

pacientes com DPOC não institucionalizados, diagnóstico espirométrico de DPOC e avaliação formal depressão usando instrumento validado ou entrevista médica para o diagnóstico de DPOC. **Resultados:** Das 1.595 citações obtidas, apenas 20 estudos reuniram todos os critérios de inclusão. Nesses estudos foram utilizados nove instrumentos de rastreamento para o diagnóstico de depressão em pacientes com DPOC. A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi o instrumento mais frequentemente utilizado (45% dos estudos) com pontos de corte para a depressão de 8, 10 ou 11 pontos, seguido pelo Center for Epidemiological Studies and Depression Inventory (CES-D, (30% dos estudos) com pontos de corte 16 ou 24 pontos, Geriatric Depression Score (GDS, 20% dos estudos) com pontos de corte 5 ou 6 pontos. Apenas um estudo usou entrevista para o diagnóstico de depressão. **Conclusão:** Nesta revisão sistemática a HADS foi a ferramenta preferida, mas com frequentemente utilizado (45% dos estudos) com pontos de corte para a depressão de 8, 10 ou 11 pontos, seguido pelo Center for Epidemiological Studies and Depression Inventory (CES-D, (30% dos estudos) com pontos de corte 16 ou 24 pontos, Geriatric Depression Score (GDS, 20% dos estudos) com pontos de corte 5 ou 6 pontos. Apenas um estudo usou entrevista para o diagnóstico de depressão. **Conclusão:** Nesta revisão sistemática a HADS foi a ferramenta preferida, mas com frequentemente utilizado (45% dos estudos) com pontos de corte para a depressão de 8, 10 ou 11 pontos, seguido pelo Center for Epidemiological Studies and Depression Inventory (CES-D, (30% dos estudos) com pontos de corte 16 ou 24 pontos, Geriatric Depression Score (GDS, 20% dos estudos) com pontos de corte 5 ou 6 pontos. Apenas um estudo usou entrevista para o diagnóstico de depressão.

**PE309** MARCADORES INFLAMATORIOS E DE LESÃO ENDOTELIAL NA DPOC

DANIEL AMORIM RONDON; HELOISA GLASS; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA

.SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF, BRASILIA, DF, BRASIL

**Palavras-chave:** Marcadores inflamatórios; risco cardiovascular; doença pulmonar obstrutiva crônica

**Introdução:** O principal agente etiológico da DPOC, a fumaça do tabaco, desencadeia complexos mecanismos inflamatórios que lesam o pulmão. A DPOC se associa com microalbuminúria um importante marcador de lesão endotelial e de risco cardiovascular. **Objetivos:** verificar prevalência de fatores de risco, marcadores de inflamação e de lesão endotelial, como microalbuminúria, na DPOC. **MATERIAIS E Métodos:** Estudo observacional prospectivo e transversal com 42 portadores de DPOC, homens 29 (69%), mulheres 13(31%); brancos 18(43%), pardos 18(43%), (69%), negros 6(14%); idade 66,69anos ± 12,67; carga tabágica 42,96 maços-ano ± 29,41; tabagista atual 6(14%) e prévio 36(86%); 0,21 ± 0,56 internações UTI por DPOC. Foram excluídos: uso de corticoides há < 1 mês, internados, uso AINE há < 4 semanas, espirometria inaceitável; doenças imunológicas graves ou infecciosas agudas graves; RX de tórax com alterações recentes. Aferidas variáveis antropométricas, Questionário de Berlin (alto risco = 2 ou mais categorias positivas), Escala de sonolência de Epworth (=>11 pontos). Dosada microalbuminúria de 24h, lipidograma, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos, CPK, PCR (Proteína C reativa), VHS (velocidade de hemossedimentação), gasometria arterial. Realizado ECG (critérios de acordo com a Diretriz de angina), teste de caminhada de 6 min(TC6) (A-ótimo= distância >= 100% do previsto, sem dessaturação; B intermediário= distância >= 100% do previsto com dessaturação; C ruim =não conseguiu caminhar a distância prevista) **Resultados:** Isquemia coronariana crônica ao ECG em 10(23%) e sem sinais 32(77%); TC6: A= 15(35%), moderado B=19 (45%), C= 8(20%); Síndrome metabólica 19(45%), sem critérios 23(55%); Microalbuminúria >= 30mg/24h 16(38%) e < 30mg/24h 26(62%); Berlin risco alto 13(30%) e baixo risco 29(70%); tEpworth com sonolência 5(12%) e sem 37(88%); Escore de Framingham risco cardiovascular alto em 9(21%), intermediário 17(40%) e baixo 16(39%). Houve relação significativa entre: microalbuminúria e VHS (r= 0,4240; p= 0,0071);e escore de Framingham (Odds Ratio= 7; p= 0,0169). Entre VHS e PFE pós-BD(r= 0,3561; p= 0,0241); pCO2 (r= -0,3193; p= 0,0419); e HCO3 (r=0,3356;p= 0,0320). Correlação entre PCR e IMC(r= 0,3597; p=0,0209), VHS(r= 0,3851; p= 0,0129); e leucócitos (r= 0,3197; p=0,0416)e entre PCR e critérios para Síndrome metabólica (Odds Ratio= 10,15;

p= 0,0184). **Conclusão:** A microalbuminúria, marcador de lesão endotelial, está associada à presença de critérios de síndrome metabólica e de risco cardiovascular. A PCR está associada a maior IMC e síndrome metabólica, estes fatores de risco para lesão endotelial. PCR também está relacionada com presença de leucocitose, visto que alguns pacientes podem ter apresentado processos inflamatórios e/ou infecciosos subclínicos. Já o VHS está associado a marcadores relacionados com DPOC, quanto maior VHS menor a pCO2, e menor o HCO3, o que sugere que hipoxemia crônica poderia ser o fator primariamente relacionado com o VHS .

1 - Heloisa Glass; Benedito Francisco Cabral Jr; Sergio Paulo Campos Soares. Implantação de Rotinas de Atendimento e Sistema de Monitoramento para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Avaliação da Incidência de depressão e Impacto da DPOC. J Bras Pneumol. v.36 (2010) Supl. 2R, p. R98.

2 - Heloisa Glass; Benedito Francisco Cabral Jr; Indra Gonella-Fontenelle; Marco Aurélio Ribeiro Borges. Montagem de Rotinas de Atendimento e Sistema de onitoramento para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Caracterização da Maneira como é Feita a Suspeita Diagnóstica e Encaminhamento ao Ambulatório de DPOC. J Bras Pneumol. v.36 (2010), Supl. 2R, p.R91.

3 - Heloisa Glass; Benedito Francisco Cabral Jr; Marco Aurélio Ribeiro Borges; Montagem de Rotinas de Atendimento e Sistema de Monitoramento para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Caracterização das Queixas e Sintomas dos Pacientes. J Bras Pneumol. v.36 (2010), Supl. 2R, p.R91.

4 - Heloisa Glass; Benedito Francisco Cabral Jr; Indra Gonella-Fontenelle; Marco Aurélio Ribeiro Borges. Montagem de Rotinas de Atendimento e Sistema de Monitoramento para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): Caracterização dos Pacientes e Tratamento. J Bras Pneumol.v.36 (2010), Supl. 2R, p.R92.

**PE310** IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ULTRASSOM PULMONAR EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA.

FELIPPE LEOPOLDO DEXHEIMER NETO<sup>1</sup>; RAQUEL DA SILVA TOWNSEND<sup>2</sup>; ANA CAROLINA TABAJARA RAUPP<sup>2</sup>; JULIANA MARA STORMOVSKI DE ANDRADE<sup>2</sup>; FABIANA GABE BELTRAMI<sup>2</sup>; QIN LU<sup>3</sup>; JEAN-JACQUES ROUBY<sup>2</sup>; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN<sup>1</sup>

1.PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.HOSPITAL LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, PARIS, FRANÇA.

**Palavras-chave:** Ultrassom pulmonar; insuficiência respiratoria aguda; terapia intensiva.

**Introdução:** A insuficiência respiratória aguda (IRpA) é uma condição grave que exige avaliação e intervenções dinâmicas. O Ultrassom Pulmonar (USP) tem ganhado destaque como uma técnica de imagem não invasiva, disponível à beira do leito, complementando o exame físico e a impressão clínica. Recentemente, foi demonstrado um elevado rendimento diagnóstico com uma abordagem protocolar do USP (o BLUE-protocol) em pacientes com IRpA. **Objetivo:** Nesse contexto, o **Objetivo** do presente estudo foi de avaliar a acurácia diagnóstica do USP baseado no BLUE-protocol após sua implementação na nossa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Após a implementação de um programa de treinamento em USP, conduzimos um estudo prospectivo incluindo consecutivamente todos pacientes admitidos por IRpA entre outubro/2011 e novembro/12. O exame de USP foi realizado por quatro operadores diferentes, e, conforme o BLUE-protocol, nos primeiros 20 minutos após a admissão e com o examinador cegado para a história clínica do paciente. Conforme o protocolo original, os achados predominante em cada hemitorax determinavam a classificação em um perfil normal (predomínio

de Linhas A, relacionado a broncoespasmo ou embolia pulmonar), um perfil de edema pulmonar (predomínio de Linhas B) ou um perfil de pneumonia (assimetria entre os hemitórax e/ou achado de consolidações. Além disso, o USP permite o diagnóstico de pneumotórax pela identificação de uma zona de transição entre o deslizamento pleural normal e sua ausência. Dessa forma, os diagnósticos do USP na admissão foram comparados aos diagnósticos da equipe assistente ao final da internação na UTI (considerado padrão-ouro), sendo calculada a acurácia da abordagem com o USP, a performance diagnóstica para as etiologias mais frequentes e a concordância (kappa) do método. Resultados: Foram avaliados 37 pacientes (43% masculinos), com média etária de  $73,2 \pm 14,7$  anos e de APACHE II de  $19,2 \pm 7,3$ . Comparando os achados do USP ao diagnóstico final, houve correlação positiva em 84%, com kappa igual a 0.81. A concordância isolada de cada operador também foi substancial ( $\kappa = 0,76, 0,92, 0,86$  e  $0,68$ ). Pneumonia foi a causa mais comum de IRpA ( $n = 17$ ), para a qual o USP demonstrou sensibilidade de 88%, especificidade de 90% e  $\kappa = 0,78$ . Quanto ao diagnóstico de edema pulmonar ( $n = 15$ ), a sensibilidade foi de 85,7%, a especificidade foi de 87% e o  $\kappa = 0,74$ . Para o diagnóstico de broncoespasmo ( $n = 4$ ) a sensibilidade foi 67%, enquanto a especificidade de 100%. Em uma análise post hoc, a acurácia do USP foi superior à da radiografia de tórax (84% vs. 43%, respectivamente;  $p = 0,009$ ). Conclusão: A implementação do USP através do BLUE-protocol nessa série de casos demonstrou acurácia elevada, similar à publicação original. A avaliação através do USP permitiu elevado rendimento diagnóstico para as causas mais frequentes de IRpA nessa amostra.

**PE311 AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE COM PREDOMINÂNCIA DE PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO EM SANTA RITA-PB (HGFRIC), SEGUNDO ESCORE SOFA**

MIRELLA JIACOMETTI ARANTES MACHADO; GUILHERME HENRIQUE SANDES BARBOSA; GEORGE ROBSON IBIAPINA; MARCELO ARANTES MACHADO FILHO  
HOSPITAL FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO - PB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Palavras-chave: Mortalidade; prognóstico; insuficiência de múltiplos órgãos

**Introdução:** Avaliar a mortalidade de pacientes internos que apresentem patologias respiratórias na Unidade de Terapia Intensiva do HGFRIC, segundo o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). **MATERIAIS E Métodos:** Foi realizada uma coorte com 10 pacientes no período de 72h, com idades superiores a 63 anos, portadores de patologias respiratórias diversas. As variáveis utilizadas foram: SOFA nos dias 1, 2 e 3, idade, sexo, patologias (pneumonia ou outras) e mortalidade. Para a análise, foi utilizado o teste Exato de Fisher, desde que as condições para utilização do teste Qui-quadrado de Pearson fossem suficientes. Para verificar o grau de concordância entre a escala SOFA e a ocorrência de óbito, foi obtida a curva ROC com área sob a curva e um intervalo de confiança de 95% para a referida área. A margem de erro utilizada para a decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A idade média dos pacientes foi  $73,5 \pm 7$  anos, dos quais 70% eram homens. O diagnóstico predominante foi de pneumonia (90%). **Resultados:** O SOFA foi avaliado em intervalos de 6 a 11 e de 12 a 13 e a mortalidade neles foi de 42,9% e 66,7% ( $p=1,00$ ), respectivamente. O SOFA em relação aos óbitos apresentou área na curva ROC de 0,640 (95,0%: IC 0,25 a 1,00); relativo ao sexo, o SOFA de 6 a 11 esteve presente em 71,9% ( $p=1,00$ ) dos homens e na pneumonia em 60% ( $p=1,00$ ), nas idades entre 63 e 75 anos este SOFA apareceu em 83% ( $p=0,50$ ). A mortalidade

no sexo masculino foi de 57,1% ( $p=0,487$ ), para pneumonia 60% ( $p=1,00$ ) e entre as faixas etárias analisadas 63 a 75 e 76 a 87 foram iguais 50% ( $p=1,00$ ). **Conclusão:** O índice de prognóstico SOFA é influenciado por condutas empregadas em UTI e há necessidade de ser calculado a cada 48h. Os resultados deste estudo confirmam o SOFA como um ótimo sistema de avaliação da extensão da disfunção orgânica, sendo um importante indicador do prognóstico, podendo ser utilizado para quantificar o impacto de intervenções terapêuticas sobre a morbidade, bem como, na identificação de grupos de maior risco e que merecerão o máximo de monitorização. Na nossa amostra, foi possível identificar que a mortalidade foi mais comum no SOFA 12 e 13, entre pacientes do sexo masculino com diagnósticos de pneumonia. Entre os intervalos etários, não houve diferença com significado estatístico, pois todos os grupos foram igualmente acometidos.

**PE312 IDADE COMO FATOR DE RISCO PARA A MORTALIDADE EM PACIENTES COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO**  
NATÁLIA DE SOUZA PONTES<sup>1</sup>; JOSÉ ROBERTO FIORETTI<sup>1</sup>; ANA LÚCIA DOS ANJOS FERREIRA<sup>2</sup>; TAMARA DE CARVALHO CARREIRA<sup>2</sup>; BRUNA VARANDA PESSOA<sup>2</sup>; CARLOS FERNANDO RONCHI<sup>3</sup>

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO, BAURU, SP, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Palavras-chave: Síndrome do desconforto respiratório agudo (sdra); idade; mortalidade

**Introdução:** A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) corresponde à manifestação mais grave de lesão pulmonar dentro da unidade de terapia intensiva (UTI). Apesar do progresso no entendimento de sua fisiopatologia e consequente avanço em estratégias terapêuticas, a mortalidade permanece elevada, variando de 30% a 60%. A idade avançada parece também se associar ao maior risco de desenvolvimento de SDRA. Recentemente, os critérios propostos para diagnóstico de SDRA foram revistos e de acordo com a nova definição ficou estabelecido como: 1) lesão pulmonar de início agudo, dentro de uma semana a partir do insulto pulmonar e/ou piora dos sintomas respiratórios; 2) presença de opacidade bilateral difusa ao raio-X de tórax, não explicadas por derrames ou colapsos pulmonares; 3) falência respiratória por edema de origem não cardiogênica e 4) classificação de acordo com a oxigenação em SDRA leve ( $PaO_2/FiO_2$  entre 200 mmHg e 300 mmHg, moderada  $PaO_2/FiO_2$  entre 100 mmHg e 200 mmHg e grave  $PaO_2/FiO_2 \leq 100$  mm Hg sempre com  $PEEP \geq 5$  cm H<sub>2</sub>O). **Objetivo:** Avaliar a idade como fator de risco para desenvolvimento de SDRA; e estabelecer a frequência e a mortalidade por SDRA de pacientes internados na UTI. **Métodos:** O estudo foi realizado no serviço de terapia intensiva (SETI) do Hospital das Clínicas de Botucatu, por meio da consulta de prontuários de pacientes admitidos no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. Foram registrados: características dos pacientes (gênero e idade), causa da internação na UTI; data da admissão e alta/óbito do SETI, data do diagnóstico de SDRA, comorbidades, gasometria arterial no momento do diagnóstico, relação  $PaO_2/FiO_2$  e APACHE II. Significância estatística foi definida como  $p < 0,05$ . **Resultados:** Nesse período foram admitidos 489 pacientes na UTI, dos quais 287 (58,6%) receberam suporte ventilatório mecânico invasivo. A incidência de SDRA foi de 42,1% do total de pacientes que receberam ventilação mecânica, sendo que 29,5% apresentaram a forma leve da síndrome, 52,4% moderada e 18% grave. A média de idade (anos) foi maior nos pacientes que desenvolveram SDRA (Grupo SDRA:  $58,8 \pm 17,6$  > Grupo VMI:  $53,3 \pm 17,3$ ,  $p < 0,05$ ). A mortalidade