

52514

**Alterações da onda P e gravidade do acidente vascular encefálico em pacientes sem fibrilação atrial**

EDUARDO GATTI PIANCA, PEDRO T. BARCELLOS, SHEILA MARTINS, MURILO FOPPA, ÂNGELA BARRETO SANTIAGO SANTOS e MAURICIO PIMENTEL.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL - PPG de Ciências Cardiovasculares da UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

**Fundamento:** O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) é importante causa de morbimortalidade, sendo os cardioembólicos de pior prognóstico. Considerando que eventos embólicos sejam subdiagnosticados em pacientes sem registro de fibrilação atrial (FA), uma associação entre sinais de atriopatia na eletrocardiograma (ECG) admissional e pior desfecho neurológico pode ser uma ferramenta que auxilie a identificar aqueles de maior risco. **Objetivo:** Buscar associação entre alterações da onda P (sobrecarga atrial esquerda (SAE), aumento da força terminal e anormalidade do eixo) em ECG admissional e escala de Rankin em pacientes internados por AVEi de TOAST indeterminado em um hospital universitário terciário. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo incluindo pacientes internados por AVEi de TOAST indeterminado, sem registro de FA, no período 2014-15. Os ECGs da admissão foram digitalizados e, com o Software EP Calipers v.1.13, mediu-se duração, amplitude, eixo e força terminal de onda P. A escala de Rankin foi aplicada na alta hospitalar. Utilizou-se teste de  $\chi^2$  para buscar associação entre escore de Rankin e variáveis dicotomizadas: anormalidade do eixo da onda P (< 32° ou > 72°), presença de SAE e força terminal da onda P (>4.000 ms. $\mu$ V). **Resultados:** Analisou-se ECGs de 116 pacientes, idade média de 63,2 $\pm$ 13,5 anos, sexo feminino (52,6%), hipertensão (81%). A associação entre alterações de onda P e escala de Rankin está apresentada na tabela 1. **Conclusão:** Em pacientes internados por AVEi com TOAST indeterminado, sinais de atriopatia aferidos por ECG admissional (SAE e aumento de força terminal de onda P) estão associados a pior prognóstico neurológico. Essa ferramenta poderia sinalizar indivíduos de maior risco para desenvolvimento de fenômenos cardioembólicos, mesmo que sem documentação prévia de FA.

Tabela 1

	Rankin<2 (n=63)	Rankin2 (n=52)	Valor de p
Sobrecarga atrial esquerda	15(23,8%)	23(44,2%)	0,02
Aumento de força terminal	27(42,9%)	33(63,5%)	0,02
Anormalidade do eixo	41(65,1%)	34(65,4%)	0,97

Dados apresentados como n(%)

52517

**Características clínicas comparativas, fatores de risco e desfechos que levam a insuficiência renal aguda em pacientes com IAMCSST pós-ICPP**

GIULIA BONATTO REICHERT, MÁRCIA MOURA SCHMIDT, BIANCA DE NEGREI SOUZA, MARINA SIQUEIRA FLORES, DIEGO DA ROSA MILTERSTEINER, CARLOS ANTONIO MASCIA GOTTSCHALL, ALEXANDRE DAMIANI AZMUS e ALEXANDRE SCHAAN DE QUADROS.

Instituto de Cardiologia - FUC, Porto Alegre, RS, BRASIL.

**Fundamento:** A insuficiência renal aguda (IRA) é um fator de risco importante para pior prognóstico em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAM), mas estudos realizados em nosso meio na prática contemporânea são escassos. **Objetivo:** Comparar características clínicas, fatores de risco e desfechos que levam a IRA em pacientes com IAM pós-Intervenção coronariana percutânea primária (ICPp). **Métodos:** Todos os pacientes atendidos em um centro terciário de cardiologia no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2018 foram considerados para inclusão. IAM foi definido como alteração eletrocardiográfica (presença de nova ou presumivelmente nova elevação do segmento ST > 0.1mV em duas ou mais derivações contíguas com características isquêmicas); presença de um dos seguintes: enzimas cardíacas elevadas (CK-MB > limite superior da normalidade ou na ausência de CK-MB, CK total > 2 vezes o limite da normalidade ou elevação de troponina) nas 24 horas de início do desconforto isquêmico. IRA foi definida como aumento da creatinina acima de 50%. As variáveis foram coletadas prospectivamente. Foram utilizados teste Qui-quadrado e teste t para comparação entre os pacientes com e sem IRA utilizando o programa estatístico SPSS 24.0. Regressão logística múltipla para preditores de IRA e regressão de Cox para preditores de mortalidade em 30 dias. **Resultados:** No período do estudo, foram incluídos 3472 pacientes, sendo que 154 pacientes (4,4%) desenvolveram IRA. Quando comparados aos pacientes que não apresentaram IRA, aqueles com IRA eram mais idosos e apresentavam mais frequentemente hipertensão, diabetes melito, história de insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica. Os pacientes com IRA apresentaram mais frequentemente classe Killip IV na admissão. As taxas de eventos cardiovasculares maiores (ECVM) (52,9 % vs 4,2 %; p <0,001) e mortalidade em 30 dias (55,4% vs 4,1 %; p <=0,001) foram maiores nos pacientes com IRA. Os preditores independentes de IRA foram diabetes, insuficiência renal crônica, sepse e arritmia/morte súbita abortada. IRA foi preditor independente de mortalidade (OR = 2,62; p <=0,001). **Conclusão:** Em pacientes com IAM representativos da prática clínica diária, insuficiência renal aguda é uma complicação infrequente da ICPp, mas associada à altíssima mortalidade. A identificação de preditores deste evento pode auxiliar em sua prevenção e identificação precoce.

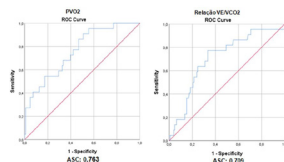
52522

**Valor prognóstico da ergoespirometria em pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica não chagásica do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul**

NATHALIA SARAIVA ALBERTON, MARCIANE MARIA ROVER, MAICO FURLANETTO, ALESSANDRO KONRAD OLSZEWSKI, IRAN CASTRO, ROBERTO TOFANI SANT'ANNA, BIBIANA BREYER, MARCELO FABRIS, MARIANA MENEGON DE SOUZA e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

**Fundamento:** O teste de esforço cardiopulmonar (TECP) é o exame padrão ouro para aferição da capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), sendo o valor prognóstico de suas variáveis já bem consagrado na literatura. Entretanto, há uma limitação de estudos brasileiros testando estas variáveis, principalmente em uma população de não chagásicos do Sul do Brasil. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo principal, avaliar a associação dos índices de pico do consumo máximo de oxigênio (PVO2) e da inclinação VE/VCO2 com desfechos clínicos em uma população com IC crônica não chagásica do Sul do Brasil. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Foram analisados 148 exames de pacientes com IC crônica ambulatoriais de etiologia não Chagásica vinculados ao Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul durante o período de março de 2012 a março de 2018. Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e prospectivo correlacionando as variáveis do TECP com a fração de ejeção, classe funcional e com desfechos combinados não fatais: visita a emergência ou internação em 6 meses após a realização do exame. Foram realizados Teste t de Student, Qui-Quadrado, Anova, Tuckey HSD e regressão multivariada de Poisson ajustada para a análise estatística. **Resultados:** Não houve associação entre as variáveis do TECP e a fração de ejeção; porém, houve variação entre as classes funcionais da NYHA. As áreas sob a curva para valores de PVO2 e inclinação VE/VCO2 foram de 0,76 e 0,70 respectivamente, representadas na figura 1 através da curva ROC. A análise multivariada demonstrou uma razão de chances de 5 (IC 95% 2,3-10) para valores de PVO2 abaixo de 10 ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup> e de 6,7 (IC 95% 2,4-18) para relação VE/VCO2 acima de 40 para desfechos combinados não fatais. **Conclusão:** O presente estudo ratificou a associação das variáveis PVO2 e inclinação VE/VCO2 em prever desfechos clínicos combinados não fatais em pacientes com IC de etiologia não chagásica de uma instituição do sul do Brasil.



52526

**Perfil clínico-epidemiológico e terapia farmacológica na alta hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida descompensada em um hospital terciário da Serra Gaúcha**

DEBORA NIENOW, ISADORA COMINETTI BIGOLIN, FERNANDO SCHELEDER ANTUNES e FÁBIO EDUARDO CAMAZZOLA.

Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, BRASIL.

**Fundamento:** A insuficiência cardíaca (IC) é um problema de saúde pública e representa parcela significativa das admissões hospitalares. A internação hospitalar por IC descompensada é uma fase em que o paciente está vulnerável, com aumento das taxas de reinternação e morbimortalidade nos meses seguintes. Segundo Cowie MR (Int J Cardiol. 2017 Jun 1), é uma oportunidade para atuar na melhoria dos cuidados ao paciente, com otimização do tratamento antes da alta hospitalar, impactando no prognóstico e sobrevida. Na literatura, são escassos os estudos com características clínicas e epidemiológicas dos pacientes admitidos para tratamento hospitalar da IC. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes admitidos por IC com fração de ejeção (FE) reduzida descompensada em um hospital público terciário, além da terapia farmacológica empregada antes da alta hospitalar. **Delineamento:** Estudo observacional, transversal. **Amostra:** Aqueles com mais de 18 anos admitidos por IC com FE reduzida descompensada no Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS) e que foram incluídos no Projeto Optimize, no período de maio de 2016 a setembro de 2017. **Métodos:** Os dados foram obtidos através da revisão de prontuários e notas de alta hospitalar. **Resultados:** Foram incluídos 96 pacientes, com predomínio do sexo masculino (67,7%). 76% dos pacientes eram hipertensos, 46,8% diabéticos, 51% tabagistas, 14,5% dislipidêmicos, 30,2% com arritmia cardíaca (maioria fibrilação atrial). A idade média foi de 63,09. Na etiologia da IC, houve prevalência da isquêmica (42,7%), seguida por hipertensiva (32,2%) e valvar (7,2%). Em relação ao tratamento farmacológico via oral durante a internação hospitalar, a medicação mais prescrita foi o betabloqueador (95,8%), seguido pelo inibidor da enzima conversora da angiotensina (73,9%). Além disso, 76% dos pacientes receberam prescrição de diurético de alça para uso domiciliar. Dos 92 pacientes que receberam tratamento com betabloqueador, 36,9% tiveram prescrição de carvedilol, com dose média diária de 18,29 $\pm$ 10,99mg; 59,7% de succinato de metoprolol, na dose média de 55,90 $\pm$ 34,93mg. **Conclusão:** As características clínicas dos pacientes que internaram com IC descompensada no HGCS são similares às descritas na literatura. Estão sendo utilizados os medicamentos recomendados na fase intra-hospitalar e a taxa de prescrição das medicações preconizadas nas diretrizes está acima das encontradas em outros estudos brasileiros e até internacionais.