

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

AO.005 ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON EM PACIENTES COM DPOC

LUCAS PIRES STOCKER RIES¹; HELENA S. VAN DER LAAN²; TIAGO SPIAZZI BOTTEGA²; JULIANA NUNES DE NUNES¹; JORGE DIEGO VELENTINI¹; LEANDRO GRAZZIERO RECH¹; MARLI MARIA KNORST¹

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

PALAVRAS-CHAVE: ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON; DPOC; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: A DPOC é uma doença pulmonar que tem repercussões sistêmicas e pode se acompanhar de comorbidades. O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) é uma ferramenta que utiliza 20 condições clínicas e tem valor prognóstico. **Objetivos:** Determinar o ICC de pacientes com DPOC e estudar sua relação com a gravidade da doença. **Material e Métodos:** Foram estudados 452 pacientes com DPOC, atendidos de forma sequencial, com coleta de dados sobre comorbidades e exames de função pulmonar. A gravidade da DPOC foi estratificada através do GOLD (I-IV). Os dados são apresentados como média e desvio padrão (DP). As correlações foram estudadas pelo teste de Spearman e a comparação entre os grupos, pelo teste de Anova. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 268 eram homens (59,3%). A média da idade foi 65,5 (9,5) anos, o peso 66,3 (16,3) kg, a altura 1,85 (0,8) m e o IMC 25,5 (5,84) kg/m². A Capacidade Vital Forçada (CVF) foi de 2,25 (0,80) litros, correspondendo a 67,6% (19,1%) do previsto. O VEF1 foi de 1,13 (0,51) litros, sendo 43,1% (17,2%) do previsto. A relação VEF1/CVF foi de 49,5% (10,4%). Dos pacientes, 31% apresentavam DPOC leve a moderada, 43,6% grave e 25,4% muito grave. A média do ICC foi de 4,4 (2,5). Entre as comorbidades analisadas pelo ICC, as mais frequentes foram: tumor maligno (10,4%), diabetes melito sem complicações (9,1%) ou com complicações (5,3%), insuficiência cardíaca (8,8%) e IAM (5,1%). As médias do ICC na DPOC leve a moderada, grave ou muito grave foram, respectivamente, de 4,6 (2,6), 4,7 (2,7) e 3,8 (1,9). Não houve correlação entre ICC e VEF1. **Conclusões:** Pacientes com DPOC apresentam várias comorbidades. Entretanto, o ICC não está associado com a gravidade da DPOC.

AO.006 ALTERAÇÕES TOMOGRÁFICAS PULMONARES EM MULHERES COM DPOC POR EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DA COMBUSTÃO DE LENHA

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA¹; MARIA ALVES BARBOSA²; MARIA CONCEIÇÃO DE CASTRO ANTONELLI MONTEIRO DE QUEIROZ³; PEDRO PAULO TEIXEIRA E SILVA TORRES⁴; MARCELO EUSTÁQUIO MONTANDON JÚNIOR⁵; KIM IR SEN SANTOS TEIXEIRA⁶; PEDRO JOSÉ SANTANA JÚNIOR⁷; JOSÉ ROBERTO DE BRITO JARDIM⁸

1.FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2.FACULDADE DE ENFERMAGEM - UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3,7.HOSPITAL DA CLÍNICAS-UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA-UFG, GOIÂNIA, GO,

BRASIL; 5.CLÍNICA MULTIMAGEM, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 6.FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 8.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BIOMASSA; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR RAIOS-X

Introdução: Estudos comprovam que a exposição à fumaça da combustão de lenha pode provocar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas esses estudos têm na casuística pessoas fumantes e expostas a vários tipos de biomassa. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) pode ser um bom método adjuvante para diagnóstico dessa doença e caracterizar lesões específicas pela fumaça de lenha. **Objetivos:** caracterizar e analisar alterações na TCAR em mulheres com DPOC, não fumantes, expostas somente à fumaça de fogão à lenha. **Métodos:** Foi realizada TCAR em 42 mulheres com DPOC (leve a moderada) (anos) e exposição à fumaça de lenha ≥ 10 anos, por, pelo menos, 80h/ano e em 31 controles(anos) sem exposição, não tabagistas. Todas as mulheres realizaram espirometria e foram avaliados volumes pulmonares naquelas com DPOC. Foram dados valores de escore às lesões pulmonares na TCAR e comparados os dois grupos. **Resultados:** Os achados mais frequentes nas pacientes com DPOC foram: bandas parenquimatosas ($p < 0,001$), espessamento das paredes brônquicas ($p < 0,001$), bronquiectasias ($p = 0,047$), perfusão em mosaico ($p = 0,009$) e atelectasias laminares ($p = 0,009$). Enfisema centrolobular não diferiu entre os grupos ($p = 0,232$). O escore total de comprometimento pulmonar foi, em média, significativamente maior no subgrupo com DPOC ($7,03 \pm 5,3$) que no controle ($0,43 \pm 0,7$) ($p = 0,002$). Não houve diferença entre estes parâmetros quando se comparou somente mulheres com mesma faixa etária em dois grupos de 23 cada. **Discussão:** As alterações relacionadas ao acometimento brônquico foram similares às relatadas em outros estudos. As atelectasias, encontradas somente no grupo com DPOC, provavelmente relacionam-se à endobronquite antracótica, relatada em estudos anteriores. Comprometimento intersticial não foi encontrado no presente estudo, em contraste a estudos anteriores, onde as mulheres foram expostas a biomassa mista (esterco, estrume e lenha). A relação VR/CPT acima do limite superior da normalidade (0,40) em 45% do grupo com DPOC associado à perfusão em mosaico sugerem a presença de aprisionamento aéreo. A predominância de DPOC de graus leve a moderado pode explicar a menor intensidade das alterações tomográficas. As alterações tomográficas do subgrupo com DPOC não estavam relacionadas ao envelhecimento, pois permaneceram estatisticamente diferentes em relação ao grupo controle, mesmo após equiparação pela idade. **Conclusões:** A exposição à fumaça de lenha provoca alterações brônquicas e bandas fibróticas parenquimatosas, detectadas na TCAR, mesmo nos casos de DPOC leve. A TCAR é um método útil, complementar, para diagnóstico da DPOC por exposição à fumaça de lenha.