

significativamente com a distância percorrida no TC6M ( $r=0,485$  e  $p=0,04$ ) e com a distância percorrida no SWT ( $r=0,523$  e  $p=0,04$ ). **Conclusão:** Crianças com diagnóstico de FC apresentam nível de atividade física diária menor quando comparados com dados existentes na literatura em crianças saudáveis. Não observamos associação entre o número de passos diário e as variáveis clínicas, de função pulmonar, da capacidade funcional e da qualidade de vida em crianças com diagnóstico de FC. A idade associou-se com melhor desempenho nos testes de capacidade funcional.

**Palavras-chave:** Fibrose cística; pediatria; exercício

### **PO105** ADESÃO À TERAPIA INALATÓRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA

**TAJANE DOS SANTOS FEITEN\***; **JOSANI FLORES<sup>1</sup>**; **PAULO DE TARSO ROTH DALCIN<sup>2</sup>**; **BRUNA ZIEGLER<sup>2</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A Fibrose Cística tem como uma de suas principais características a infecção pulmonar crônica. Os agentes mucolíticos inalatórios utilizados associados à fisioterapia respiratória são componentes fundamentais no manejo e prevenção de complicações pulmonares associadas à doença. **Objetivo:** Verificar o grau de adesão auto-relatada às recomendações de terapia inalatória em pacientes pediátricos com FC, atendidos pela Equipe de Pneumologia Pediátrica do HCPA, o nível de concordância entre o recomendado e o realizado pelo paciente, e associações com parâmetros de função pulmonar, escore clínico, aspectos nutricionais, bacteriologia do escarro e qualidade de vida. **Metodologia:** É um estudo transversal, realizado com pacientes com diagnóstico de FC, com idades entre 6 e 17 anos, atendidos no ambulatório de Pneumologia Pediátrica do HCPA. Foi pontuado o escore clínico de Shwachman-Kulczycki e preenchida uma ficha de coleta de dados gerais (função pulmonar, bacteriologia e índice de massa corporal). Os pacientes responderam um questionário de adesão à terapia inalatória e medicamentos inalatórios utilizados, outro de qualidade de vida, ambos aplicados por uma fisioterapeuta não vinculada a equipe assistencial. Uma fisioterapeuta ambulatorial respondeu outro questionário preenchendo o que a equipe médica recomendava de medicamentos inalatórios para o paciente. Os pacientes foram classificados de acordo com a adesão auto-relatada à terapia inalatória em alta ou baixa adesão. A comparação entre os grupos foi feita através do qui-quadrado e pelo teste t para amostras independentes. A análise de concordância foi realizada pelo teste Kappa. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 66 pacientes com FC (31 sexo masculino), com média de idade de 12,3 anos, VEF1 2,1 L (89,4%), CVF 2,7 L (94,7%). Os pacientes foram classificados como: alta adesão 46 pacientes (69,7%) e baixa adesão 20 pacientes (30,3%). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os grupos para as variáveis de função pulmonar, escore clínico, índice de massa corporal e bacteriologia do escarro. O grupo baixa adesão apresentou menor pontuação no questionário de qualidade de vida para os domínios: emoção ( $p=0,006$ ), alimentação ( $p=0,041$ ), dificuldade no tratamento ( $p<0,001$ ) e social ( $p=0,046$ ). Tivemos boa concordância para tobramicina ( $k=0,72$ ,  $p<0,001$ ), colistin ( $k=0,79$ ,  $p<0,001$ ) e beta 2 agonista de curta duração ( $k=0,66$ ,  $p<0,001$ ), regular para alfa-dornase ( $k=0,48$ ,  $p<0,001$ ), e ruim para soluções hipertônicas ( $k=0,32$ ,  $p<0,001$ ). **Conclusão:** Em torno de 70% dos pacientes foram classificados no grupo alta adesão auto-relatada à terapia inalatória. Houve boa concordância para antibióticos inalatórios e beta 2 agonista

de curta duração. Não houve associações entre os grupos para as variáveis de função pulmonar, escore clínico, índice de massa corporal e bacteriologia do escarro. A baixa adesão à terapia inalatória foi associada a uma pior qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adesão; terapia inalatória; fibrose cística

## PATOLOGIA

### **PO106** SÍNDROME DE HAMMAN: RELATO DE CASO

**GABRIEL SANTI CALABRIA ESTEVES\***; **RAFAEL FERNANDES**; **BRUNA CRISTINA MOTTA CASALECCHI**; **ANDERSON BRITO DE AZEVEDO SILVA**; **LARISSA GARCIA GUERINO**; **PRISCILA MACIEL TEIXEIRA**; **LARISSA DURANS AMORIM SILVA**; **CAROLINA NEIVA GUEDES DA SILVA**

HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O pneumomediastino caracteriza-se pela presença de ar livre no mediastino. Ele pode ser dividido em: Espontâneo (Síndrome de Hamman) ou secundário. Essa patologia é mais comum em pacientes jovens, do sexo masculino, tabagistas ou portadores de doenças pulmonares crônicas. No adulto está relacionada com a exacerbação da asma em pacientes com doenças graves e/ou mal controladas. O diagnóstico pode ser feito através do exame físico e exames de imagem. Em geral é uma doença autolimitada com bom prognóstico e de tratamento conservador. **Relato de caso:** J. L. B. D. S., sexo masculino, 16 anos, portador de rinite alérgica e asma crônica em tratamento irregular. Foi admitido na emergência do Hospital com quadro de dispnéia, dor torácica intensa, ventilatório dependente, taquicardia e sibilos. Apresentava ao exame físico murmúrio vesicular universalmente audível, presença de sibilos difusos, enfisema subcutâneo em tórax, pescoço e face. Foi realizada analgesia com Dipirona e nebulização com Brometo de ipatrópio e fenoterol. Os exames laboratoriais e eletrocardiograma não demonstraram alterações. A radiografia de tórax evidenciou pneumomediastino. O paciente foi internado para investigação a qual não evidenciou causa secundária; logo foi atribuída a asma. Realizado controle com Salmeterol e Fluticasona uma vez ao dia. Além disso, foi avaliado pela equipe de cirurgia torácica, sendo orientado tratamento conservador. Após 3 dias de evolução foi realizada nova Tomografia de tórax com resolução de 80% do quadro. No quarto dia de internação o paciente recebeu alta com orientações para acompanhamento em ambulatório de pneumologia. **Discussão:** O pneumomediastino espontâneo (PME) é uma condição clínica rara, que na maioria das vezes tem um curso benigno. Sua patogênese foi descrita por Macklin, que sugeriu que as rupturas alveolares promovidas pela diferença de pressão levariam a dissecação do ar ao longo das bainhas broncoalveolares e a disseminação do enfisema intersticial para o mediastino. Os fatores de risco que podem predispor a PME incluem: Tabagismo, Doença pulmonar obstrutiva crônica, doença intersticial pulmonar, história recente de infecção respiratória. Os principais sintomas são: Dor torácica, dispnéia, disfagia, disфонia, dor cervical e enfisema subcutâneo. O Sinal de Hamman, que é patognomônico da doença, consiste na presença de crepitações subcutâneas grosseiras sincronizadas com os batimentos cardíacos. O diagnóstico diferencial inclui doenças pulmonares, cardíacas, musculoesqueléticas e esofageanas. O diagnóstico definitivo é feito através do exame de imagem do tórax. Em 90% dos casos o pneumomediastino é identificado na radiografia de tórax, contudo, em algumas situações, é