

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 toxicidade<sup>4</sup>, o que torna os pulmões incapazes de se protegerem das agressões de exposições ambientais e do ataque proteolítico da elastase dos neutrófilos<sup>2</sup>. 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 sintomatologia<sup>2</sup>. O tratamento específico de reposição de AAT encontra-se inacessível à população em geral<sup>1</sup>. 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/m<sup>2</sup>; 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