

392

Custo-efetividade de programas de exercício físico supervisionado na terapêutica da insuficiência cardíaca no Brasil

EDUARDO MIGUEL KUHR, RODRIGO A RIBEIRO, LUIS EDUARDO ROHDE, LUIS BECK DA SILVA NETO, NADINE O CLAUSELL, JORGE P RIBEIRO, CARIS ANNE POLANCZYK

Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, UFRGS Porto Alegre RS BRASIL e UNIMED Litoral Itajaí SC BRASIL

Fundamento: O exercício físico supervisionado (EFS) é uma terapêutica eficaz na redução da morbi-mortalidade na insuficiência cardíaca congestiva (ICC), porém não existem análises econômicas do impacto desta intervenção no Brasil. **Delineamento:** Análise custo-efetividade (CE). **Objetivo:** Avaliar a CE do EFS em pacientes com ICC na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** Foi construído um modelo de Markov para a avaliação de CE incremental (RCEI) do EFS em relação à terapia convencional, em pacientes com ICC em classe funcional II e III. O desfecho analisado foi anos de vida salvos ajustados pela qualidade (AVAQ), num horizonte temporal de 10 anos. Dados sobre efetividade, mortalidade e utilidade foram buscados em ensaios clínicos e metanálises. A curva de sobrevida foi constituída a partir de uma coorte ambulatorial com 318 pacientes com seguimento médio de 3,27 anos. Os custos foram obtidos de tabelas de remuneração do SUS, estudos de coortes e de modelos constituídos a partir de um centro de reabilitação cardíaca, atualizados pela inflação oficial para o ano de 2008. A robustez do modelo foi avaliada por simulação de Monte Carlo. Análises de sensibilidade uni- e multivariadas foram realizadas para identificar aquelas de maior valor preditivo. **Resultados:** Assumindo que EFS reduz em 35% a mortalidade a um custo anual de R\$ 1.600,00 por paciente, esta estratégia teve custo total de R\$ 42.295, com expectativa de vida ajustada para qualidade de 6,39 anos. Em comparação a terapia convencional, com um custo de R\$ 27.325 e 5,53 AVAQ. A relação de custo-efetividade da terapia com EFS em adição à convencional, foi de R\$ 17.260/AVAQ. Num outro cenário, considerando-se uma redução de 11% da mortalidade apresentada no estudo HF-Action, com custo anual de EFS de R\$ 639,00, a relação de CE fica em R\$ 24.515/AVAQ. As variáveis mais sensíveis na determinação do CE foram o custo do EFS, a efetividade do EFS e o custo da medicação. **Conclusões:** O exercício físico é um instrumento terapêutico com boa perspectiva de redução de internações e mortalidade na ICC com uma relação de custo-efetividade aceitável no cenário brasileiro.

393

Inclusão da fibrilação atrial aos critérios eletrocardiográficos de Romhilt-Estes para o diagnóstico de sobrecarga ventricular esquerda

NELSON SAMESIMA, FABRÍCIO FRANÇA, FERNANDA F FUMAGALLI, MARTA V A AREIS, ALY COELHO BAPTISTA JR, EULER V GARCIA, CARLOS A PASTORE

Serviço de Eletrocardiologia - InCor HCFMUSP São Paulo SP BRASIL

Introdução: Dentre os critérios eletrocardiográficos de SVE, o Escore de Pontos de Romhilt-Estes é o que apresenta melhores valores de sensib, espec, VPP e VPN, testado em várias populações. No entanto, a publicação inicial em 1968 excluiu os pacientes portadores de FA. **Objetivo:** Analisar o impacto da inclusão da FA aos critérios de Romhilt-Estes em relação à sensib, espec e VPP e VPN. **Material e método:** Analisamos 149 ECG's de pacientes portadores de FA. O escore de pontos foi aplicado em todos os ECG's por 2 cardiologistas que desconheciam os resultados ecocardiográficos. Ao escore final, somamos 0, 1, 2 e 3 pontos referentes à presença da FA. Assim, cada paciente obteve 4 pontuações, sendo considerada ausência de SVE e presença de SVE quando a pontuação final foi de até 3 ou ≥ 5 . O diagnóstico de SVE foi estabelecido por: DDVE \geq 55mm ou VDF VE \geq 145ml. Utilizados os testes de Fisher e T não pareado (variáveis categóricas e contínuas). **Significância:** $p \leq 0,05$. **Resultado:** Idade: 64 ± 13 anos, 52% masc (77), FC: 87 ± 22 bpm, DDVE: 52 ± 8 mm, VDF VE: 137 ± 54 ml, FEVE: $0,56 \pm 0,13$, AE: 49 ± 8 mm, SVE ao ECO: 34% (50). Os valores de sensib, espec, VPP e VPN estão na Tabela 1. Houve um aumento dos falsos positivos com a maior atribuição de pontos à FA. A curva ROC demonstra que a atribuição de 1 ponto à FA apresenta maior área sob a curva em relação às pontuações 2 e 3. **Conclusão:** A inclusão da FA no Escore de Pontos de Romhilt-Estes, com peso de 1 ponto, demonstrou melhorar os valores de sensib, espec, VPP e VPN para o diagnóstico de SVE.

Pontuação FA	0	1	2	3
Sens (%)	30	48	58	75
Espec (%)	95	85	63	48
VPP	72	63	46	41
VPN	74	75	74	80
p	0,0002	0,0002	0,0199	0,0191

394

Avaliação de pacientes com endomiocardiopatia pela tomografia computadorizada de múltiplos detectores

ROBERTO CANDIA, AFONSO AKIO SHIOZAKI, MARCELO ABRAMOFF CONTINENTINO, JULIANO RASQUIN SLHESARENKO, HERLA CARLA NASCIMENTO BAPTISTA, IBRAIM FRANCISCO PINTO, ABILIO AUGUSTO FRAGATA FILHO, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, RENATO BORGES FILHO, JOSE EDUARDO MORAES REGO SOUSA, AMANDA GUERRA DE MORAES REGO SOUSA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo SP BRASIL e HCor São Paulo SP BRASIL

Fundamentos: A endomiocardiopatia (EMF) é uma causa de insuficiência cardíaca, cujo controle requer, habitualmente, o uso de métodos de imagem. A tomografia computadorizada por múltiplos detectores (TCMD) poderia ser útil por promover a avaliação da função ventricular, identificar a trombose e por avaliar a condição das artérias coronárias. Sua utilidade nesta área não foi avaliada. O objetivo deste trabalho é analisar criticamente, a contribuição da TCMD para a condução dos casos de EMF. **Pacientes:** Entre 07 e 12/2007 analisamos 20 pacientes (P) com EMF pela TCMD. **Métodos:** Todos P haviam sido submetidos a ecocardiografia (ECO). A TCMD incluiu séries após a injeção de meio de contraste, acopladas ao eletrocardiograma. A partir destas, procurou-se identificar o volume diastólico e sistólico final (VDF e VSF) e a fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo (VE), bem como a presença de fibrose (FI). Os dados foram correlacionados com a classe funcional (CF) e aos resultados do ECO. **Resultados:** A FEVE pelo ECO era $59,6 \pm 10,4$ e pela TCMD $49,7 \pm 15,3$ ($r = 0,783$; $p = 0,0003$). Havia RT em todos os P e esta era um determinante da FE, que era $66,5 \pm 11,6\%$ se havia RT apenas no VD, era $44,6 \pm 15,5\%$ se havia RT apenas no VE e era $38,6 \pm 12,1$ se havia RT no VD e no VE ($p = 0,003$). Também houve correlação significativa entre as medidas do VDF e do VSF pelo ECO e pela TCMD ($r = 0,61$, $p < 0,001$). Havia íntima relação entre a CF e a extensão do RT ($r = 0,88$; $p > 0,001$) e a TCMD encontrou doença arterial coronária, em 3 P que não apresentavam suspeita clínica. **Conclusão:** A TCMD avalia de modo adequado P com EMF, determinando a FE e definindo a presença de RT que caracteriza fibrose em todos os casos estudados. A presença e a extensão da RT pela TCMD é determinante da CF e da FE destes P, podendo vir a ocupar papel relevante na estratificação de risco destes P na prática clínica.

395

Avaliação de atletas com arritmia complexa pela ressonância magnética

MARCELO ABRAMOFF CONTINENTINO, IBRAIM FRANCISCO PINTO, AFONSO AKIO SHIOZAKI, WALTER ISHIKAWA, NABIL GHORAYEB, JOSE EDUARDO MORAES REGO SOUSA, LUIZ CARLOS BENTO DE SOUZA, ROBERTO CANDIA, HERLA CARLA NASCIMENTO BAPTISTA, AMANDA GUERRA DE MORAES REGO SOUSA

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo SP BRASIL e HCor São Paulo SP BRASIL

Fundamentos: Arritmias complexas (ARC) em atletas de competição são causa de morte súbita nestes pacientes (P), sendo seu risco ainda maior frente à presença de anomalias morfológicas ou funcionais do ventrículo direito, que é uma câmara de difícil avaliação na prática. O objetivo deste trabalho foi avaliar atletas profissionais com ARC pela ressonância magnética cardíaca (RMC) para definir se a realização deste exame pode auxiliar na avaliação destes casos. **Pacientes:** Analisamos 58 futebolistas profissionais com ARC pela RMC entre 12/2005 e 12/2007. **Métodos:** Todos P foram submetidos à eletrocardiografia dinâmica (Holter), e RMC que avaliou a anatomia e a fração de ejeção (FE) do ventrículo direito (VD) e do ventrículo esquerdo (VE), com séries feitas 10 minutos após a injeção de meio de contraste paramagnético para documentar se havia ou não realce tardio (RT), que indicasse processo inflamatório ou fibrose miocárdica. Todos P foram acompanhados por 18 meses após a realização da RMC. **Resultados:** Seis P apresentaram fibrilação ventricular, 17 taquicardia ventricular sustentada e os demais taquicardia ventricular não sustentada. A FE do VE era $> 0,55$ em 53 P e $< 0,55$ em 5. A FE VD era $< 0,50$ em 32, (FE entre 0,45 e 0,50 em 32 e $< 0,45$ em 13). Os 5 P com FEVE $< 0,55$ exibiam FEVD $< 0,40$. Havia RT em 41 P. Nos P com FEVE $< 0,50$, havia RT no VD e no VE. Os P com ARC mais graves apresentavam maior área de RT ($> 20\%$ do miocárdio). Em 17 P a FE do VE e do VD era $> 0,55$ e não havia RT, mas existiam pequenas áreas de discinesia no VD. Oito destes casos mostraram piora das arritmias e apresentaram RT na RMC de controle aos 6 meses de evolução. Nos P com RT na RMC inicial 13 evoluíram sinais de displasia arritmogênica. **Conclusão:** A RMC identificou os P em que ARC associava-se a doença mais grave. Contudo, existem alterações sutis cujo significado ainda não é claro e que exigem maior número de estudos para sua definir sua importância.