



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de **CARDIOLOGIA**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
ISSN-0066-782X Volume 99, Nº 2, Supl. 2, Agosto 2012

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

GRAMADO - RS



Arquivos Brasileiros de CARDIOLOGIA

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

DIRETOR CIENTÍFICO

Luiz Alberto Piva e Mattos

EDITOR-CHEFE

Luiz Felipe P. Moreira

EDITORES ASSOCIADOS

CARDIOLOGIA CLÍNICA

José Augusto Barreto-Filho

CARDIOLOGIA CIRÚRGICA

Paulo Roberto B. Evora

CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Pedro A. Lemos

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/CONGÊNITAS

Antonio Augusto Lopes

ARRITMIAS/MARCAPASSO

Maurício Scanavacca

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NÃO-INVASIVOS

Carlos E. Rochitte

PESQUISA BÁSICA OU EXPERIMENTAL

Leonardo A. M. Zornoff

EPIDEMIOLOGIA/ESTATÍSTICA

Lucia Campos Pellanda

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Paulo Cesar B. V. Jardim

ERGOMETRIA, EXERCÍCIO E

REABILITAÇÃO CARDÍACA

Ricardo Stein

PRIMEIRO EDITOR (1948-1953)

† Jairo Ramos

CONSELHO EDITORIAL

Brasil

Adib D. Jatene (SP)
Alexandre A. C. Abizaid (SP)
Alfredo José Mansur (SP)
Álvaro Avezum (SP)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (DF)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Klier Péres (DF)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Barbara M. Ianni (SP)
Beatriz Matsubara (SP)
Braulio Luna Filho (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruce B. Duncan (RS)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Alberto Pastore (SP)
Carlos Eduardo Negrão (SP)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Dalton Valentim Vassallo (ES)
Décio Mion Jr (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Dikran Armaganjian (SP)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Edson Stefanini (SP)
Elias Knobel (SP)
Eliudem Galvão Lima (ES)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)

Eulógio E. Martinez F^o (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Sândoli de Brito Jr. (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando A. P. Morcerf (RJ)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Francisco Laurindo (SP)
Francisco Manes Albanesi F^o (RJ)
Gilmar Reis (MG)
Gílson Soares Feitosa (BA)
Inês Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Ivan G. Maia (RJ)
Ivo Nesralla (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
Jorge Pinto Ribeiro (RS)
José A. Marin-Neto (SP)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Geraldo de Castro Amino (RJ)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
José Teles Mendonça (SE)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Lurildo Saraiva (PE)
Marcelo C. Bertolami (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marco Antônio Mota Gomes (AL)
Marcus V. Bolívar Malachias (MG)
Maria Cecilia Solimene (SP)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Maurício Wajngarten (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Nabil Ghorayeb (SP)
Nadine O. Clausell (RS)
Nelson Souza e Silva (RJ)

Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo A. Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo J. Moffa (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo R. F. Rossi (PR)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Paulo Zielinsky (RS)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Roberto A. Franken (SP)
Roberto Bassan (RJ)
Ronaldo da Rocha Loures Bueno (PR)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sergio Almeida de Oliveira (SP)
Sérgio Emanuel Kaiser (RJ)
Sergio G. Rassi (GO)
Sérgio Salles Xavier (RJ)
Sergio Timerman (SP)
Sílvia H. G. Lage (SP)
Valmir Fontes (SP)
Vera D. Aiello (SP)
Walkiria S. Avila (SP)
William Azem Chalela (SP)
Wilson A. Oliveira Jr (PE)
Wilson Mathias Jr (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Presidente

Jadelson Pinheiro de Andrade

Vice-Presidente

Dalton Bertolim Précoma

Diretor Administrativo

Marcelo Souza Hadlich

Diretora Financeira

Eduardo Nagib Gaudi

Diretor de Relações Governamentais

Daniel França Vasconcelos

Diretor de Comunicação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Qualidade Assistencial

José Xavier de Melo Filho

Diretor Científico

Luiz Alberto Piva e Mattos

Diretor de Promoção de Saúde

Cardiovascular - SBC/Funcor

Carlos Alberto Machado

Diretor de Relações

Estaduais e Regionais

Marco Antonio de Mattos

Diretor de Departamentos

Especializados

Gilberto Venossi Barbosa

Diretor de Tecnologia da Informação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Editor-Chefe Arquivos Brasileiros de

Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Editor do Jornal SBC

Fábio Vilas-Boas Pinto

Coordenador do Conselho de Projeto

Epidemiológico

David de Pádua Brasil

Coordenadores do Conselho de Ações Sociais

Alvaro Avezum Junior

Ari Timerman

Coordenadora do Conselho de Novos

Projetos

Gláucia Maria Moraes Oliveira

Coordenador do Conselho de Aplicação de

Novas Tecnologias

Washington Andrade Maciel

Coordenador do Conselho de Inserção do

Jovem Cardiologista

Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenador do Conselho de Avaliação da

Qualidade da Prática Clínica e Segurança

do Paciente

Evandro Tinoco Mesquita

Coordenador do Conselho de

Normatizações e Diretrizes

Harry Correa Filho

Coordenador do Conselho de Educação

Continuada

Antonio Carlos de Camargo Carvalho

Comitê de Atendimento de Emergência e

Morte Súbita

Manoel Fernandes Canesin

Nabil Ghorayeb

Sergio Timerman

Comitê de Prevenção Cardiovascular

Antonio Delduque de Araujo Travessa

Sergio Baiocchi Carneiro

Regina Coeli Marques de Carvalho

Comitê de Planejamento Estratégico

Fabio Sândoli de Brito

José Carlos Moura Jorge

Walter José Gomes

Comitê de Assistência ao Associado

Maria Fatima de Azevedo

Mauro José Oliveira Gonçalves

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

Comitê de Relações Internacionais

Antonio Felipe Símão

João Vicente Vitola

Oscar Pereira Dutra

Presidentes das Estaduais e Regionais da SBC

SBC/AL - Alfredo Aurelio Marinho Rosa

SBC/AM - Jaime Giovany Arnez Maldonado

SBC/BA - Augusto José Gonçalves de Almeida

SBC/CE - Eduardo Arrais Rocha

SBC/CO - Hernando Eduardo Nazzetta (GO)

SBC/DF - Renault Mattos Ribeiro Junior

SBC/ES - Antonio Carlos Avanza Junior

SBC/GO - Luiz Antonio Batista de Sá

SBC/MA - Magda Luciene de Souza Carvalho

SBC/MG - Maria da Consolação Vieira Moreira

SBC/MS - Sandra Helena Gonsalves de Andrade

SBC/MT - José Silveira Lage

SBC/NNE - Aristoteles Comte de Alencar Filho (AM)

SBC/PA - Claudine Maria Alves Feio

SBC/PB - Alexandre Jorge de Andrade Negri

SBC/PE - Silvia Marinho Martins

SBC/PI - Ricardo Lobo Furtado

SBC/PR - Álvaro Vieira Moura

SBC/RJ - Gláucia Maria Moraes Oliveira

SBC/RN - Carlos Alberto de Faria

SBC/RS - Justo Antero Sayão Lobato Leivas

SBC/SC - Conrado Roberto Hoffmann Filho

SBC/SE - Eduardo José Pereira Ferreira

SBC/SP - Carlos Costa Magalhães

SBC/TO - Adalgele Rodrigues Blois

PRESIDENTES DOS DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS E GRUPOS DE ESTUDOS

SBC/DA - Hermes Toros Xavier (SP)

SBC/DCC - Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

SBC/DCM - Orlando Otavio de Medeiros (PE)

SBC/DCC/CP - Estela Suzana Kleiman Horowitz (RS)

SBC/DECAGE - Abrahão Afiune Neto (GO)

SBC/DEIC - João David de Souza Neto (CE)

SBC/DERC - Pedro Ferreira de Albuquerque (AL)

SBC/DFCVR - José Carlos Dorsa Vieira Pontes (MS)

SBC/DHA - Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

SBC/DIC - Jorge Eduardo Asséf (SP)

SBC/SBCCV - Walter José Gomes (SP)

SBC/SBHCI - Marcelo Antonio Cartaxo Queiroga Lopes (PB)

SBC/SOBRAC - Adalberto Menezes Lorga Filho (SP)

SBC/DCC/GAPO - Daniela Calderaro (SP)

SBC/DCC/GECETI - João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

SBC/DCC/GEECABE - Luis Claudio Lemos Correia (BA)

SBC/DCC/GECEG - Carlos Alberto Pastore (SP)

SBC/DCP/GECEP - Angela Maria Pontes Bandeira de Oliveira (PE)

SBC/DERC/GECEP - Daniel Jogaib Daher (SP)

SBC/DERC/GECEP - José Roberto Nolasco de Araújo (AL)

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

Volume 99, Nº 2, Agosto 2012

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM), SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial deste suplemento:

SBC - Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

deste suplemento:

Novo Conceito Eventos

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

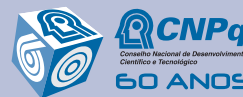
Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Resumo das Comunicações

***XI CONGRESSO BRASILEIRO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA***

GRAMADO - RS

27108

Fibrilação atrial em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada

F SOUZA N SARDINHA M, TATIANA ABELIN S. M, WAJSBROT, B R, M IORIO GARCIA, S SALLES X, FEIJO, L.A.

UFRJ RIO DE JANEIRO RJ BRASIL.

Fundamento: A Fibrilação Atrial (FA) é a arritmia mais frequente e cada vez mais associada aos pacientes com insuficiência cardíaca. A prevalência, fatores associados e valor prognóstico da mesma na Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD) são pouco conhecidos em nosso meio. **Objetivo:** BIdeterminar a prevalência, fatores associados e o impacto da FA na mortalidade hospitalar e na evolução após a alta de pacientes internados por ICD em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional com 601 internações consecutivas por ICD, seu perfil demográfico, clínico, ecocardiográfico, e laboratorial; a prevalência da FA, mortalidade hospitalar e pós alta. Na análise estatística multivariada foram utilizados a regressão logística e o modelo de Cox. Curvas de Kaplan-Meier foram construídas e comparadas pelo teste de log-rank. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 64 ± 13 anos, com predomínio do sexo masculino (55,7 %). A prevalência de FA foi de 40,9%. Na análise multivariada, a FA foi associada com internações prévias ($p=0,01$), idade crescente ($p=0,001$), etiologia não isquêmica ($p<0,0001$) e IC com fração de ejeção normal (ICFEN) ($p=0,02$). Não houve diferença significativa na mortalidade hospitalar nos pacientes com FA (10% x 6,7% nos pacientes sem FA - $p=0,14$). Em mediana de segmento de 16 meses após a alta hospitalar, a FA foi significativamente associada a maior mortalidade (48% x 32% $p=0,002$) e se manteve como preditor independente de morte após ajuste de outras variáveis prognósticas (HR=1,6 - IC95%=1,03-2,5). **Conclusão:** FA é frequente na ICD, se associa com ICFEN, idade, etiologia não isquêmica e maior mortalidade pós alta hospitalar.

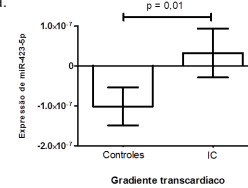
27121

Gradiente transcárdico de miR-423-5p: primeira evidência de expressão miocárdica alterada in vivo na IC

LÍVIA GOLDRAICH, NIDIANE CARLA MARTINELLI, EDUARDO DYTZ ALMEIDA, CAROLINA RODRIGUES COHEN, ÚRSULA MATTE, MAURICIO PIMENTEL, MICHAEL ÉVERTON ANDRADES, ANDRÉIA BIOLO, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL, LUIS EDUARDO ROHDE.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre POA RS BRASIL e PPG de Cardiologia e Ciências Cardiovasculares UFRGS POA RS BRASIL.

Fundamento: MicroRNAs (miRs) são pequenas moléculas de RNA não-codificante que modulam a síntese proteica em nível pós-transcricional. Níveis circulantes do miR-423-5p estão elevados na IC, entretanto alterações periféricas podem não refletir expressão miocárdica. **Objetivo:** Os objetivos deste estudo foi o de verificar presença de gradiente transcárdico deste miR em pacientes IC. **Métodos:** Foram selecionados pacientes com IC sistólica estável (FE<40%) e controles (sem história de disfunção ventricular) submetidos à estudo eletrofisiológico. Amostras de sangue foram obtidas de veia femoral, artéria femoral e seio coronário. miR-423-5p foi avaliada através de RT-PCR quantitativo, normalizado pelo uso de Caenorhabditis elegans (cel-miR-39). **Resultados:** Foram incluídos 16 casos de IC e 10 controles. A expressão de miR-423-5p foi semelhante entre casos e controles nas amostras obtidas em artéria femoral, veia femoral e seio coronário, porém o gradiente transcárdico de miR-423-5p foi positivo entre os casos de IC e negativo nos controles (Figura). **Conclusão:** Demonstramos a presença de gradiente transcárdico de miR-423-5p em indivíduos com IC, sugerindo produção e/ou liberação miocárdica.



27122

Preditores de cardiopatia isquêmica à angiografia coronária na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

BRUNO BISELI, RODRIGO MOREL VIEIRA DE MELO, EDUARDO FRANÇA PESSOA DE MELO, GERMANO EMILIO CONCEIÇÃO SOUZA, HENRIQUE BARBOSA RIBEIRO, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, EXPEDITO E. RIBEIRO DA SILVA.

Instituto do Coração - InCor HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

Fundamento: A realização da angiografia coronária (AC) na insuficiência cardíaca (IC) é frequentemente justificada para avaliação diagnóstica de cardiopatia isquêmica (CI). Porém os pacientes que se beneficiam desta estratégia ainda não são definidos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e os preditores de CI através de critérios angiográficos em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção (FEVE) reduzida sem etiologia definida. **Métodos:** Foram incluídos, consecutivamente, pacientes ambulatoriais com IC e FEVE < 45%, sem etiologia definida, que tiveram a AC indicada para esclarecimento etiológico da cardiopatia. Os critérios angiográficos utilizados para CI basearam-se nas definições publicadas previamente. Pacientes com diagnóstico prévio de doença arterial coronariana (DAC), sorologia positiva para doença de Chagas, cardiopatia congênita, valvopatia grave ou pacientes após transplante cardíaco foram excluídos. Coletou-se dados demográficos, classe funcional de IC, presença de alteração segmentar e FEVE ao ecocardiograma, bem como fatores de risco para DAC e história de angina. **Resultados:** 152 pacientes foram incluídos para análise. A prevalência de CI por critérios angiográficos foi de 14 (9,2%) pacientes. Dos pacientes com CI, 50% apresentavam angina contra apenas 15,9% dos pacientes sem CI. A presença de mais de 3 fatores de risco para DAC foi de 64,3% nos pacientes com CI e 51,4% naqueles sem CI ($p=0,41$). Idade, sexo, FEVE e classe funcional de IC também foram semelhantes entre os grupos. Na análise univariada apenas a presença de angina foi preditora de CI ($p = 0,006$), permanecendo após análise multivariada. Quatro (2,6%) pacientes apresentaram complicações relacionadas ao procedimento, sendo 3 complicações vasculares e 1 óbito. **Conclusão:** Em nosso estudo, a realização da AC em pacientes com IC e disfunção sistólica sem etiologia definida apresentou um baixo rendimento diagnóstico para CI. Apenas história de angina foi preditor de alterações angiográficas compatíveis com CI.

27266

Prega cutânea do tríceps, mas não índice de Massa Corporal, prediz a mortalidade global na insuficiência cardíaca crônica

PRICCILA ZUCHINALI, GABRIELA CORRÊA SOUZA, FERNANDA DONNER ALVES, KARINA SANCHES MACHADO D'ALMEIDA, LÍVIA GOLDRAICH, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL, LUIS EDUARDO ROHDE.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL e Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: Os principais estudos avaliando o impacto da obesidade utilizam índice de massa corporal (IMC) para classificar obesidade. O valor prognóstico de outras medidas de composição corporal é pouco explorado na insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Avaliar associação entre IMC e medidas de composição corporal indiretas com risco de mortalidade e hospitalização em IC. **Delineamento:** Coorte prospectiva. **Pacientes:** Foram avaliados 344 pacientes ambulatoriais com fração de ejeção $\leq 50\%$. Foram excluídos pacientes com edema periférico, mulheres grávidas e aqueles com condições clínicas que impedisse a realização das medidas antropométricas. **Métodos:** Entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009 medidas de composição corporal indireta como IMC, índice ponderal, superfície corporal, circunferência abdominal, circunferência muscular do braço e prega cutânea tricipital (PCT) foram realizadas por nutricionista treinado. Dados de mortalidade e internação foram coletados através de sistema interno ou contato telefônico. Associação de composição corporal com sobrevida e hospitalização foi avaliada por curva de Kaplan-Meier e teste log-rank. Análise de regressão de Cox foi realizada para determinar preditores independentes. **Resultados:** A média de seguimento foi de $30 \pm 8,2$ meses. A população apresentava média de 59 ± 13 anos, maioria homens (65%) e etiologia isquêmica (34%). APCT foi o único parâmetro diferente entre mortos e sobreviventes, com valores significativamente menores nos mortos ($p=0,047$). No método Kaplan-Meier, pacientes no quintil 5 de PCT apresentaram menor mortalidade quando comparados com os outros quintis ($p=0,027$), esta relação não foi observada para o IMC. O modelo de regressão de Cox incluiu parâmetros significativos da análise univariada, além de outros estabelecidos na literatura. A PCT manteve-se como preditor independente de morte por todas as causas. **Conclusão:** Embora o IMC seja o parâmetro antropométrico mais utilizado, nossos resultados demonstram que a PCT foi melhor preditor de mortalidade em pacientes ambulatoriais com IC.