

abaixo dos valores de referência, com 97,9 mg/dL. Fez acompanhamento para possível bulectomia; contudo, devido ao prejuízo tecidual bilateral, a cirurgia foi contraindicada pelos riscos. Paciente aguardará transplante pulmonar, com orientação absoluta de cessar tabagismo. Foi prescrito formoterol, spiriva, bupropiona, adesivo de nicotina e reabilitação com fisioterapia respiratória. **CONCLUSÃO:** Na deficiência da AAT, o enfisema é causado por um desequilíbrio entre protease-antiprotease, que gera mecanismos de perda de função e toxicidade⁴, o que torna os pulmões incapazes de se protegerem das agressões de exposições ambientais e do ataque proteolítico da elastase dos neutrófilos². Associada ao tabagismo, potencializa o declínio da função pulmonar, tendo maior risco de evolução para enfisema precoce. Usualmente, só é detectado após grandes danos no pulmão e início da sintomatologia². O tratamento específico de reposição de AAT encontra-se inacessível à população em geral¹. Pacientes, como o do relato, com alta carga tabágica têm poucas opções terapêuticas, visto ser insuficiente o tratamento de DPOC usual, cirurgias alternativas serem arriscadas e o transplante pulmonar ser demorado e contraindicado à fumantes ativos. Há poucos estudos e discussão a respeito da deficiência de AAT. O diagnóstico precoce e a triagem familiar para aconselhamento podem ter um grande impacto tanto na prevenção da DPOC quanto na complexidade de manejo do paciente.

eP2181

Treinamento muscular inspiratório em pacientes dispneicos com doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca coexistente: um ensaio clínico randomizado multicêntrico

Pietro Raphaelli Manfroi; Franciele Plachi; Fernanda Machado Balzan; Danilo Cortozi Berton
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: Intolerância ao exercício e dispneia são características marcantes em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O treinamento muscular inspiratório (TMI) melhora significativamente esses sintomas em pacientes com IC e DPOC isoladamente. No entanto, faltam evidências que permitam recomendar o TMI em pacientes com DPOC e IC coexistentes (DPOC+IC). **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos do TMI na força, dispneia e capacidade de exercício de pacientes com DPOC+IC incluídos no centro HCPA. **MÉTODOS:** Estudo clínico randomizado, multicêntrico, internacional (ClinicalTrials.gov NCT02579200), em andamento, onde são incluídos pacientes dispneicos (índice de dispneia basal (IDB)<8), com IC (FEVE<50%)+DPOC (VEF1<80%; VEF1/CVF<70%) e fraqueza muscular inspiratória (pressão inspiratória máxima (PIM) <70cmH2O). Desfechos avaliados: tempo de tolerância (Tlim) no teste de exercício cardiopulmonar (TECP) de carga constante (75% da carga de pico do TECP incremental basal); teste de caminhada de 6 minutos (TC6); PIM; e questionários de dispneia (IDB e Índice de Dispneia Transicional (IDT)) antes e após o TMI. Os pacientes são randomizados em grupo TMI e SHAM; ambos realizando duas sessões de TMI/dia por 8 semanas. No grupo TMI, a carga inicial é de 50% da PIM com ajuste de carga semanal; para o grupo SHAM utiliza-se carga constante de 10% da PIM. **RESULTADOS:** No centro HCPA, dos 49 pacientes avaliados, 6 satisfizeram os critérios de inclusão/exclusão. Desses, 4 completaram o protocolo do estudo (idade:70,2±6,9; 3 masc, IMC:24,8±3,3Kg/m²; FEVE:31,5±12,8%; VEF1:51,2±21,6%; VEF1/CVF:0,58±0,15; classe funcional NYHA III: 100%; mMRC 2,7±0,5) e 2 foram excluídos (1 exacerbação da DPOC, 1 IAM). O grupo TMI (n=3) apresentou aumento de PIM (37,2±9,9 para 58,3±27,5cmH2O), distância caminhada no TC6 (321±69 para 387±84m), Tlim (331±82 para 776±25s) e melhora de 3±1 unidades no IDT após o TMI. No grupo SHAM (n=1) também foi observado aumento da PIM (67 para 78cmH2O) e Tlim (194 para 295s). No entanto, a distância caminhada no TC6 reduziu (442 para 419m) e o IDT não apresentou alteração no pós intervenção. **CONCLUSÃO:** Os resultados preliminares demonstram de forma descritiva que o TMI parece ser efetivo em melhorar a força muscular inspiratória, tolerância ao exercício e dispneia em pacientes com DPOC+IC e fraqueza muscular inspiratória.

eP2693

Fatores associados à fadiga na doença pulmonar obstrutiva crônica: um estudo transversal

Brenda Kuser Fegalo; Larissa Andrade Stuermer; Rafaela Kathrine da Silva; Patrícia Coertjens; Marcelo Coertjens; Ana Cláudia Coelho; Marli Maria Knorst
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) costumam apresentar dispneia e podem também relatar fadiga. Fatores associados à fadiga foram apenas parcialmente estudados na DPOC. **Objetivo:** Estudar a relação entre fadiga, estado funcional, qualidade de vida e alterações do humor na DPOC. **Métodos:** Pacientes com DPOC GOLD 3/4 (n = 22, 18 do sexo feminino) realizaram espirometria e teste de caminhada de 6 minutos. A fadiga foi medida usando a versão abreviada de 13 itens da escala FACIT-F. A qualidade de vida foi avaliada usando o questionário respiratório Saint George (SGRQ) e ansiedade e depressão usando os inventários de ansiedade e depressão de Beck, BAI e BDI, respectivamente. As associações entre fadiga e outras variáveis foram examinadas usando o teste de correlação de Spearman. Um valor de p<0,05 foi considerado significativo. **Resultados:** A média de idade foi de 57 ± 5,3 anos e a média do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) foi de 0,78 ± 0,21 L, 29,7 ± 7,8% do previsto. Não houve correlação entre fadiga e variáveis funcionais como VEF1 ou distância caminhada em 6 minutos (p>0,05). No entanto, houve uma correlação significativa entre os escores de fadiga e escores do BDI (r=-0,567; p=0,006) e do BAI (r=-0,723; p=0,0001). A fadiga se relacionou significativamente com o escore total (r=-0,603; p=0,003) e domínio impacto do SGRQ (r=-0,656; p=0,0001), porém nenhuma correlação foi observada com os domínios sintomas e atividade do SGRQ (p>0,05). **Conclusões:** A fadiga se associou com qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão, sem relação com a capacidade funcional em pacientes com DPOC grave ou muito grave.

eP2734

Efeito da pressão positiva expiratória sobre a hiperinsuflação dinâmica e a capacidade de exercício com membros superiores em portadores de DPOC

Bruno Baron Spolidoro; Dannuey Machado Cardoso; Ricardo Gass; Dulciane Nunes Paiva; Danilo Cortozi Berton; Marli Maria Knorst
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: A hiperinsuflação dinâmica (HD) pode contribuir para a redução da tolerância ao exercício com membros superiores em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Assim, estratégias que minimizem este efeito, como a pressão positiva nas vias aéreas (EPAP), poderiam contribuir para limitar os efeitos deletérios da doença. **OBJETIVOS:** Estudar o efeito da