

P-058A CARACTERÍSTICAS DE ASMÁTICOS ATENDIDOS NO SISTEMA DE PRONTO ATENDIMENTO (PA) COM QUADRO DE EXACERBAÇÃO

Pedroza, T.C.S.; Barbieri A., Oliveira, M.A. Fernandes, A.L.G.

PNEUMOLOGIA—UNIFESP—EPM. R.BOTUCATU 740 3º AND SÃO PAULO S.P. CEP 04023062.

Introdução: A exacerbação de asma é um dos mais frequentes diagnósticos no PA da Pneumologia. **Objetivo:** Avaliar as características dos pacientes com exacerbação da asma e a resposta clínica após três semanas de tratamento. **Material e Métodos:** 24 pacientes com exacerbação aguda de asma atendidos no PA de Pneumologia da UNIFESP foram incluídos no protocolo. O PFE pré e pós-broncodilatador foi medido, utilizamos a necessidade de medicamento suficiente para atingir 70% PFE previsto para classificar a gravidade da obstrução, sendo: leve: até 800 mcg de beta-2; moderada: >800 mcg; grave: > de 800 mcg + prednisona 40mg. Os pacientes eram dispensados com medicação de manutenção: prednisona 40mg/5 dias; beclometasona 800 mcg/dia, beta2 agonista 200mcg com reavaliação em 3 semanas. **Resultados:** Em relação à gravidade da obstrução, 37% (9) foram classificados como leve, 29% (7) como moderada e 33% (8) como grave. A média do PFE pré e pós-broncodilatador foi a seguinte para os grupos: leve- 58,4%/85%, moderada- 44%/76% e grave- 45%/75%. Após 3 semanas 6 pacientes não retornaram para a consulta (25%), sendo 2 do grupo grave, 1 do moderado e 3 do leve. Dos 18 pacientes reavaliados 9 (50%) estavam controlados sendo 6 leves, 2 moderados e 1 grave. Dos 7 (39%) ainda apresentavam sintomas noturnos 5 eram graves 2 moderados e 1 leve, 2 (11%) pacientes não preencheram diário de sintomas. **Conclusão:** Dois terços dos pacientes com exacerbação reverteram o quadro obstrutivo apenas com uso de beta2, sugerindo que uma orientação adequada do manejo dos sintomas no domicílio e orientação de medicação levaria os doentes a não procurar a emergência. Medicamentos gentilmente fornecidas pela: Novartis, Boehringer Ingelheim e Schering Plough

P-059A ANÁLISE SISTEMÁTICA DE DIÁRIOS CLÍNICOS DE PACIENTES ASMÁTICOS PARA PROGNÓSTICO DE EXACERBAÇÃO DA ASMA

Ignacio TP, Amorim MM, Faresin SM, Jardim J, Fernandes ALG.

PNEUMOLOGIA DA UNIFESP RUA BOTUCATU 740 3º ANDAR SÃO PAULO CEP 04023-004

Introdução: a asma é uma doença inflamatória crônica e existe várias formas de monitoramento da inflamação e consequentemente de tratamento da doença. Esse estudo se propõe a analisar três desses marcadores. **Objetivo:** detectar entre três marcadores clínicos da asma: pico de fluxo expiratório (PFE), escore de sintomas e uso de broncodilatador de alívio, qual é o melhor preditor de exacerbação da doença. **Método:** foram estudados 64 diários clínicos de pacientes portadores de asma moderada. Os dados dos marcadores estudados foram colhidos 7 dias antes da exacerbação (caso) e comparados com os dados de pacientes que não apresentaram exacerbação (controle). Exacerbação foi definida como a necessidade de uso de um curso de corticóide oral. **Resultados:** foram estudadas 26 exacerbações e 38 controles. Foi calculada a média do uso de broncodilatador de alívio, um escore categorizado de sintomas e a porcentagem de variação de PFE em relação ao melhor valor do paciente. Com as variáveis independentes, foi usado o método de regressão logística, para detectar o melhor preditor do evento (exacerbação). A análise multivariada, feita pelo SAS, detectou o escore de sintomas noturno ($\chi^2 = 18,58$ e $p = 0,000$) e o número de vezes de uso de broncodilatador de alívio diurno ($\chi^2 = 7,46$ e $p = 0,0063$) como fatores de risco significantes para prognóstico de exacerbação em pacientes com asma moderada. **Conclusão:** escore de sintomas noturno associado ao número de vezes de uso de broncodilatador de alívio diurno são o melhor marcador clínico para exacerbação de pacientes com asma moderada e pode ser utilizado na prática clínica.

P-060A VALOR PROGNÓSTICO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA ASMA AGUDA APÓS A PRIMEIRA HORA DE TRATAMENTO NA SALA DE EMERGÊNCIA – RESULTADOS PRELIMINARES

Mallmann, F.; Fernandes, A.K.; Nogueira F; Saucedo, D; Campos, C.S.; Chaves, L.; Abel, C.R.; Dalcin, P.T.R.; Menna-Barreto, S.S.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA) – FACULDADE DE MEDICINA/ UFRGS

A avaliação da gravidade da crise asmática na sala de emergência é de fundamental importância no processo de decisão clínica. Estudos sugerem que os testes de função pulmonar, como o volume expiratório forçado no 1º seg (VEF1) e o pico de fluxo expiratório (PFE), possam estar correlacionados com o desfecho da asma aguda. Neste estudo de coorte, analisamos os valores do VEF1 e do PFE, após a 1ª hora de tratamento, como índices prognósticos para o desfecho da crise. Foram incluídos pacientes de 12 a 55 anos com diagnóstico clínico de asma aguda, atendidos no Serviço de Emergência do HCPA, e com PFE $\leq 50\%$. Realizaram-se avaliações clínica e funcional pulmonar iniciais e instituiu-se tratamento padrão. Após 1 hora, os pacientes foram reavaliados clínica e funcionalmente. O desfecho positivo (DP) ou negativo (DN) foi definido em avaliação em 7 a 10 dias. Foram alocados 241 pacientes, sendo 66 incluídos no estudo. Destes, 51 (77,3%) foram liberados da emergência após o tratamento e não apresentaram nova exacerbação da doença por um período de 7 dias (DP). Quinze pacientes (22,7%) foram internados em enfermaria ou, após alta da emergência, necessitaram novo atendimento de emergência dentro de 7 dias por asma aguda (DN). O grupo de DP apresentou VEF1 = $57,4\% \pm 21,3\%$ e o grupo de DN, $40,9\% \pm 16,3\%$ ($p = 0,006$). Os valores PFE foram de $46,2\% \pm 18,5\%$ e $33,2\% \pm 14,9\%$ nos grupos DP e DN, respectivamente ($p = 0,02$). Os valores de VEF1 e PFE após a primeira hora de tratamento foram menores no grupo com DN, comparado com o grupo de DP, podendo estes se constituir em parâmetros de avaliação prognóstica da asma aguda no setor de emergência. Está em andamento análise de pontos de corte para melhor discriminação.

P-061A RESPOSTA AO BRONCODILATADOR EM ESPIROMETRIAS DE PACIENTES ADULTOS: COMPARAÇÃO DE TRÊS CRITÉRIOS

Gazzana M.B, Raymundi M.G, Osowski L.E, Knorst M.M, Menna Barreto S.S.

Serviço de PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

Introdução: O teste de resposta espirométrica ao broncodilatador (BD) é largamente utilizado nos laboratórios de fisiologia pulmonar. Entretanto, os critérios de interpretação empregados

não são consensuais, tanto em relação à variação do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) quanto da capacidade vital forçada (CVF). **Objetivo:** Comparar os critérios de resposta espirométrica ao BD pela *American Thoracic Society* (ATS), *British Thoracic Society* (BTS) e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **Material e Métodos:** Revisão de 500 espirometrias consecutivas de pacientes adultos (> 18 anos), realizadas na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA entre março e maio de 2000. Para a análise, utilizou-se teste de concordância Kappa, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A média da idade foi de 56,39 anos (dp 15,41), havendo predominância do sexo masculino (51,2%), da raça branca (92,4%) e de tabagistas atuais ou prévios (64%). As principais indicações para o exame foram DPOC (23,8%), asma (18,6%) e avaliação pré-operatória (10,8%). Resposta positiva ao BD pelos critérios da BTS foi observada em 208 pacientes (41,6%), pela ATS em 158 pacientes (31,6%) e pela SBPT em 151 pacientes (30,2%). Excluindo os pacientes com resposta isolada de volume (aumento significativo apenas da CVF), resposta positiva pelos critérios da BTS foi observada em 183 pacientes (36,6%), pela ATS em 107 pacientes (21,4%) e pela SBPT em 118 pacientes (23,6%). As razões Kappa entre os critérios foram significativas, variando entre 0,65 e 0,81 ($p < 0,0001$). **Conclusões:** (1) Existe boa concordância entre os critérios da ATS, da BTS e da SBPT para resposta espirométrica ao broncodilatador, e (2) os critérios da BTS aceitam mais pacientes como tendo resposta positiva ao broncodilatador.

P-062A ASMA GRAVE E DIFÍCIL: ESTUDO COMPARATIVO

Araújo, R.S; Silva, D.C; David, Y.R; Sogayar, F.S; Pereira, C.A.C; Alves, R.F.

HSPE

Introdução: Asma difícil foi recentemente redefinida (ERS,1999) e pressupõe controle dos fatores desencadeantes e adesão. A diferença com asma grave deve ser melhor estudada. **Material e Métodos:** Avaliados 41 casos de asma grave e difícil classificados segundo SBPT e ERS respectivamente, observando-se as diferenças quanto à associação com doença de via aérea superior (DVAS), DRGE, espirometria, pico de fluxo expiratório (PFE), escore de sintomas, adesão e resistência ao tratamento e fatores desencadeantes da asma. Análise estatística pelo teste t student e χ^2 ($p \leq 0,05$). **Resultados:** 41 casos divididos em 3 grupos: asma grave (AG), $n = 22$ asma difícil (AD) $n = 13$ e um grupo indeterminado (AI) não classificados como difícil pela não adesão ao tratamento ($n = 11$). Não houve diferença quanto à idade, sexo, tempo de doença, espirometria, DVAS, DRGE, escore de sintomas e fatores desencadeantes. Foram submetidos à otimização terapêutica semelhante e ao final de no mínimo 3 meses de tratamento foram observados: maior redução dos sintomas AG (86%), AD (38%) $p < 0,003$, maior frequência de b_2 não diário AG (95%), AD (31%) $p \leq 0,000$, maior preservação do sono e atividades diárias AG (100%), quanto à corticoidespendência AG (18%) e AD (61%) $p \leq 0,009$, corticorresistência AD (15%) e AG (0%) $p \leq 0,05$. **Conclusões:** A adesão é fator importante na classificação da asma como difícil. A asma difícil está associada a menor sucesso terapêutico e maior corticorresistência. Não há diferença entre fatores desencadeantes e agravantes na asma grave e difícil.

Tromboembolismo

Data: 8/10/2000

P-063A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ANÁLISE DE 166 CASOS

Moreira, J.S.; Moreira, A.L.S.; Bisch, R.C.; Silva, N.C.M.

PAVILHÃO PEREIRA FILHO. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, R.S.

Foram estudados, retrospectivamente, os casos de Tromboembolismo pulmonar de pacientes que internaram no Pavilhão Pereira Filho, de 1969 até 1999, com o objetivo de discutir aspectos diagnósticos, condutas terapêuticas, morbidade e mortalidade verificadas nessa entidade clínica. Pacientes e métodos: 96 homens e 70 mulheres (166) com idades entre 27 e 103 anos (média de 59); 75,5% eram fumantes. Achados clínicos: dispnéia 85%; dor torácica 61%; taquipnéia 56%; taquicardia 54%; tosse 41%; estertores pulmonares 37,5%; hemoptise 37%; febre 27,5%; edema de Msls 22,5%; turgescência jugular 21,5%; diaforese 21%; ansiedade 21%; sibilância 20%; arritmia 19%; cianose 8%; hiperfoneses de P2 15,5% e hipotensão 8,5%. Fatores de risco: insuficiência cardíaca (34,5%), pneumopatia crônica (20,5%), pós-operatório (14%), neoplasia (12%), trauma de Msls (25%), HAS/cardiopatia (4,5%); IAM(3%); DM(3%) e uso de contraceptivo oral (2,5%). Fator de risco não encontrado em 4,5%. Sinais de tromboflebite em evolução em 39%. Gasometria arterial: $PaO_2 < 60$ mmHg em 49%. ECG: normal em 36%. Leucocitose em 31% (10 casos com desvio à esquerda). Radiografia de tórax: consolidação 45%; cardiomegalia 38%; derrame pleural 33,5%; sinais de DBPOC 21%; congestão pulmonar 20%; atelectasias laminares 17%; aumento de tronco da artéria pulmonar 12,5%; elevação da cúpula diafragmática 8,5% e oligemia 7%. Foi considerado normal em 23 pacientes (14%). Cintilografia pulmonar perfusional efetuada em 115 pacientes (69%) e ventilatória em 15 (9%). Em 88% a cintilografia foi compatível com TEP-comprometimento de todo um pulmão em 18% dos casos, de lobos em 19%, de segmentos em 57% e subsegmentar em 6%. Arteriografia pulmonar realizada em 13 pacientes (7%), todas diagnósticas. Em 4 pacientes (2,5%) não houve tempo para a realização de exames (PCR e óbito). Todos receberam Heparina EV como tratamento inicial, exceto 4 pacientes que foram a óbito antes de qualquer possibilidade terapêutica; um paciente recebeu estreptoquinase; ligadura da veia cava foi realizada em 3 pacientes; embolectomia, em 3 pacientes; os pacientes que tiveram alta hospitalar saíram recebendo anticoagulante oral. Internação: 28 óbitos (17%). Dois foram relacionados à anticoagulação. Complicações mais comuns: hemorragias, pela anticoagulação (14%); hematoma 5, hematúria 4, epistaxe 4, metrorragia 3, hemoptise 2, hemorragia intracraniana 2, hematêmese 1, enterorragia 1, hemorragia conjuntival 1.