



COMUNICAÇÕES ORAIS

XXX Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 9 a 11 de Março de 2023

CO01. IMPACTO DA TERAPÊUTICA MODULADORA ELEXACAFITOR-TEZACAFITOR-IVACAFITOR NOS DOENTES COM FIBROSE QUÍSTICA

Andréina Vasconcelos², Mariana Serino¹, Rita Boaventura¹,
Luciana Oliveira¹, Ana Luísa Pereira¹, Adelina Amorim¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Objetivos: A fibrose quística (FQ) é a doença hereditária autossómicamente recessiva mais prevalente, causada por mutações no gene que codifica a proteína CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), responsável pelo transporte iónico de cloreto nas células epiteliais, contribuindo para a homeostasia eletrolítica. A ausência/funcionamento inadequado da CFTR associa-se a sintomas em múltiplos órgãos, sendo o envolvimento pulmonar a principal causa de morbimortalidade. Até há uma década atrás, apenas o tratamento sintomático estava disponível. No entanto, desde 2012, diferentes combinações de moduladores da CFTR estão disponíveis para cerca de 80-90% dos doentes com FQ. Estes visam corrigir, potencializar, estabilizar ou amplificar a função da CFTR, sendo a combinação tripla elexacafitor-tezacaftor-ivacaftor (ETI) o último modulador autorizado. **Objetivo:** avaliar a eficácia do ETI em doentes com FQ.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de doentes adultos com FQ sob ETI seguidos num centro de referência. Foram avaliadas características demográficas, clínicas, analíticas e funcionais, bem como efeitos adversos do fármaco. Efetuada análise comparativa entre o início do fármaco (T0) e os 3-6 meses de tratamento (T1).

Resultados: Foram incluídos 26 doentes, com idade mediana de 26 ± 10 anos, dos quais 57,7% eram do sexo feminino, 50% homocigóticos F508del e 50% heterocigóticos F508del. Setenta e seis por cento tinham insuficiência pancreática exócrina, 26,9% diabetes, 19,2% estavam sob oxigenoterapia e 19,2% estavam referenciados para transplante pulmonar. Na tabela 1 estão descritos os *outcomes* analisados. Quanto aos efeitos adversos, estes foram raros, sendo de referir 4 casos de exantema. Em apenas uma doente foi necessário a interrupção temporária do ETI.

Conclusões: A introdução do ETI apresentou benefícios em todos os *outcomes* avaliados exceto na insuficiência pancreática. De salientar o impacto estatisticamente significativo na redução do número

de exacerbações, dias de internamento, na insuficiência respiratória, no doseamento de cloreto no suor e no aumento do IMC, FEV1 e FVC. Mostrou ainda tratar-se de um fármaco seguro.

Tabela 1. Outcomes	T0	T1	p-value
Expetoração (sim), n (%)	26 (100)	16 (61.5)	n.a.
Características da expectoração (n,%)			
Mucosa	1 (3.8)	11 (42.3)	n.a.
Muco-purulenta	10 (38.5)	4 (15.4)	
Purulenta	14 (53.8)	1 (7.7)	
Hemoptóica	1 (3.8)	-	
Insuficiência pancreática (n, %)	20 (76.9)	20 (76.9)	n.a.
Insuficiência respiratória (n, %)	5 (19.2)	0 (0)	n.a.
Nº de exacerbações (Média ± DP)	2.0 ± 1.7	0.5 ± 0.8	0.000
Dias de internamento (Média ± DP)	4.1 ± 8.1	0.5 ± 2.0	0.024
Doseamento de cloreto no suor (Média ± DP)	99.6 ± 17.7	55.8 ± 29.6	0.000
IMC (Média ± DP)	21.0 ± 6.4	22.7 ± 6.5	0.001
FEV1 (Média ± DP)			
Valor absoluto (L)	2.1 ± 0.9	2.6 ± 1.1	0.000
% do previsto	62.1 ± 22.5	75.9 ± 28.0	0.000
FVC (Média ± DP)			
Valor absoluto (L)	3.0 ± 1.0	3.6 ± 1.1	0.000
% do previsto	77.5 ± 19.3	85.4 ± 27.7	0.04

Palavras-chave: Fibrose quística. Moduladores. Elexacafitor-tezacaftor-ivacaftor.

CO02. INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE (TKIS) SEM RADIAÇÃO CEREBRAL PARA CANCRO DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS COM METÁSTASES CEREBRAIS: UMA SÉRIE DE CASOS

Inês Carvalho, Maria Gabriela Fernandes

Centro Hospitalar e Universitário de São João.

Introdução: Pacientes com cancro do pulmão de células não pequenas (NSCLC) frequentemente apresentam metástases cerebrais no diagnóstico inicial e/ou ao longo do curso da doença. É frequente,

no tratamento da metastização cerebral, o uso de radioterapia com terapêutica local, incluindo radioterapia cerebral total (WBRT), radiocirurgia estereotáxica (SRS) ou ressecção cirúrgica seguida de SRS. Nas últimas décadas, a introdução de TKIs direcionados a mutações driver com atividade no sistema nervoso central foi desenvolvida e levou a uma melhora significativa na sobrevida livre de progressão intracraniana (iPFS) e na sobrevida global (OS). Nesse sentido, tem havido interesse em utilizar TKIs em combinação com WBRT ou SRS ou potencialmente utilizar TKIs sozinhos como terapia inicial para a gestão de metástases cerebrais. Não existem ensaios clínicos randomizados que comparem o tratamento com TKI isoladamente, SRS/WBRT em conjunto com TKI adjuvante, ou TKIs sozinhos com RT de resgate no momento da progressão intracraniana. O nosso objetivo é descrever pacientes mutados sob tratamento inicial TKI isoladamente.

Caso clínico: Foram incluídos onze pacientes com adenocarcinoma pulmonar estágio IV e metastização cerebral, oito dos quais com mutação EGFR (dois pacientes com deleção do exão 19, quatro com mutação do exão 21, um com mutação do exão 20 e um com mutação do exão 18), um com rearranjo ROS1, um com rearranjo ALK e outro com translocação RET. Todos os doentes realizaram tomografia computadorizada cerebral ou ressonância magnética ao diagnóstico e nenhum dos pacientes recebeu radiação cerebral prévia ao início do TKI. Os pacientes incluídos eram 9,1% do sexo masculino e 90,9% do sexo feminino. 45,5% eram fumadores ou ex-fumadores. O TKI escolhido, linha de tratamento, iPFS e OS são apresentados na tabela abaixo.

Patient	Mutation	Drug	Line of treatment	iPFS (months)	OS (months)
#1	EGFR exon 21	Osimeertinib	1º	11	12
#2	EGFR exon 21	Osimeertinib	1º	11	11
#3	EGFR exon 21	Osimeertinib	1º	25	25
#4	EGFR exon 21	Gefitinib	1º	24	25
#5	EGFR exon 20	Osimeertinib	1º	7	7
#6	EGFR del 19	Osimeertinib	1º	4	6
#7	EGFR exon 18	Afatinib	1º	16	16
#8	EGFR del 19	Osimeertinib	1º	7	14
#9	ALK	Alectinib	2º	41	65
#10	RET	Selpercatinib	1º	6	11
#11	ROS1	Lorlatinib	2º	23	69

Discussão: Pela nossa experiência, pacientes submetidos a tratamento apenas com TKI apresentam iPFS e OS globalmente satisfatórias, permitindo adiar SRS ou WBRT para a possível progressão intracraniana.

Palavras-chave: TKI. Metastização cerebral.

CO03. REMISSÃO CLÍNICA NA ASMA GRAVE SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

Sara Dias¹, Ana Luísa Fernandes¹, Luis Lázaro², Joana Naia³, Daniela Machado², Inês Franco², Ivone Pascoal², Ricardo Lima²

¹Hospital Pedro Hispano, ULSM. ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. ³Hospital de Braga.

Objetivos: Menzies-Gow *et al.* propuseram recentemente critérios de remissão para a asma. Neste trabalho os autores pretendem avaliar os critérios de remissão numa coorte de doentes com asma grave sob tratamento biológico.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com asma grave sob biológicos em dois centros hospitalares. Foram avaliados os critérios de remissão clínica [sintomas; exacerbações/necessidade de corticoterapia sistêmica (OCS); função pulmonar] e completa [remissão clínica e controlo da inflamação relacionada com a asma, pela eosinofilia periférica (Eos) e fração exalada do óxido nítrico (FeNO)] após um ano de tratamento.

Resultados: Foram incluídos 87 doentes (78,2% mulheres, idade média 52,5 ± 13,9 anos) sob tratamento biológico durante pelo menos um ano (omalizumab = 33, mepolizumab = 45, benralizumab = 9). Os

sintomas, avaliados pelo *Teste de Controlo da Asma* (ACT), melhoraram significativamente (pré-tratamento = 19,9 ± 3,1 vs pós-tratamento = 10,6 ± 3,5; p < 0,001) e 54,0% (n = 47) dos doentes pontuaram 20 ou mais no ACT. Relativamente à função pulmonar, 23,0% (n = 20) tinham FEV1 > 80% do previsto e em 41,4% (n = 36) o FEV1 aumentou > 100 ml após tratamento. O número de exacerbações diminuiu significativamente (pré-tratamento = 3,73 ± 2,3 vs pós-tratamento = 1,18 ± 1,4, p < 0,001), sendo que 41,4% (n = 36) não apresentaram nenhuma exacerbação, assim como a necessidade de OCS, com 77,0% (n = 67) dos doentes sem OCS após tratamento. Os 3 critérios clínicos de remissão foram preenchidos por 8,0% (n = 7) dos doentes, enquanto 24,1% (n = 21) preencheram 2 dos critérios e 35,6% (n = 31) apenas um. Considerando a inflamação, 75,9% (n = 66) apresentavam Eos < 300 células/μg e 29,9% (n = 26) com FeNO < 40 ppb.

Conclusões: Apesar da remissão clínica ter sido atingida apenas numa pequena percentagem dos doentes, o tratamento com biológicos associou-se a melhoria clínica e funcional, redução das exacerbações e da necessidade de OCS, bem como resolução da inflamação subjacente, numa percentagem significativa de doentes. Os critérios de remissão propostos para a asma poderão ser úteis para definição e uniformização de objetivos terapêuticos no futuro.

Palavras-chave: Asma grave. Biológicos. Remissão.

CO04. DIPNECH: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Maria Carolina Alves Valente¹, Cláudia Freitas^{1,2}, Catarina Sousa^{1,2}, David Araújo^{1,2}, Hélder Novais-Bastos^{1,2}, Adriana Magalhães^{1,2}, Susana Guimarães³, Conceição Souto-Moura³, André Silva Carvalho⁴, Venceslau Hespanhol^{1,2}, Gabriela Fernandes^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário São João. ⁴Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de São João.

Objetivos: *Diffuse idiopathic pulmonary neuroendocrine cell hyperplasia* (DIPNECH) é uma doença rara e considerada pré-maligna. De acordo com a definição da WHO, caracteriza-se por proliferação generalizada de células pulmonares neuroendócrinas que podem estar presentes na mucosa das vias aéreas ou invadir localmente formando tumorlets ou tumores carcinoides.

Métodos: Foi realizada uma análise descritiva dos casos de DIPNECH diagnosticados num centro hospitalar universitário desde 2002 até ao presente.

Resultados: Foram analisados 14 doentes, todos do sexo feminino, com uma mediana de idades de 70 (48-78) anos. Apenas 1 dos casos é ex-fumador, sendo os restantes não fumadores. Ao diagnóstico, a maioria dos doentes (n = 8, 57%) apresentava-se assintomático, 6 casos reportaram dispneia e 1 caso manifestou-se como síndrome de Cushing. Foi observada alteração ventilatória obstrutiva ligeira/moderada em 6 doentes, enquanto os restantes não apresentaram alterações funcionais respiratórias. Na TC Tórax, em todos os casos estão presentes nódulos e micronódulos dispersos no parênquima pulmonar (n = 14, 100%) e em 57% dos doentes (n = 8) está também presente padrão em mosaico. A análise histológica foi feita a partir de biópsia transtorácica (n = 12), criobiópsia transbrônquica (n = 1) ou em peça cirúrgica (n = 1). Em 12 casos estão presentes tumores carcinoides. A opção terapêutica foi ressecção cirúrgica em 3 casos (2 lobectomias e 1 ressecção atípica), 2 doentes iniciaram inibidores da somatostatina (octreótido e lanreótido), 1 doente foi submetido a SBRT e os restantes (n = 8, 57%) mantêm-se em vigilância. Os doentes têm uma mediana de seguimento de 24,5 (12-84) meses: 1 morte (por complicação oncológica); 2 doentes com agravamento clínico e/ou radiológico; restantes casos mantêm-se estáveis em vigilância.

Conclusões: A DIPNECH tem uma evolução indolente na maioria dos casos mas associa-se frequentemente a tumores carcinoides. Por

este motivo e por ser uma condição possivelmente subdiagnóstica, carece de critérios de diagnóstico e de follow-up bem definidos.

Palavras-chave: DIPNECH. Tumor carcinóide.

CO05. CPAP VS. BIPAP NO TRATAMENTO DO DOENTE GRAVE COM PNEUMONIA POR COVID-19

Pedro Nogueira Costa¹, Pablo Bayoumy Delis², Laura Lopez Gomez², Aurea Higon Cañigral², Elena Carrasco Gonzalez², Pilar Tornero Yepes², Andrés Carrillo Alcaraz²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Objetivos: Desde o início da pandemia por COVID-19 que o suporte respiratório aos doentes com insuficiência respiratória grave se tem mostrado como uma das áreas de maior controvérsia, no equilíbrio entre o fornecimento do adequado suporte respiratório, a minimização de complicações e a gestão de recursos materiais.

Métodos: Estudo retrospectivo, incluindo os doentes admitidos em unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário com o diagnóstico de pneumonia por COVID-19 desde Março a Dezembro de 2022. Foram colhidos os dados sociodemográficos, clínicos e analíticos dos doentes que necessitaram de suporte respiratório com pressão positiva e foi realizada a comparação das variáveis entre os doentes tratados com pressão contínua (CPAP) e pressão bi-nível (BiPAP).

Resultados: O estudo incluiu 444 doentes admitidos com o diagnóstico de pneumonia por COVID-19 e insuficiência respiratória parcial (70,6% do género masculino, idade média de 59,5 ± 13,1 anos). Dos 425 doentes submetidos a tratamento com pressão positiva, 326 estiveram sob terapêutica com CPAP e 99 foram tratados em modo BiPAP. Das variáveis analisadas à admissão foi observada diferença estatisticamente significativa no score SAPS II ($p = 0,008$), no score SOFA ($p = 0,003$), na razão PaO₂/FiO₂ ($p = 0,001$) e na frequência respiratória ($p < 0,001$). Quanto aos *outcomes*, foi encontrada diferença estatisticamente significativa na taxa de falência terapêutica (24,8% sob CPAP vs. 35,4% sob BiPAP, $p = 0,04$), calculando-se um *odds-ratio* (falência CPAP vs. BiPAP) ajustado a SAPS II, SOFA, razão PaO₂/FiO₂ e frequência respiratória de 1,31 (0,771-2,209).

Conclusões: Neste estudo foi possível observar que tendencialmente se optou pelo modo BiPAP em doentes mais graves comparativamente com os doentes em quem foi primariamente iniciada terapia com modo CPAP. Apesar de o grupo tratado com BiPAP apresentar, de forma absoluta, maior falência terapêutica, quando ajustado este valor ao SAPS II, SOFA, frequência respiratória e razão PaO₂/FiO₂ verifica-se ausência de associação entre o tipo de tratamento e o risco de falência.

Palavras-chave: COVID-19. Ventilação não-invasiva. CPAP. BiPAP.

CO06. A EFICÁCIA DA IMUNOTERAPIA EM DOENTES COM IDADE AVANÇADA E CANCRO DO PULMÃO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Miguel Trigueiro Barbosa¹, Kelly Lopes¹, Raquel Paulinetti Camara¹, Carla Simão², Telma Sequeira², Paulo Mota², Maria Teresa Almodovar²

¹Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Objetivos: Avaliar o benefício e segurança do tratamento com PEMBROLIZUMAB em monoterapia no cancro do pulmão em estágio avançado, em doentes de idade superior ou igual a 75 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com cancro do pulmão seguidos no IPO de Lisboa, e que iniciaram Pembrolizumab em monoterapia entre janeiro 2017 e julho de 2021. Criámos dois grupos usando o cut-off de 75 anos de idade. Avaliámos as características demográficas, antecedentes, comorbilidades pelo Functional Co-

morbidity Index (FCI), a polifarmácia (> 3 tipos de medicamentos habituais), a sobrevivência livre de progressão (SLP), a sobrevivência global (SG) e os efeitos adversos.

Resultados: Os 169 doentes tratados com pembrolizumab em monoterapia, eram na maioria do sexo masculino ($n = 108$, $M = 64\%$), com idade média de 65 ± 12 anos, dos quais 45 doentes (22%) com idade ≥ 75 anos. O grupo com idade ≥ 75 anos apresentava as seguintes diferenças significativas: menor proporção de doentes com hábitos tabágicos [103 (83,1%) vs. 24 (53,3%); $p < 0,001$], maior proporção de doentes com FCI > 1 [0 (0%) vs. 8 (17,8%); $p < 0,001$], maior proporção de polifarmácia [45 (36,3%) vs. 33 (73,3%); $p < 0,001$], e a IO foi utilizada mais frequentemente em 1ª linha [62 (50%) vs. 14 (31,1%); $p = 0,029$]. Na análise de sobrevivência a SLP foi menor nos doentes com idade igual ou superior a 75 anos [16,4 ± 1,5 vs. 11,5 ± 1,7 meses; HR = 1,571 (IC95% 1,04-2,36); $p = 0,03$], diferença que se manteve quando analisados apenas os doentes que realizaram IO em 1ª linha [19,4 ± 2,33 vs. 10,3 ± 1,53 meses; HR = 1,618 (IC95% 1,30-1,79); $p = 0,02$]. A SG não se revelou estatisticamente diferente [20,88 ± 1,6 vs. 17,63 ± 2,2 meses; HR = 1,17 (95%CI 0,75-1,83); $p = 0,481$]. A presença de efeitos adversos ≥ G3 foi superior nos doentes mais velhos, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa [20 (16,1%) vs. 10 (22,2%); $p = 0,539$], no total do grupo destacou-se a toxicidade pulmonar em 40% dos casos de toxicidade ≥ G3.

Conclusões: Apesar das limitações deste estudo retrospectivo e unicêntrico; estes resultados sugerem que a imunoterapia na população com mais de 75 anos é segura e eficaz, embora com uma SLP menor que nos doentes mais jovens.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Imunoterapia. Pembrolizumab. Idoso.

CO07. ASMA, UMA DOENÇA CRÓNICA SUBVALORIZADA!

Rita Nogueira, Jose Pedro Liberal, Carina Parente

USF Santa Maria.

Objetivos: A asma é uma patologia com elevada prevalência na população portuguesa. Em inquéritos populacionais, 88% dos utentes asmáticos, acredita que a sua asma está controlada, mesmo sem que atinjam critérios de controlo, o que demonstra uma maior necessidade de acompanhamento destes utentes. A elevada prevalência, em conjunto com o facto de muitos destes doentes apresentarem um controlo subótimo da sua doença, acarreta grandes consequências a nível da qualidade de vida, capacidade de trabalho e investimento financeiro (individual e governamental). Neste sentido, com este trabalho pretende-se conhecer a “população asmática” da USF Santa Maria, bem como, os fatores que poderão estar a influenciar o seu controlo sintomático, com vista a definição de projetos de intervenção futuros.

Métodos: Estudo transversal, baseado na colheita de informação clínica constante em plataformas como MIM@UF (utilizada para conhecer a listagem de doentes com problema ativo “Asma”, código R96 do ICPC-2), S. Clínico, RSE e PEM (colheita de indicadores que permitem avaliar o controlo da patologia).

Resultados: Da amostra de 211 doentes asmáticos da USF Santa Maria, 59% são do sexo feminino e a média de idade é de 41 anos; 18% são fumadores. Verificou-se que cerca de 58% não tiveram nenhuma consulta de asma na USF nos últimos 2 anos, enquanto que 18% teve 4 ou mais consultas. 9% são seguidos em consulta de Pneumologia. Relativamente à vacinação nesta população, 27% realizaram a vacina da gripe no ano anterior e apenas 9% fizeram a vacina antipneumocócica. Destes doentes, 18% têm espirometria realizada nos últimos 2 anos.

Conclusões: Estes dados revelam que este grupo de doentes merece uma atenção particular nos Cuidados de Saúde Primários, de forma a minimizar o impacto que esta doença tem na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Asma. Prevalência.

CO08. EVOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO COMPLICADO (DPPNC) TRATADO MEDIANTE DRENAJE ENDOTORÁCICO (DET) DE CALIBRE FINO

Iván Rodríguez Otero, Maribel Botana Rial, Luis Alberto Pazos Area, Fernando Vargas Ursúa, Ignacio Fernández Granda, Irene Lojo Rodríguez, Manuel Pintos Louro, Eva Gómez Corredoira, Manuel Núñez Delgado, Alberto Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro.

Objetivos: Evaluar los resultados y evolución del manejo del DPPNC y empiema después de la inserción de un DET.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con un DPPNC complicado (DPPNC) y empiema confirmados tras toracocentesis y tratados con DET fino (14Fr) ± uroquinasa desde abril/2020 hasta noviembre/2022. Se clasificaron en 2 grupos: I (DET ± fibrinolíticos) y II (necesidad de 2ºDET y/o VATS y/o mortalidad). Realizamos un análisis multivariante para determinar qué factores clínico-epidemiológicos, analíticos, radiológicos y aspectos terapéuticos se relacionaban con mala evolución (grupo II).

Resultados: De los 57 pacientes incluidos, 33 (57,9%) varones, 62,5 (49,2-82) años, Charlson 1 (0-3). La mediana de días de ingreso fue 16 (9,25-21,7), en 7 (12,3%) la infección fue nosocomial. 14 pacientes presentaron mala evolución (grupo II): 12/57 (21,1%) 2º DET, 4/57 (7%) VATS y 2/57 (3,5%) fueron *exitus*. En la tabla 1 se presentan las principales diferencias entre los pacientes que presentaron mala evolución frente a los que presentaron buena evolución. No encontramos diferencias en edad, sexo, Charlson, otros marcadores bioquímicos habituales del LP o en marcadores bioquímicos habituales del grado nutricional del paciente.

Variable	Buena evolución (43)	Mala evolución (14)	P
Tabiques ECO	32 (74,4%)	14 (100%)	0,04
Cuantía DP (mediano-grande)	27 (62,8%)	13 (92,9%)	0,04
PMN	75% (45-84,5%)	86 (71,5-90%)	0,05
Glucosa	52 (6-75)	12,5 (4-50,2)	0,01
Cultivo LP positivo	14 (32,6%)	8 (57,1%)	0,1
Días fibrinolítico	4 (2-5)	5 (3-8)	0,02
Nº dosis fibrinolítico	9 (6-15)	15 (9-23)	0,03
Días drenaje	4 (3-5)	5,5 (4-9)	0,02
Escala RAPID (mod-alto riesgo)	27 (62,8%)	9 (57,1%)	0,1
Días de ingreso	15 (9-22,5)	16 (13-20,5)	0,3

Tabla 1: Representación de las principales diferencias entre los pacientes que presentan buena y mala evolución.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que características propias del derrame como la cuantía o presencia de septos y algunas características bioquímicas son más frecuentes en pacientes con mala evolución. La duración del DET, del tratamiento fibrinolítico también fue diferente entre los grupos. Además, no encontramos diferencias significativas en cuanto a los días de ingreso.

Palabras clave: Derrame pleural paraneumónico complicado. Drenaje endotorácico de calibre fino.

CO09. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO POR CÁNULA NASAL NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGÍA

Sofia Magno Pinto¹, Patrícia Trindade¹, Raquel Silva¹, Diana Organista¹, Miguel Guia^{1,2}, Rita Macedo¹, Ana Cristina Mendes¹, Paula Pinto^{1,2}, Cristina Bárbara^{1,2}

¹Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte. ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISAMB.

Objetivos: Apesar da sua eficácia e disseminação, ainda há dúvidas na aplicação clínica da oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal (ONAF). Este trabalho tem por objetivo descrever a população tratada por esta técnica numa enfermaria de Pneumologia.

Métodos: Estudo retrospectivo em que foram revistos os registos dos doentes que estiveram sob ONAF entre Julho de 2021 e Dezembro de 2022 na Unidade de Internamento de um Hospital Universitário.

Resultados: Analisaram-se 22 doentes sob ONAF, com uma maior prevalência de doentes do género masculino (68%) e uma média de idades de 64 ± 16 anos. O diagnóstico mais frequente foi Pneumonia (32%), seguido de exacerbações de DPOC (23%). Cerca de 59% tinha antecedentes de patologia pulmonar (DPOC, asma, neoplasia do pulmão ou doenças do interstício) e a maioria era fumador ativo ou ex-fumador (68%). A maioria (59%) tinha hipoxemia grave definida por P/F inferior a 200 e verificou-se uma percentagem significativa (32%) em que o ONAF foi utilizado em intervalos de pausa de ventilação não invasiva (VNI), para alimentação, deslocações, para conforto ou para auxílio na transição da VNI para oxigenoterapia, espaçando os períodos de VNI. Numa minoria (18%), foi utilizado em alternativa à VNI por intolerância desta. Embora 59% dos doentes tivessem como teto terapêutico definido a ventilação mecânica invasiva (VMI), apenas 2 doentes necessitaram de VMI. Em nenhum doente se verificou alguma complicação que impedisse a utilização da ONAF. O desfecho foi favorável e o desmame de ONAF conseguiu-se em 69% dos doentes. 40% destes mantiveram necessidade de VNI e/ou oxigenoterapia de longa duração de novo à data de alta.

Conclusões: Na nossa prática clínica, o ONAF mostrou-se útil em várias situações agudas, especialmente na hipoxemia grave, e na presença de antecedentes de patologia pulmonar. De destacar a utilização em parceria com a VNI, alternando ambas para maior tolerância do doente.

Palavras-chave: Alto fluxo por cânula nasal. Ventilação não invasiva.

CO10. CITISINICLINA NA CESSAÇÃO TABÁGICA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Diogo Ferreira, Marta Monteiro, Daniel Coutinho, Miguel Guimarães, Ivone Pascoal

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Objetivos: O tabagismo representa uma das principais causas evitáveis para doenças crónicas e morte prematura, a nível mundial. Em Portugal, 17% da população com 15 ou mais anos é fumadora e morrem mais de 13.500 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco. O papel dos fármacos na cessação tabágica está bem estabelecido. A citisiniclina, um alcalóide natural, agonista dos recetores acetilcolínicos da nicotina, está disponível em Portugal desde 2021. Apesar de ser conhecida desde os anos 60 do século XX e bastante utilizada em países da Europa Central e de Leste, a evidência publicada sobre a sua eficácia e segurança na cessação tabágica é escassa e pouco robusta. Avaliar a eficácia, tolerância e adesão à citisiniclina na cessação tabágica.

Tabela 1: Características demográficas dos doentes

Nº doentes	37
Sexo masculino*	30 (81)
Idade (anos)**	56 [50; 62]
Doentes com comorbilidades respiratórias*	25 (68)
Doentes com comorbilidades cardíacas*	11 (30)

Métodos: Estudo retrospectivo através da consulta dos processos clínicos dos doentes seguidos na consulta de Tabagismo de um Hospital Terciário, a quem foi proposta e prescrita citisiniclina há pelo menos um mês. Analisadas características demográficas, história tabágica, dependência, motivação, tempo entre o início do trata-

Tabela 2: História tabágica

Idade início hábitos tabágicos (anos)**	15 [14; 18]
UMA**	40 [29; 45]
Nº cigarros antes do tratamento**	15 [10; 20]
CO no ar exalado basal (ppm)**	9,6 [7,1; 12,0]
Outros produtos de tabaco*	13 (35)
Outras dependências*	0 (0)
Doentes com tentativas prévias*	29 (78)
Nº tentativas prévias**	2 [1; 2]
Tempo de abstinência máximo (dias)**	45 [13; 365]
Fármacos usado em tentativas prévias*:	
TSN	15 (41)
Vareniclina	4 (11)
Bupropiona	0(0)
Teste Fagerstrom (dependência)**	4 [4; 5]
Teste Richmond (motivação)**	8 [7; 9]
Ansiedade (HADS)**	8 [6; 10]
Depressão (HADS)**	7 [5; 8]

A citisiniclina foi proposta a um total de 37 doentes, na consulta. Destes doentes, 8 (22%) não compareceram às consultas subsequentes. Dos 29 doentes que iniciaram o fármaco, 19 (66%) deixaram de fumar.

O tempo mediano entre o início do fármaco e o "dia D" foi de 8 dias. Dos 29 doentes reavaliados 1 mês após o "dia D", 7 (24%) alcançaram o "dia D" até ao 5º dia após o início da citisiniclina. 2 (7%) dos doentes tiveram o "dia D" após 1 mês de tratamento.

Tabela 3: Eficácia da citisiniclina

	1 mês (n= 29)	3 meses (n= 29)	6 meses (n= 14)
Abstinência*	19 (66)	17 (59)	7 (50)
CO no ar exalado (ppm)**	2 [0, 3]	1 [0, 2]	0 [0, 4]
Fumadores com redução do consumo#	6 (21)	8 (28)	2 (14)
CO no ar exalado (ppm)**	2 [0; 5]	1 [0; 5]	0 [0; 5]
Nº cigarros/ dia nos fumadores**	4 [3, 8]	4 [3, 4]	4 [3, 10]
Abandonos*	-----	4 (14)	4 (29)
Recaídas*	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tabela 4: Efeitos adversos da citisiniclina

Nº doentes*	4 (14)
Nº dias de tratamento**	10 [5; 10]
Náuseas*	2 (7)
Insónia*	1 (3)
Opressão torácica*	1 (3)
Motivaram suspensão do fármaco	3 (10)

Dados apresentados como *n (%), **mediana [AIQ].

Legenda: UMA: Unidades Maço Ano; CO: monóxido de carbono; TSN: terapêutica de substituição da nicotina; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Redução do número de cigarros/dia para 50% ou < 10.

mento e o dia D, abstinência contínua ao primeiro, terceiro e sexto mês, redução do consumo, sintomas de privação, adesão e eventos adversos.

Resultados: Apresentados em anexo.

Conclusões: A citisiniclina afigura-se como uma opção válida na cessação tabágica. Na maioria dos doentes, o dia D ocorreu depois do 5º dia de tratamento. A eficácia foi sobreponível à da vareniclina, de acordo com os dados obtidos da experiência na nossa consulta. Os efeitos adversos, apesar de comuns e de levarem à interrupção precoce do tratamento, não foram graves. A adesão ao tratamento continua a ser um dos principais obstáculos à cessação tabágica. O custo dos fármacos, um dos principais determinantes da adesão, assume uma particular relevância no tratamento do tabagismo.

Palavras-chave: Cessação tabágica. Citisiniclina.