

ARTIGO ORIGINAL

Causas de morte de doentes internados por tuberculose

L. MOTA*, J. HENRIQUES**, L. VIEIRA**, M.J. MARQUES GOMES***

Hospital de Pulido Valente. Serviço de Pneumologia 4.

RESUMO

Apesar da tuberculose ser uma doença curável, assistimos com alguma frequência à morte de doentes internados no departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente com esta afecção. Resolvemos analisar a causa de morte de 26 doentes internados nos anos de 1993 e 1994.

Procurou-se analisar as presumíveis causas de morte destes 26 doentes, predominantemente do sexo masculino (88%), raça caucasiana (81%) com idade média de 54,4 anos. Salientamos que 50% tinham hábitos alcoólicos e história prévia de tuberculose. Tinham patologia associada 42%, sendo a DPOC a mais frequente. Tinham seropositividade para o VIH 41,6%, doença disseminada 54% e atingimento radiológico do tórax muito extenso 62%. Quanto às causas de morte, em 10 doentes encontramos outras causas que não a tuberculose e em 16 foi aceite a tuberculose. Entre estes, 5 eram seropositivos, 6 tinham doença disseminada, 4 tinham formas muito extensas e 3 idade superior a 75 anos. Um doente faleceu com uma hemoptise fulminante.

Salientamos que o elevado número de falecidos com hábitos alcoólicos e de toxicofilia, poderiam justificar uma menor adesão ao tratamento e daí uma maior mortalidade. A morte por tuberculose foi

* Interna de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente

** Assistente Hospitalar Graduado do Hospital de Pulido Valente

*** Professora Associada da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa,
Directora do Serviço de Pneumologia 4 do Hospital de Pulido Valente

Recebido para publicação em 96.11.22

mais frequente entre as formas mais extensas e as formas disseminadas.

Palavras-chave: Tuberculose; mortalidade; causas de morte

ABSTRACT

Although tuberculosis is a curable disease, some patients still died from it. We analysed the cause of death of 26 patients who died with tuberculosis in our Department.

Male (88%) and caucasian (81%) with a mean age of 54.4 years old were the most frequent patients in our review. Fifty percent were alcoholic and had a previous history of tuberculosis. 42% patients had associated diseases, predominantly COPD. HIV seropositivity existed in 41.6%, disseminated disease in 54% and 62% had a very extense pulmonary tuberculosis. Among causes of death, in 10 patients it was due to other causes and in 16 tuberculosis was admitted as the cause of death.: 5 patients were HIV positive, 6 had disseminated disease, 4 had radiologically very extensive disease and 3 patients had more than 75 years old.

Among our patients there was a great number of alcoholic and drug-abusers probably without treatment compliance justifying the high mortality. Mortality was greater among disseminated tuberculosis patients and patients with very extensive pulmonary tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença da qual existem vestígios desde há pelo menos 5000 anos. A elevadíssima taxa de mortalidade verificada até meados do nosso século devia-se fundamentalmente à inexistência de tratamento eficaz. Com o aparecimento dos primeiros antibióticos em 1945, e particularmente com a descoberta da isoniazida em 1952, assistiu-se a uma clara diminuição da mortalidade, já que passou a ser possível e habitual a cura e também da morbilidade, dado que a transmissão diminuiu. A taxa de mortalidade passou a ser um índice de escassa importância na avaliação da situação epidemiológica duma comunidade. Criou-se então na comunidade científica a convicção de que a tuberculose deixaria a curto/médio prazo de constituir um importante problema de Saúde Pública.

De facto, assistiu-se a uma diminuição a nível mundial da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*

desde 1954 até 1985, particularmente significativa nos países mais desenvolvidos. Contudo a partir desta data verificou-se um recrudescimento desta doença o que, pelo menos em parte, se pode relacionar com a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (5), estimando-se actualmente em 10 milhões o número de infectados por este vírus e calculando-se que 8,4% dos novos casos de tuberculose estão relacionados com esta infecção (1).

Passados quase 50 anos esta afecção continua a ser a infecção mais prevalente no mundo, com uma incidência anual que ronda os 8 milhões de casos e os 3 milhões de mortos, sendo responsável por cerca de 7% do total de causas de morte nos países em vias de desenvolvimento (3) e constitui a 5ª causa de morte no mundo, seguindo-se às doenças cardiovasculares responsáveis por 12 milhões, e às infecções respiratórias agudas, aos tumores malignos e às diarreias cada uma responsável por 5 milhões de mortes por ano.

A evidente importância desta patologia associada

ao facto de nos anos de 93/94 terem falecido 10,7% dos doentes internados com o diagnóstico de tuberculose, no Hospital de Pulido Valente, levou-nos à realização de um estudo retrospectivo em que se tentou avaliar a efectiva responsabilidade da tuberculose na morte destes doentes bem como os principais factores com ela relacionados.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos hospitalares de 26 doentes falecidos com tuberculose no Departamento de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente nos anos de 1993 e 1994.

Foram analisadas para além das características gerais da população (sexo, idade, raça), os antecedentes pessoais de tuberculose, a patologia associada, a coexistência de seropositividade para o VIH, a forma de apresentação radiológica e a extensão da doença.

Procurou-se por fim analisar as presumíveis causas de morte nos doentes falecidos com este diagnóstico.

RESULTADOS

A população era constituída maioritariamente por doentes do sexo masculino (88%), de raça branca (81%) e com idades compreendidas entre os 24 e os 86 anos, sendo a idade média de 54,4 anos.

A percentagem de fumadores era de 46% (12 doentes) e 50% tinham hábitos alcoólicos moderados ou acentuados.

Em 13 doentes (50%) havia história prévia de tuberculose pulmonar e 11 (42%) apresentavam mais de 2 internamentos hospitalares anteriores com este diagnóstico.

Existia patologia associada em 11 doentes (42%), predominando a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e o alcoolismo crónico. A seropositividade para o VIH verificou-se em 5 dos 17 doentes avaliados (41,6%).

No que respeita à extensão, a doença era dissemi-

nada em 54% dos casos e localizada em 46%. Os padrões radiológicos predominantes foram o muito extenso (62%) e o miliar (35%).

A cultura de expectoração e/ou secreções brônquicas constituiu o método de diagnóstico mais frequentemente utilizado - 17 doentes (65%), tendo a autópsia sido efectuada apenas em 4 doentes (15,4%); em 2 doentes o diagnóstico assentou exclusivamente em dados clinico-radiológicos.

Testes de sensibilidade aos antibacilares foram efectuados em 7 casos, tendo-se em 4 detectado resistências (3 à isoniazida - duas múltiplas e uma isolada - e 1 à estreptomomicina) (Quadro I).

QUADRO I

Resultados dos testes de sensibilidade aos antibacilares efectuados em 7 doentes

• Sem resistências 3				
	H	3 doentes		II HR
• Com resistências 4	S	1 doente		IRE

Finalmente analisámos as prováveis causas de morte destes doentes e encontrámos outras causas que não a tuberculose em 10 doentes: em 3 motivada por agudização de insuficiência respiratória em doentes com DPOC, em 3 por hepatopatia crónica descompensada, em 2 por tromboembolismo pulmonar, num por enfarte agudo de miocárdio e noutro por cetoacidose diabética.

Dos 16 doentes em que a única entidade nosológica encontrada foi a tuberculose, 5 eram seropositivos para o VIH e, em dois deles, não foi possível excluir a associação com pneumonia a *Pneumocystis carinii*; os restantes 11 apresentavam doença disseminada em 6 casos, formas particularmente extensas da doença em 4 (3 com idade superior a 75 anos) e num caso a causa de morte foi uma hemoptise fulminante (Quadro II).

QUADRO II

Distribuição das presumíveis causas de morte

Tuberculose n = 16 doentes		Outras causas n = 10 doentes	
SIDA	5	DPOC/Insuf. respiratória aguda	3
Doença disseminada	6	Hepatopatia crónica descompensada	3
T. pulmonar muito extensa	4	Tromboembolismo pulmonar	2
Hemoptise fulminante	1	Enfarte agudo do miocárdio	1
		Cetoacetose diabética	1

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

a) Os dados que dizem respeito à distribuição por sexos são concordantes com os descritos na literatura para a tuberculose com um predomínio nítido do sexo masculino. Relativamente à idade parece-nos de realçar o facto de existirem dois grupos distintos: um com uma idade inferior à média geral – constituído por doentes com formas disseminadas da doença, e dentro destes pelos seropositivos para o VIH e um segundo constituído por doentes mais idosos em que à tuberculose se associavam doenças crónicas como a DPOC e a hepatopatia alcoólica.

b) O facto de termos verificado a existência de um elevado número de doentes com patologia associada (nomeadamente DPOC e doença hepática crónica) em fases avançadas da sua doença e com múltiplos internamentos hospitalares prévios, leva-nos a meditar sobre o possível envolvimento da transmissão nosocomial da tuberculose e reforça-nos a convicção da necessidade urgente de criação de estruturas adequadas para tratamento deste tipo de doentes.

c) A existência de história anterior de tuberculose, em especial, de mais de dois internamentos hospitalares por este motivo, foram detectadas num significativo número de doentes com hábitos alcoólicos acentuados (10) e toxicodependência (4). Parece-nos lícito admitir que uma menor aderência e mesmo um eventual abandono dos esquemas terapêuticos, tenha contribuído nestes doentes, para o desenvolvimento de formas mais graves com o adicional risco do apareci-

mento de resistências aos antibacilares que detectámos em 3 deles.

Nesta revisão apesar do número reduzido de testes de sensibilidade aos antibacilares a que tivemos acesso, parece-nos ser relevante o facto de termos encontrado resistências em quatro doentes e multirresistência em dois. Não existem ainda números globais sobre as resistências aos antibacilares no nosso país estando a decorrer vários estudos com esta finalidade mas parece ser convicção de quem lida com este problema diariamente, que o número é progressivamente crescente. Estudos de prevalência realizados em Nova Iorque (2), mostraram 23% de estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* com resistências primárias e 44% de resistências secundárias a pelo menos um antibacilar e 7 e 30% com resistência primária e secundária respectivamente, à INH e RMP simultaneamente, o que constituem obviamente números preocupantes dada a escassez de armas terapêuticas eficazes que nos restam.

d) O número de seropositivos para o VIH, encontrado neste trabalho (19%), podendo estar subestimado, dado que desconhecemos em 35% dos doentes o resultado desta serologia, parece vir reforçar a ideia de que estes doentes desenvolvem formas mais graves, e neste caso letais, de tuberculose.

e) O curso fatal da doença associa-se claramente a formas muito extensas ou disseminadas da doença, o que nos parece justificar uma atitude mais agressiva na identificação precoce destas situações recorrendo ao internamento hospitalar e à utilização atempada de

métodos de diagnósticos invasivos (ex. biópsia hepática, punção lombar, etc) para o seu despiste.

f) Verificámos finalmente, neste estudo que, em 40% dos casos, foi possível identificar uma causa de morte distinta da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, relacionada com afecções mórbidas coexistentes.

Nestes doentes, com patologia crónica, grupo etário avançado e múltiplos internamentos hospitalares prévios a nossa actuação deverá orientar-se fundamentalmente para a prevenção e profilaxia da infecção, já que a eficácia da nossa actuação terapêutica se enfrenta com importantes limitações.

Nos doentes em que outra causa não foi encontrada salienta-se a alta prevalência de seropositividade para o VIH (19%) e um predomínio claro de formas disseminadas da doença (62%).

Medidas tendentes à obtenção de um diagnóstico

precoce e uma agressiva atitude terapêutica, poderão, nestes doentes contribuir, decisivamente, para a diminuição da mortalidade.

Meio século depois da descoberta da cura, continuamos a confrontarmo-nos com formas muito graves, crescentemente multirresistentes e por vezes mortais de apresentação da tuberculose.

Se na implementação de medidas gerais de política sócio-económica imprescindíveis à atenuação do problema, a nossa capacidade de actuação é, obviamente, limitada, temos contudo o dever e a responsabilidade de criar, a nível hospitalar, as condições óptimas de tratamento, em regime de isolamento, da tuberculose em doentes seropositivos, com formas graves ou extensas ou com suspeita de multirresistências, sob pena de estarmos, activamente, a contribuir não só para a perpetuação desta pandemia, como, sobretudo, para o exponencial aumento de formas intratáveis e, conseqüentemente, mortais da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. DOLIN, P.J. et al. – Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. Bull. W.H.O. 72(2):213; 1994.
2. FRIEDEN, T.R. et al. – N. Engl. J. Med. 328:521; 1993.
3. RAVIGLIONE, M.C. et al. – Secular trends of tuberculosis in Western Europe. Bull. W.H.O. 71:297; 1993.
4. STYBLO, K. – The impact of HIV infection on the global epidemiology of tuberculosis. Bull. U.I.C.T.L.D. 66:27-32; 1991.