

tórax como ferramentas diagnósticas da DPOC. Relacionar a carga tabagista em anos-maço (AM) c/ a gravidade da obstrução (GR) GOLD avaliando o volume expiratório forçado no primeiro segundo pós-broncodilatador (VEF1PO) e a presença de enfisema na tomografia. Analisar o perfil dos pacientes com e sem diagnóstico de DPOC. **Métodos:** Estudo aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CAAE nº 74791923.6.0000.5373), retrospectivo de pacientes de em ambulatório público de pneumologia c/ clínica de DPOC, período 03/03/2015 a 31/07/2023, c/ critérios de inclusão: ter um ou mais fatores de risco, espirometria qualidade (A ou B) e tomografia de tórax. Utilizamos a classificação GOLD p/ mais sintomáticos (SINT) e exacerbadores (EXAC). Métodos diagnósticos: radiografia de tórax; tomografia de tórax avaliada por radiologista; na espirometria c/ valores convertidos p/ previstos Pereira 2007 /GLI 2012 aferindo VEF1PO, p/ diagnóstico de pacientes c/ DPOC utilizamos o critério GOLD (GO) e s/ DPOC (SD) na ausência deste critério. **Resultados:** Foram selecionados 407 pacientes (217 masculino, 190 feminino), idade média 64,4 anos, SINT 82,1% e EXAC 42,4%. O diagnóstico na espirometria: GO 238 (58,5%) e SD 169 (41,5%). As comorbidades em GO (SD): hipertensão arterial 40,7% (45,5%), diabetes mellitus 21,4% (30,1%), cardiopatia 28,1% (37,8%) e índice de massa corporal (IMC)>30 18,4% (33,1%). Os fatores de risco em GO (SD): tabagismo 88,6% (85,7%), irritantes químicos 23,1% (23,6%), poeiras 21,8% (20,7%), fôgo de lenha 7,1% (9,4%) e asma brônquica na infância 8,4% (2,3%). Os achados na tomografia em GO (SD): enfisema (ENF) 56,7% (46,1%), bronquiectasias (BQC) 11,7% (18,9%) e diminuição do volume pulmonar 8,8% (21,3%). Os achados no RX tórax em GO (SD): retificação de cúpulas frênicas 38,1% (15,3%) e hiperinsuflação pulmonar 9% (5%). Achados em 76 c/ AM<10 (331 c/ AM>=10): ENF 21,0% (59,5%), BQC 26,3% (12,0%), GO 50,0% (60,4%), VEF1PO>50% 65,7% (70,6%), VEF1PO<50% 34,2% (29,3%), cardiopatia 52,6% (38,0%) e IMC>30 35,5% (22,0%). **Conclusão:** O tabagismo e a hipertensão arterial foram o fator de risco e a comorbidade prevalentes. O rendimento diagnóstico de DPOC foi: a espirometria a mais sensível, seguida pela tomografia e o RX de tórax o menos sensível. A carga tabágica >=10 AM não foi associada a GR GOLD, e teve maior prevalência de enfisema. Os pacientes c/ DPOC tiveram maior prevalência de enfisema e hiperinsuflação, e os sem DPOC de IMC maior que 30, tomografia c/ diminuição do volume pulmonar, cardiopatia e diabetes mellitus.

Suporte Financeiro: Os recursos para pesquisa são próprios.

Palavras-chave: DPOC; Espirometria; Tomografia.

TL-011 UTILIDADE DA MENSURAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES NA PREDIÇÃO DE DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM DPOC

DAVI RODRIGUES MARTINS¹; FERNANDA OLIVEIRA BAPTISTA DA SILVA¹; CECILIA DE BARROS RODENBUSCH²; ARTUR ZANELATTO SANTOS²; MARLI MARIA KNORST¹; JOSÉ ALBERTO NEDER³; DANILO CORTOZI BERTON¹.

1. HCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 2. UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 3. QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON - CANADA.

Introdução: Limites reduzidos para expansão do VT (CI ↓) é um importante marcador de dispnéia ao esforço na DPOC. Mesmo pacientes com hiperinsuflação pulmonar (↑ CRF), entretanto, podem apresentar CI ↔ na presença

de um "teto" elevado (CPT↑). **Objetivos:** Objetivamos investigar se a capacidade pulmonar (CPT) elevada (↑) está associada com piores desfechos clínicos em pacientes com DPOC levando em consideração a presença de capacidade inspiratória (CI) preservada (↔) ou reduzida (↓).

Métodos: Estudo observacional com início em março de 2023 recrutando participantes em um centro único terciário (aprovação CEP: CAAE n. 64954322.3.0000.5327). Foram incluídos pacientes com sintomas cardinais respiratórios persistentes (tosse, expectoração e/ou dispnéia), exposição a fatores de risco para DPOC (especialmente tabagismo) e VEF1/CVF<0,70. Indivíduos com CPT ↓ foram excluídos. Esta é uma análise transversal interina dos dados coletados na visita de inclusão: espirometria, pletismografia corpórea, dispnéia pela escala modificada do Medical Research Council (mMRC), COPD assessment test (CAT) e teste de caminhada dos seis minutos (TC6).

Resultados: 126 pacientes (54% ♀; 65±8 anos; IMC= 25±5kg/m²) com VEF1 variando de 17-97 %prev foram analisados. Considerando somente pacientes com CI ↔ (n=33), CPT ↑ (n=12) identificou indivíduos com menor SpO₂ ao exercício (p=0,057) e mais sintomas respiratórios (CAT= 25±8 vs 19±9; p=0,053). Ainda, CPT ↑ (n=31) identificou menor distância (p=0,03) e SpO₂ noTC6 (p=0,07) entre os pacientes com CI ↓ (n=93). Por fim, a concomitância de CI ↓ e CPT ↑ (n=30) identificou os indivíduos com piores desfechos clínicos em relação àqueles com CI&CPT↔ (n=21) (mMRC= 3 [2 - 4] vs 2 [2 - 2,5], p<0,01); distância no TC6= 53 vs 67 %prev, p=0,03; e SpO₂ durante TC6= 92 vs 88%; p=0,01). **Conclusão:** A utilidade clínica da mensuração dos volumes pulmonares estáticos na abordagem inicial da DPOC é incerta. A presença de CPT↑ foi um marcador de piores desfechos clínicos mesmo em indivíduos com CI ↔. Hiperinsuflação torácica (CPT↑) na presença de CI↓ identificou o grupo com desfechos mais desfavoráveis entre todas as possíveis combinações. A caracterização de fenótipos intermediários pode ser útil na identificação de subgrupos com desfechos clínicos progressivamente piores.

Suporte Financeiro: FIPE-HCPA; CAPES; CNPq.

Palavras-chave: DPOC; Fenótipos Funcionais; Dispnéia.

TL-012 FRAGILIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA MORTALIDADE EM PACIENTES COM DPOC. ANÁLISE DE UMA COORTE PROSPECTIVA.

ANA VITÓRIA ROCHA ELIAS DIB¹; THAIS DE ANDRADE PAULA¹; PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO¹; ANA CAROLINE FREITAS DE MELO¹; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA²; AMANDA DA ROCHA OLIVEIRA CARDOSO¹; MARCELO FOUAD RABAHI².

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença com maior prevalência em idosos a partir de 60 anos. A prevalência da fragilidade na DPOC pode chegar a 50% e aumenta a vulnerabilidade do indivíduo e reduz a capacidade fisiológica e funcional. **Objetivos:** Avaliar a fragilidade como fator de risco para exacerbação, hospitalização e óbito em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo tipo coorte onde os pacientes foram acompanhados por 5 anos (2018 - 2023). A amostra foi composta por pacientes com DPOC cadastrados no Centro de Medicação de Alto Custo de Goiás (CMAC-GO), os mesmos foram incluídos de forma presencialmente e acompanhamento