiratórias são importante causa de morbimortalidade em transplantados renais. Estima-se sua incidência geral entre 18 a 24%, sendo que, destas, 8 a 16% se devem a pneumonias. **Objetivo:** Avaliar a incidência das complicações respiratórias em transplantados renais e sua correlação com quadro respiratório prévio. **Delineamento e metodologia:** Estudo de coorte contemporâneo. Foram analisados pacientes adultos que realizaram transplante renal no CHSC no período de fevereiro de 1999 a fevereiro de 2001 (25 meses), sendo acompanhados por um tempo mínimo de 6 meses. Foi realizada avaliação clínica, laboratorial e radiológica pré-transplante e reavaliação na vigência de complicação respiratória. **Resultados:** Foram avaliados 160 transplantados renais. A idade média foi de 38,1 anos, sendo 58,4% do sexo masculino e 41,6% feminino. Dentre as patologias respiratórias prévias e crônicas, as mais frequentes foram a broncopneumonia e a rinite, respectivamente. Tabagismo prévio foi evidenciado numa moderada porção dos pacientes, sendo mais de 50% absenteista atualmente. Com relação a doença granulomatosa, menos de 5% tiveram tuberculose (TBC) prévia. Nos achados radiológicos prévios, observou-se alterações nos seios paranasais predominando o espessamento de mucosa e de alterações no tórax, predominando nódulos pulmonares e paquipleuris. As complicações respiratórias mais observadas foram broncopneumonias e sinusites. **Conclusão:** A prevalência de complicações respiratórias nesta amostra estudada foi maior que a descrita na literatura, pois foram consideradas via aérea superior e inferior. Apoio FAPERGS.

P-027C PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS EM PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO – RESULTADOS PRELIMINARES

Ferreira MAP, Oliveira CTM, Menna Barreto SS, Knorst MM, Álvares da Silva MR

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: As pressões respiratórias máximas (Pmax) incluem a pressão inspiratória máxima (Pimax) e a pressão expiratória máxima (Pemax). Entre as causas de redução das Pmax estão doenças mecânicas, metabólicas e nutricionais. A determinação rotineira da Pimax, é um exame simples, acessível e barato. Os pacientes cirróticos geralmente, encontram-se desnutridos, com ascite e eventualmente com distúrbios hidroeletrólíticos, nestes casos espera-se que a Pimax esteja diminuída e esta poderia ser usada como mais um marcador nutricional. **Objetivos:** Estudar as pressões respiratórias máximas em pacientes portadores de hepatopatia candidatas a transplante hepático. **Materiais e Métodos:** 29 pacientes consecutivos adultos submetidos a avaliação pulmonar pré-transplante hepático. Os pacientes realizaram 3 manobras aceitáveis e reprodutíveis de pressões inspiratórias máximas e pressões expiratórias máximas. A tabela com valores previstos foi a de Black & Hyatt. Foram dosadas albumina, bilirrubina, determinada a presença de ascite, avaliação neurológica e nutricional e classificados segundo critérios de Child. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 48 anos (16-69 anos), 16 homens (55,2%) e 13 mulheres. Oito pacientes (27,6%) foram não tabagistas, 10 pacientes (34,5%) eram tabagistas atuais e 11 pacientes (37,9%) eram ex-tabagistas. O diagnóstico de DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) foi feito em 3 pacientes (10,3%). O tempo médio de diagnóstico de cirrose foi de 2,6 anos, variando de 1 a 7 anos. Sete pacientes (24,1%) eram Child A, 17 (58,6%) Child B e 4 (13,8%) Child C, sendo que 1 paciente não foi classificado. A média da Pimax encontrada na amostra foi de 71,8% (21,9% a 130%). A média da Pemax foi de 71,2% (24,2% a 150%) do previsto. As médias da Pimax não diferiram nos pacientes com e sem ascite (76,1% e 69,1% respectivamente, $p = 0,07$) As médias de Pemax também não diferiram entre os pacientes com e sem ascite (77,6% e 67,2%, $p = 0,17$). Não houve diferença estatisticamente significativa nos valores médios de Pimax e Pemax quando comparados de acordo com a classificação de Child. **Conclusão:** Os pacientes candidatas a transplante hepático, até agora estudados, apresentaram valores de Pmax com média dentro da faixa de normalidade, não tendo havido diferença nos grupos com e sem ascite, nem em relação à gravidade da hepatopatia.

P-028C CAUSAS MÚLTIPLAS DE MORTE POR TUBERCULOSE E AIDS, RIO GRANDE DO SUL, 1999

Santo, A.H.¹; Grassi, P.R.²; Pinheiro, C.E.³

(¹FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA/USP, ²SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL, ³DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS - MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Introdução: A mortalidade por tuberculose (TBC) apresenta tendência crescente desde a eclosão da epidemia da AIDS. Entretanto o aumento evidenciado segundo a causa básica não reflete a importância da mortalidade por tuberculose. A TBC tem sido evidenciada como causa associada de morte importante em outras Unidades da Federação. **Objetivos:** Descrever a mortalidade por TBC e relacionada a Aids segundo causas básicas e associadas de morte. **Métodos:** Dados sobre óbitos foram obtidos na Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (RS) e sobre estimativas de população no Datasus. As causas de morte foram codificadas pelas formas clínicas da tuberculose no agrupamento A15-A19 e suas seqüelas na categoria B90, segundo as disposições da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. O programa Tabulador de Causas Múltiplas (TCM) processou as causas associadas de morte. **Resultados:** A TBC ocorreu como causa básica em 335 óbitos, sendo 252 em homens e 83 em mulheres, correspondendo aos coeficientes de mortalidade de 3,4, 5,2 e 1,6 por 100.000 habitantes totais, homens e mulheres. As principais causas associadas das mortes totais foram a insuficiência respiratória (40,3%), doenças do aparelho respiratório residuais (19,1%), afecções mal definidas (18,5%)

e caquexia (12,8%). A TBC foi mencionada como causa associada em outros 255 óbitos, dos quais em 161 (63,1%), a Aids foi a principal causa básica. Os coeficientes de mortalidade segundo todas as menções de TBC foram de 5,9, 9,4 e 2,6, respectivamente, por 100.000 habitantes, homens e mulheres. A TBC ocorreu como causa associada em 15,4% (161/1.047) dos óbitos devidos a Aids. **Conclusão:** A importância da inter-relação entre a TBC e Aids evidenciou-se por meio do estudo das causas básicas e associadas de morte. A consideração de todas as menções da TBC como causa de morte resgata sua história natural e importância na mortalidade da população.

P-029C TUBERCULOSE PULMONAR E CARCINOMA BRÔNQUICO PRIMÁRIO DE PULMÃO

Morandi, P.; Hetzel J.L.

FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE/PAVILHÃO PEREIRA FILHO (PPF)-ISCMPA.

Introdução: Devido à alta mortalidade do carcinoma brônquico primário de pulmão e à alta incidência deste no nosso meio (16:100.000 na região sul do Brasil), surge a necessidade de identificar possíveis fatores de risco para essa neoplasia, além dos já conhecidos. **Objetivo:** Analisou-se a prevalência de história passada de tuberculose (TBC) pulmonar em uma população de pacientes com carcinoma brônquico primário de pulmão (CA), dos tipos adenocarcinoma (AD) e carcinoma escamoso (CE), do PPF. Verificou-se também a prevalência de tuberculose nos dois tipos histológicos de carcinoma de pulmão. **Métodos:** Esse trabalho é um estudo de casos retrospectivo que constou da revisão dos prontuários de uma população de pacientes com CA, diagnosticados no PPF por biópsia pulmonar durante o período de janeiro a dezembro de 2000. Foram selecionados os pacientes com CA dos tipos histológicos AD e CE, através da análise dos laudos anatopatológicos. São divulgados os resultados parciais da pesquisa realizada durante o período de janeiro a junho de 2000, perfazendo uma amostra de 71 pacientes. **Resultados:** Foram analisados os prontuários de 71 pacientes, 33 com diagnóstico de CE e 38, com AD. Do total da amostra, 21,12% (n=15) tiveram história passada positiva de TBC, sendo que 9 (60% dos pacientes que apresentam história passada positiva de TBC) têm diagnóstico de CE e 6 (40%) têm de AD. Foi analisado também o local da TBC passada e o local do CA. Em 66,66% (n=10) dos pacientes com história de TBC, conhecia-se o local da desta doença, destes 60% (n=6) tinham a TBC passada e o CA atual no mesmo local – lobo superior direito, e em 40% (n=4) os locais das doenças não coincidiam. Foram analisados também outros fatores de risco para CA, como tabagismo, história prévia e familiar de neoplasia, sexo, raça e profissão. Do total da amostra, 73,23% (n=52) eram tabagistas e 26,76% (n=19) não eram tabagistas. Dos 19 pacientes não tabagistas, 73,68% (n=14) têm diagnóstico de AD e destes 21,42% (n=3) eram fumantes passivos por mais de 30 anos e 21,42% (n=3) tinham história passada de TBC. **Conclusão:** São divulgados dados parciais do trabalho, o que não permite conclusões sobre os objetivos propostos. Constatou-se, até agora, que na amostra de pacientes que desenvolveram CA a prevalência de TBC (21,12%) é maior que a da população geral do Rio Grande do Sul que foi estimada em 0,038% para o ano de 2000 pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

P-030C RESSURGIMENTO MUNDIAL DA TUBERCULOSE – A CULPA É DO HIV?

Eduardo W. Zettler, Gustavo Chatkin, Fábio J. B. Souza.

CURSO DE MEDICINA – UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL (ULBRA), CANOAS – RS.

Introdução: A incidência de tuberculose vinha apresentando em todo o mundo uma queda média de 8% ao ano desde o início do uso da estreptomicina na década de 50. Desde 1984 esta tendência se inverteu, ocorrendo um crescimento anual de 14% no número de casos novos. O aparecimento da SIDA, com a co-infecção TBC/HIV, é considerado o principal determinante deste fenômeno global. **Objetivos:** Analisar as taxas de incidência e mortalidade por tuberculose e SIDA e a prevalência da co-infecção TBC/HIV no mundo, correlacionando estes achados com o ressurgimento da tuberculose nos últimos anos. **Métodos:** Revisão dos boletins epidemiológicos anuais da World Health Organization, disponíveis na Internet (www.who.int). **Resultados:** Aproximadamente 1/3 da população mundial está infectada pela tuberculose (2 bilhões de pessoas), sendo que 10% desenvolverão a doença durante a vida. Já o HIV infecta atualmente 36,1 milhões de pessoas no mundo (0,006% da população). A incidência anual de TBC é de 8 milhões de casos novos, enquanto a de SIDA é de 5,3 milhões, sendo que 1,76 milhões destes apresentam a co-infecção TBC/HIV. A tuberculose causa 2 milhões de mortes anuais, enquanto a SIDA é responsável por cerca de 3 milhões de óbitos. **Conclusões:** A incidência anual da co-infecção TBC/HIV é significativa, porém não justifica totalmente a explosão da tuberculose nos últimos anos, que independe do simultâneo aumento dos casos de SIDA.

P-031C TUBERCULOSE ÓSSEA ATÍPICA DIAGNOSTICADA POR BIÓPSIA

Vaidergorn, J.; Araujo R.A.; Bernardo M.T.; Ferreira R.G.; Machado A.L.; Marquetti M.A.; Morelli T.R.; Silva A.A.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Introdução: A tuberculose é a doença infecciosa líder no mundo em sua morbidade e mortalidade. Aproximadamente 3,8 milhões de novos casos, tanto pulmonar como extrapulmonar, em países em desenvolvimento foram relatados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no início da década de 90. Estima-se que 26% das mortes evitáveis nos países em desenvolvimento são atribuídas à tuberculose. No Brasil surgem cerca de 130.000 casos novos por ano. **Objetivo:** Relato de um caso de TB óssea com apresentação atípica diagnosticada por biópsia. **Método:** SAL, 30 anos, masculino, branco, natural e procedente de SP, motorista, casado, católico. Apresentou: dor em hemi-tórax direito ventilodependente, dispnéia, tosse com expectoração esverdeada e lavios de sangue, emagrecimento e febre diária. Ao exame físico apresentava-se em: REG, emagrecido, descorado++, dispnéico, febril com murmúrios vesiculares diminuídos em terço inferior de hemitórax direito. Diagnosticou-se empiema inespecífico que foi drenado e encaminhado para uma toracotomia higiênica. A baciloscopia e o anti-HIV foram negativos. Após seis meses, evoluiu com abaulamento no manúbrio. Ao RX de