

48565

Fibrose cardíaca como preditor de desfechos arritmicos em pacientes com insuficiência cardíaca não isquêmica: um estudo de coorte

ADRIANO NUNES KOCHI, NATÁLIA BASSO BONIATTI, CAMILA BERGONSI DE FARIAS, MAURICIO PIMENTEL, LEANDRO IOSCHPE ZIMMERMAN e LUIS EDUARDO PAIM ROHDE.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é relacionada a eventos arritmicos graves e morte súbita (MS). A recente publicação do estudo DANISH questionou o benefício de cardio-desfibriladores (CDI) nos pacientes com IC de etiologia não isquêmica (ICNI). Torna-se importante, portanto, determinar fatores capazes de estratificar o risco de MS nos pacientes com ICNI. **Objetivo:** Determinar fatores preditores de desfechos arritmicos em pacientes com ICNI. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte prospectivo e unicêntrico que arrolou pacientes do ambulatório de IC e Transplante Cardíaco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram coletados dados clínicos e dados de exames não invasivos e invasivos (ECG, Holter, ecocardiograma, ergoespirometria, ressonância cardíaca (RMC) e estudo eletrofisiológico (EEF)). Critérios de inclusão: presença de IC com FEVE < 40% e etiologia não isquêmica, avaliada por cineangiocoronariografia, cintilografia miocárdica ou RC de estresse. Também foram excluídos pacientes com histórico de síncope, arritmia ventricular sustentada ou portadores de CDI. O desfecho primário foi a presença de taquicardia ventricular não sustentada no Holter (TVNS) ou indução de arritmia ventricular sustentada no EEF. A análise estatística foi realizada no software SPSS 19®. Preditores clínicos independentes de risco foram definidos com regressão logística. **Resultados:** Foram incluídos 43 pacientes, sendo 53,5% do sexo masculino, com média de idade de 55,4 anos. O perfil de etiologia da amostra era composta por 48,8% de pacientes com IC de causa idiopática, 14% alcoólica e 11,6% hipertensiva. O desfecho principal ocorreu em 44% da amostra. Mostraram-se preditores do desfecho, em análise univariada, a presença de realce tardio na RMC ($p=0,01$), VO_2 pico reduzido ($p=0,028$) e VE/VCO_2 elevado ($p=0,011$). Quando avaliados em modelo multivariado, observou-se que apenas a presença do realce tardio manteve-se como preditor do desfecho arritmico (OR= 21,1; IC95% 2,10-350, $p=0,011$). **Conclusão:** Neste estudo de coorte foi observado que a presença de realce tardio avaliado na RMC mostrou-se preditor de evento arritmico em paciente com ICNI. Estudos futuros podem determinar o eventual benefício de implante de CDI em pacientes selecionados de alto risco arritmico na ICNI.

48754

Captação de coração a longa distância e sobrevida em um ano: uma coorte retrospectiva

GUSTAVO ARRUDA BRAGA, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, SANDRIGO MANGINI, MICHEL DA SILVA, LUIS FENANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, MONICA SAMUEL AVILA, IÁSCARA WOZNIK DE CAMPOS, RONALDO HONORATO BARROS DOS SANTOS, FABIO ANTÔNIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A captação de órgãos em longa distância possibilita maior disponibilidade de doadores de órgãos, porém não é comumente empregada. **Objetivo:** Avaliar as características da captação de curta e longa distância e o impacto na função ventricular e sobrevida em um ano após o transplante. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo. Setenta e cinco pacientes adultos foram submetidos a transplante cardíaco ortotópico no Instituto do Coração (InCor), São Paulo, Brasil, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014. Os pacientes foram analisados em dois grupos: captação em curta distância (G1) e captação em longa distância (G2), sendo esta última caracterizada por captação cardíaca realizada a uma distância superior a 50km. Dados dos doadores como idade, raça, sexo, peso, altura, sódio, creatinina, hemoglobina, prevalência de parada cardíaca e hipertensão prévias, uso de norepinefrina, uso de vasopressina e ecocardiogramas realizados assim como causa de morte, tempo de isquemia, tempo de circulação extracorpórea foram avaliados e comparados entre os grupos (dados apresentados em mediana e percentil 25 e 75; comparação por teste de qui-quadrado de Pearson ou teste de Mann-Whitney). A função ventricular esquerda e direita na alta e a sobrevida em um ano foram avaliadas (Kaplan-Meier para estimativas de sobrevida e teste log-rank para comparação entre grupos). **Resultados:** Incluídos 75 pacientes. Trinta e nove pacientes (52%) eram de G1 e 36 (48%) de G2. Os doadores de G2 apresentaram maiores níveis de creatinina [$G1 = 1,00$ (0,72-1,40) x $G2 = 1,30$ (1,0-1,87), $p = 0,043$]; maior tempo de isquemia [$G1=2h05m$ (1h47m-2h27min) x $G2=3h14min$ (2h18min-3h33min), $p < 0,001$], menor prevalência de parada cardíaca prévia [$G1=7$ (17,9%) x $G2=1$ (2,8%), $p = 0,030$] e maior número de ecocardiogramas realizados [$G1=4$ (10,3%) x $G2=16$ (45,7%), $p < 0,001$]. Não houve diferença entre as demais variáveis citadas anteriormente. Na alta após transplante cardíaco, não houve diferença entre os grupos quanto a disfunção ventricular esquerda ($G1 = 5,1\%$ e $G2 = 8,4\%$, $p = 0,574$) e direita ($G1 = 18\%$ e $G2 = 16,7\%$, $p = 0,560$). A sobrevida em um ano foi semelhante entre os grupos, sem perda de seguimento (teste log-rank, $p = 0,823$). **Conclusão:** A captação de órgãos em longa distância é uma opção aceitável e segura, não resultando em aumento de morbidade ou mortalidade em nossa população, apesar do tempo de isquemia mais prolongado para o coração.