

291

**A MONITORIZAÇÃO ATRAVÉS DA TROPONINA DEVE SER REALIZADA EM TODOS OS PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA NÃO CARDÍACA?**

MARIA CLAUDIA DUTRA BARCELLOS GUTERRES DA COSTA<sup>1</sup>, JULIA BEDIN<sup>1</sup>, THAIS CONTE<sup>1</sup>, MAUREN PORTO HAEFFNER<sup>1</sup>, GUILHERME GISCHKOW RUCATTI<sup>1</sup>, MARIANA V FURTADO<sup>1</sup>, FLAVIA KESSLER BORGES<sup>1</sup>, PATRICIA KLARMANN ZIEGELMANN<sup>1</sup>, ÉRICA ARANHA SUZUMURA<sup>2</sup>, OTAVIO BERWANGER<sup>2</sup>, PJ DEVEREAU<sup>3</sup>, CARISI A POLANCZYK<sup>1</sup>

(1) HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, (2) HOSPITAL DO CORAÇÃO EM SÃO PAULO, (3) MCMaster UNIVERSITY, ONTARIO, CANADÁ

Introdução: A cirurgia não cardíaca está associada a eventos cardiovasculares maiores (MACE). Em estudos recentes, a elevação da troponina demonstrou ser um preditor independente de eventos adversos cardíacos e de mortalidade no pós-operatório, dando origem à definição de lesão miocárdica após cirurgia não cardíaca (MINS). MINS inclui não apenas o infarto, mas também às demais lesões miocárdicas de etiologia isquêmica no perioperatório. Uma das ferramentas utilizadas no pré-operatório para estimar o risco de complicações é o escore de risco cardíaco revisado (RCRI). Objetivos: Avaliar a associação entre o RCRI e MINS como preditor de eventos cardiovasculares maiores em pacientes brasileiros submetidos à cirurgia não cardíaca. Métodos: Estudo multicêntrico, tipo coorte, prospectivo- Estudo VISION. A amostra foi composta por 1001 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 1503 pacientes do Hospital do Coração em São Paulo entre setembro de 2008 a julho de 2012. Resultados: A média de idade foi 61,93 anos (DP±11), com predomínio do gênero feminino (51%). Em 30 dias de pós-operatório, ocorreram MINS em 314 pacientes (13%) e morte em 43 pacientes (2%). As comorbidades mais frequentes foram diabetes (18%), HAS (53%), DAC previa (13%), revascularização miocárdica tardia (13%) e câncer ativo (16%). A maioria das cirurgias foi de baixo risco (49%) e cirurgia geral (18%). O tempo de internação dos pacientes que apresentaram MINS foi em média 17,81 dias (DP 22,97) e os que não apresentaram em média 5,8 dias (DP 10,95). A incidência de eventos no RCRI I foi MINS 70 (7%), RR 1; óbito 6 (0,6%), RR 1; MACE 18 (2%) e no RCRI II foi MINS 95 (17%), RR 2,56 (1,92-3,43); óbito 20 (4%), RR 6,30 (2,54-15,61); MACE 41 (17%), RR 4,31 (2,50-7,43). As taxas de eventos do RCRI III e IV foram semelhantes às encontradas na literatura. Quando comparado cirurgia de baixo risco versus cirurgia de não baixo risco, somente nos pacientes RCRI I (nenhuma variável) e II (uma variável), observou-se uma pequena incidência de MINS no RCRI I que realizou cirurgia de baixo risco (3%). Conclusão: A alta incidência de eventos em pacientes classificados como baixo risco (RCRI I e II) sugere que eventos cardiovasculares estejam sendo subestimados na avaliação pré-operatória. Observou-se uma baixa incidência de MINS somente no subgrupo que não pontua nenhuma variável no RCRI submetida à cirurgia de baixo risco.

292

**O IMPACTO DA INJÚRIA MIOCÁRDICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA NÃO CARDÍACA**

MARIA CLAUDIA DUTRA BARCELLOS GUTERRES DA COSTA<sup>1</sup>, JULIA BEDIN<sup>1</sup>, THAIS CONTE<sup>1</sup>, MAUREN PORTO HAEFFNER<sup>1</sup>, GUILHERME GISCHKOW RUCATTI<sup>1</sup>, MARIANA V FURTADO<sup>1</sup>, FLAVIA KESSLER BORGES<sup>1</sup>, PATRICIA KLARMANN ZIEGELMANN<sup>1</sup>, ÉRICA ARANHA SUZUMURA<sup>2</sup>, OTAVIO BERWANGER<sup>2</sup>, PJ DEVEREAU<sup>3</sup>, CARISI A POLANCZYK<sup>1</sup>

(1) HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, (2) HOSPITAL DO CORAÇÃO EM SÃO PAULO, (3) MCMaster UNIVERSITY, DEPARTMENT OF HEALTH RESEARCH METHODS, HAMILTON, ONTARIO, CANADÁ

Introdução: A definição de lesão miocárdica após cirurgia não cardíaca (MINS) é mais ampla do que a definição de infarto do miocárdio (IAM), pois inclui não apenas o infarto, mas também às demais lesões miocárdicas relevantes no perioperatório que ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia não cardíaca, excluindo-se as injúrias de etiologia não isquêmica. Acreditamos que a avaliação de MINS em nossa população, assim como a identificação de fatores de risco, contribuirá para a redução de morbimortalidade em 30 dias no pós-operatório de cirurgia não cardíaca. Metodologia: Estudo multicêntrico, tipo coorte, prospectivo- Estudo VISION. A amostra foi composta por 1001 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 1503 pacientes do Hospital do Coração em São Paulo entre setembro de 2008 a julho de 2012. Objetivos: Avaliar o valor prognóstico de MINS em relação a desfecho cardiovascular maior e mortalidade em 30 dias em amostra de pacientes brasileiros no pós-operatório de cirurgia não cardíaca e determinar os preditores independentes pré-operatórios de MINS. Resultados: A média de idade foi 61,93 anos (DP±11), com predomínio do gênero feminino (51%). Em 30 dias de pós-operatório, ocorreram MINS em 314 pacientes (13%) e morte em 43 pacientes (2%). As comorbidades mais frequentes foram diabetes (18%), HAS (53%), DAC previa (13%), revascularização miocárdica tardia (13%) e câncer ativo (16%). A maioria das cirurgias foi de baixo risco (49%) e cirurgia geral (18%). O tempo de internação dos pacientes que apresentaram MINS foi em média 17,81 dias (DP 22,97) e os que não apresentaram em média 5,8 dias (DP 10,95). Os preditores independentes de mortalidade em 30 dias foram MINS (RC 3,17 (IC95% 1,56-6,41)), sangramento maior (RC 5,75 (IC95% 2,75-12,05)), sepse (RC 5,08 (IC95% 2,25-11,46)), câncer ativo (RC 4,22 (IC95% 1,98-8,98)) e cirurgia geral (RC 3,11 (IC95% 1,51-6,41)). No mesmo período, os preditores independentes de MINS foram idade ≥ 75 anos (RC 2,02 (IC 95% 1,56-2,63)), DM (RC 1,31 (IC 95% 1,02-1,68)), HAS (RC 1,39 (IC 95% 1,06-1,81)), ICC e/ou DAC (RC 1,59 (IC 95% 1,22-2,06)) e insuficiência renal (DCE<30 mL/min ou diálise RC 6,63 (IC 95% 4,72-9,31)). Conclusão: A incidência de MINS em 30 dias de pós-operatório de cirurgia não-cardíaca está relacionada a maior mortalidade. Os preditores independentes de MINS identificados nesse estudo foram idade ≥ 75 anos, DM, HAS, ICC e/ou DAC e insuficiência renal.

293

**APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE**

JULIANA DE GOES JORGE<sup>1</sup>, ISABELA AZEVEDO FREIRE SANTOS<sup>1</sup>, INGRID MARIA NOVAIS BARROS DE CARVALHO COSTA<sup>1</sup>, ANDREZA SANTOS ALMEIDA<sup>1</sup>, JOSÉ RODRIGO SANTOS SILVA<sup>1</sup>, JOSELINA LUZIA MENEZES OLIVEIRA<sup>1</sup>, JOSÉ AUGUSTO SOARES BARRETO FILHO<sup>1</sup>, MARCOS ANTONIO ALMEIDA-SANTOS<sup>2</sup>, ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA<sup>1</sup>

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, (2) UNIVERSIDADE TIRADENTES

Fundamento: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é considerada fator de risco independente para o surgimento de doença arterial coronariana, porém não está bem estabelecida a sua correlação com a Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Objetivo: Verificar a associação entre SAOS diagnosticada com a utilização de polissonografia e SCA. Métodos: Foi realizada revisão sistemática da literatura, mediante busca em bases de dados eletrônicas (PubMed - Medline, Scopus, SciELO, LILACS, Science Direct, CENTRAL Cochrane, Web of Science, PeDro e CINAHL) utilizando os seguintes descritores: "Sleep Apnea, Obstructive" e "Acute Coronary Syndrome". Além das supracitadas, foi também realizada busca em literatura cinza via Google Acadêmico e busca manual (handsearch) nas referências dos artigos selecionados. A busca sistemática foi realizada entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017. Foram utilizadas apenas as publicações dos últimos cinco anos. Resultados: Foram incluídos 17 artigos nesta revisão, sendo 11 estudos do tipo coorte e 6 do tipo caso-controle. Nos estudos selecionados, foram incluídos 3383 voluntários, dos quais, 2223 com o diagnóstico de SAOS. Todos os estudos consideraram a SCA ou uma de suas formas de apresentação como critério de inclusão e o Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) obtido por meio da polissonografia como critério diagnóstico para a SAOS. Na presente investigação, os resultados mostram que a sonolência diurna foi associada a um maior risco de desenvolver SCA (P=0,0001). Além disso, os pacientes que durante o sono apresentaram a diminuição da SpO<sub>2</sub> acima de 4% (P<0,00001) e o tempo de sono em que a SpO<sub>2</sub> permaneceu abaixo de 90% (P<0,00001), mostram risco aumentado para a SCA. Conclusão: Verificou-se associação entre a presença de SCA e a ocorrência de SAOS. Pacientes que apresentam sonolência diurna excessiva, diminuição da SpO<sub>2</sub> maior que 4% e/ou tempo de sono com a SpO<sub>2</sub> menor que 90% possuem um maior risco de desenvolver a SCA.

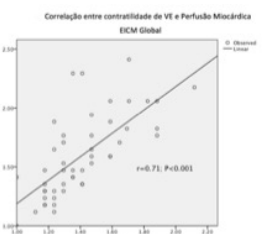
294

**CORRELAÇÃO ENTRE A CONTRATILIDADE DA PAREDE VENTRICULAR ESQUERDA, FLUXO DA MICROCIRCULAÇÃO CORONÁRIA E AGREGABILIDADE PLAQUETÁRIA EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADERNÍVEL DO SEGMENTO ST TRATADOS COM TERAPIA FIBRINOLÍTICA**

MARCO ANTONIO SCANAVINI FILHO<sup>1</sup>, OTAVIO BERWANGER<sup>2</sup>, WILSON MATHIAS JUNIOR<sup>1</sup>, MIGUEL OSMAN AGUIARI<sup>1</sup>, HSU CHIANG<sup>1</sup>, FABIO DE LUCA<sup>3</sup>, DELCIO UEZATO JUNIOR<sup>1</sup>, LUCIANO MOREIRA BARACIOLI<sup>1</sup>, REMO HOLANDA DE MENDONÇA FURTADO<sup>1</sup>, ROBERTO ROCHA GIRALDEZ<sup>1</sup>, BEATRIZ OLIVEIRA DOS SANTOS<sup>1</sup>, ALEXANDRE SALGADO BLANCO<sup>1</sup>, JOSE ANTONIO FRANCHIN RAMIRES<sup>1</sup>, ROBERTO KALIL FILHO<sup>1</sup>, JOSE CARLOS NICOLAU<sup>1</sup>

(1) INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR / HCFMUSP, (2) HOSPITAL DO CORAÇÃO / HCOR, (3) HOSPITAL GERAL DO GRAJAU / UNIVERSIDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO

Introdução: Sabe-se que o Escore Indexado de Contratilidade Miocárdica (EICM), o Escore Indexado de Perfusão Miocárdica (EIPM) avaliados pela ecocardiografia contrastada miocárdica (ECM), e a agregabilidade plaquetária (AP), são importantes variáveis prognósticas em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST). No entanto, pouco se sabe sobre a correlação entre essas três variáveis. Objetivo: Analisar as correlações entre EICM, EIPM e AP em pacientes com IAMCSST tratados com tratamento fibrinolítico. Métodos: Foram incluídos pacientes consecutivos do



Estudo TREAT, submetidos à terapia fibrinolítica e transferidos para nossa Instituição para serem submetidos à Cateterismo cardíaco (CATE). O CATE foi realizado em 4 (± 2) dias a partir do início dos sintomas; 48 pacientes foram incluídos no presente estudo e todos possuíam obstrução residual na coronária culpada <50% e fluxo TIMI-3 ao final do procedimento. Dois (± 2) dias após o CATE, os pacientes foram submetidos à ecocardiografia contrastada miocárdica (ECM); EIPM e EICM foram obtidos analisando-se todos os 17 segmentos do ventrículo esquerdo. A AP com ADP foi avaliada pelo Multiplate Analyzer® imediatamente antes do ECM. O teste de regressão linear foi utilizado para o desenvolvimento de análises univariadas e ajustadas. Resultados: 1) Análises univariadas: EICM vs. EIPM (ver figura; t = 7,75, P<0,001); EICM vs. PA (t = -2,16, P=0,036); EIPM vs. AP (t = 0,25, P=0,80). 2) Modelo ajustado com EICM como variável dependente e 16 variáveis clínicas, laboratoriais e hemodinâmicas independentes (r = 0,83 para o modelo); apenas EIPM (t = 5,36, P<0,001) e AP (t = -2,32, P = 0,028) se correlacionaram de forma significativa e independente com EICM; utilizando o stepwise, apenas EIPM e AP foram incluídos no modelo final (r = 0,778), e os valores obtidos foram t = 7,16, P<0,001 e t = -3,14, P=0,003, respectivamente, para EIPM e AP. Conclusão: A fluxo de microcirculação (EIPM) é o melhor preditor contratilidade do ventrículo esquerdo (EICM) em pacientes com IAMCSST tratados com fibrinólise, seguido de AP (relação inversa).