

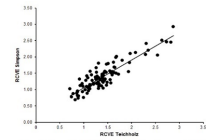
52643

Reserva contrátil ventricular esquerda no eco-stress farmacológico: uma abordagem simplificada

THAIS FRANCIELE TEXEIRA, CLARISSA CARMONA DE AZEVEDO BELLAGAMBA, CAROLINA BERTOLUCI, ALTAIR IVORY HEIDEMANN JÚNIOR, MARIA CHIARA SCALI, CLARA CARPEGGIANI, QUIRINO CIAMPI, EUGENIO PICANO e MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa PI, ITÁLIA.

Fundamento: A reserva contrátil do ventrículo esquerdo (RCVE) é obtida pela razão da força no pico do stress/basal e é hemodinamicamente independente. No eco-stress (ES) a RCVE tem valor prognóstico adicional, se comparado às alterações contráteis do ventrículo esquerdo (ACVE). **Objetivo:** Avaliar a acurácia da RCVE por métodos de diferentes complexidades no ES em um estudo observacional, multicêntrico e internacional. **Amostra e Métodos:** Duzentos pacientes (pacs), 60±14 anos, 101 homens, fração de ejeção basal 49%, 61%, 57%, respectivamente, por Simpson (S), Teichholz (T) e área/comprimento (AC) fizeram ES (avaliação de coronariopatia ou insuficiência cardíaca). Os leitores de estudo multicêntrico internacional foram nivelados no controle de qualidade para análise do VE. Fármacos utilizados foram: dipiridamol (0,84mg, 6') em 81 (40%); dobutamina (até 40mcg/kg/min) nos demais. No ES, além da contração segmentar VE (modelo 17-segmentos) obteve-se a RCVE pelo cálculo força (pressão arterial sistólica/volume sistólico final) no stress/basal. Mediram-se os volumes sistólicos finais (VSF) por S biplanar, AC uncameral (apical 4-câmaras) e T (paraesternal longitudinal e/ou axial VE). **Resultados:** Dos 200 pacs protocolados 54 tinham ACVE. Exequibilidade técnica (imagens e medições adequadas) foi para S=78%, AC=83% e T=100%. Fizeram-se 100 medições com S e T e 100 com AC e T. Tempo da análise foi, em ordem crescente: T (34±7s), AC (67±21s) e S (129±27s). (TxS, TxAC, ACxS, p<0,05). Em repouso, os VSF foram moderadamente correlacionados: TxS (r=0,746, p<0,01); TxAC (r=0,602, p<0,01); e pico: TxS (r=0,794, p<0,01); TxAL (r=0,683, p<0,01). Contudo, a RCVE foi fortemente correlacionada sem depender do método utilizado: TxS (r=0,899, p<0,01, n=100), ver figura, e TxAL (r=0,845, p<0,01, n=100). **Conclusão:** Os 3 métodos são adequados para extrair o VSF usado no cálculo da RCVE. Embora o método S seja mais preciso para calcular VSF, a RCVE pode ser determinada com acurácia usando T que é simples e tem menor tempo de aquisição e análise de imagem. Essa simplificação é importante para aceitação no núcleo de protocolo do ES que pretende avaliar reserva de fluxo coronário, linhas-B, ACVE e RCVE.



Correlação entre RCVE por Teichholz x Simpson (r 0,899)

52650

Avaliação das linhas B da ecografia pulmonar por estudante de medicina em pacientes com insuficiência cardíaca parcialmente compensada

BETINA SILVEIRA IPLINSKI, JOANA CAROLINA JUNQUEIRA DE BRUM, MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A ecografia pulmonar tem se destacado na avaliação da congestão pulmonar através da detecção de Linhas B (Li-B). Li-B representam o sinal ecográfico presente no edema pulmonar intersticial. São consideradas fáceis de serem obtidas com uma curva de aprendizado pequena. **Objetivo:** O estudo objetiva testar a habilidade diagnóstica de um estudante da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), sem qualquer experiência prévia em ecografia, em detectar as Li-B em pacientes (pacs) com insuficiência cardíaca (IC) após atividade didática única teórica e prática de 2 horas versus uma comparação com um examinador experiente que foi o controle. **Amostra:** Vinte pacientes do Hospital Universitário de Canoas com o diagnóstico de IC pelos critérios de Boston e com disfunção sistólica, já internados há pelo menos 2 dias, e desde a internação em uso de diuréticos. **Delineamento e Métodos:** O desenho é um estudo de campo do tipo transversal de cunho diagnóstico. Todos os pacs foram submetidos à ecografia pulmonar com o protocolo de 8 zonas torácicas, 4 no hemitórax direito (D) e 4 no hemitórax esquerdo (E), para detecção de Li-B por um estudante de medicina e por um cardiologista habilitado em Ecocardiografia pela Sociedade de Brasileira de Cardiologia. A homogeneidade entre as medidas foi testada por meio do coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Os dados foram analisados e um valor P<0,005 foi considerado significativo. **Resultados:** Obteve-se uma concordância excelente com CCI variando de 0,86-0,95 em todas as zonas, excetuando-se a zona 4 na base D com concordância regular (CCI 0,63, P<0,005. Ver Tabela). **Conclusão:** O presente estudo mostrou que mesmo em uma população com pacs com IC parcialmente compensada, em que as Li-B são mais raras, dificultando a avaliação, um estudante de medicina, após treinamento adequado, detectou as Li-B de ecografia pulmonar com um resultado semelhante ao de um examinador experiente.

Zona	Estudante	Examinador	CCI
Zona 1	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 2	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 3	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 4	D	1	0,63
	E	0	0,86
Zona 5	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 6	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 7	D	0	0,95
	E	0	0,86
Zona 8	D	0	0,95
	E	0	0,86

Resumo de dados da Tabela 1

52645

Perfil epidemiológico do infarto agudo do miocárdio na população do Rio Grande do Sul em 2017

HELENA MARCON BISCHOFF, LAURA MARCON BISCHOFF, ALEX VICTOR SOUZA BIALECKI, GABRIEL SEROISKA, EDUARDO BAUMGARDT, DIEGO SEIBEL JÚNIOR, GUILHERME ROLOFF CARDOSO, GABRIEL DOTTA ABECH, NATÁLIA DA SILVA MACHADO, MARCELO AHLERT DA SILVA, LUIZ FELIPE SCHMIDT BIRK, CARLOS FILIPE MORAES COIMBRA e ADRIANO LOURO MOREIRA.

UFCSA, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O infarto agudo de miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morte no Brasil, com cerca de 100 mil óbitos por ano no país, segundo o DATASUS. O acompanhamento do perfil epidemiológico no Rio Grande do Sul é relevante para auxiliar na prevenção e tratamento da enfermidade. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico de IAM no RS no ano de 2017. **Amostra:** Indivíduos que sofreram IAM provenientes do RS no ano de 2017, cujos dados estão registrados na plataforma DATASUS. **Delineamento e Métodos:** Estudo epidemiológico transversal descritivo a partir dos dados registrados na plataforma DATASUS durante o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. As variáveis analisadas foram: faixa etária, sexo, interações, mortalidade por todas as causas, por IAM e por macrorregião de saúde, número de angioplastias coronarianas e de cirurgias de revascularização do miocárdio realizadas no estado. **Resultados:** Foram registradas 9696 internações devido a IAM no RS em 2017, sendo a faixa etária mais prevalente a de 60 a 69 anos, com 2945 ocorrências (30,4%). Em segundo lugar, a faixa etária de 50 a 59 anos registrou 2474 casos (25,5%). A maior prevalência de IAM foi verificada entre homens (62,1%); no entanto, mulheres apresentaram maior taxa de mortalidade: 10% (8% para o sexo masculino). A maior taxa de mortalidade encontrada foi entre mulheres com 80 anos ou mais (23,76%), e a menor foi em homens entre 30 e 39 anos (3,09%). As macrorregiões gaúchas com o maior número de IAM registrados foram a Metropolitana (55,4%), seguida da Sul (9,5%). No entanto, a maior taxa de mortalidade foi na macrorregião Missioneira (14,4%). Foram realizadas 9368 angioplastias coronarianas em 2017, a maioria (61%) com colocação de um stent. Em 2017 foram realizadas 1374 cirurgias de revascularização miocárdica, sendo 88,9% com colocação de dois ou mais enxertos. **Conclusão:** A maior prevalência de IAM é observada no sexo masculino, entre 60 a 69 anos. No entanto, encontrou-se relevância na faixa etária de 50 a 59 anos, o que pode sugerir a diminuição da idade do grupo de risco para IAM na região sul - hoje a idade do grupo de risco é acima de 60 anos. Apesar do maior número de infartos ser em homens, as mulheres apresentam maior mortalidade, o que está de acordo com a tendência global. O procedimento de angioplastia continua sendo o mais realizado para tratar o IAM.

52654

TAVI minimalista: A experiência do Serviço de Cardiologia da PUCRS

RICARDO CZARNOBAI SOCCOL, PAULO RICARDO AVANCINI CARAMORI, DENISE MACHADO DE OLIVEIRA, VITOR OSORIO GOMES, RICARDO LASEVITCH, MATEUS FREZZA DE OLIVEIRA, ANDRÉ RESENDE NORA, THALES DANIEL ACKER e FLÁVIO VINICIUS COSTA FERREIRA.

Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O implante percutâneo da válvula aórtica (TAVI) está estabelecido no tratamento da estenose aórtica severa sintomática, principalmente em pacientes com risco cirúrgico elevado. A despeito de ser menos invasiva, a TAVI é convencionalmente executada em sala híbrida com anestesia geral, agregando complexidade e custos ao procedimento. Recentemente, centros de excelência têm realizado TAVI apenas com anestesia local e acesso femoral percutâneo. Ao final de 2015, esta abordagem, chamada de minimalista, passou a ser a estratégia preferencial no Serviço de Cardiologia da PUCRS. **Objetivo:** Avaliar a segurança e impacto no tempo de hospitalização da TAVI minimalista. **Amostra:** Pacientes submetidos a TAVI no Hospital São Lucas da PUCRS entre março de 2009 e abril de 2018. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal retrospectivo com desfecho primário composto de mortalidade, IM, AVE, sangramento ou complicação vascular maior e lesão renal aguda durante a internação. Desfechos secundários foram cada evento individual e tempo de internação após o procedimento. **Resultados:** Desde sua adoção com estratégia preferencial, TAVI minimalista foi executada em 16 (89%) de 18 pacientes consecutivos; 2 pacientes foram tratados com anestesia geral por acesso vascular cirúrgico subclávio. Os 16 pacientes submetidos a TAVI minimalista foram comparados aos 23 submetidos à anestesia geral (total de 39 pacientes consecutivos). A idade média foi 80,3±5,1 anos, com fração de ejeção VE 57±17%, sem diferença entre os grupos. O desfecho primário ocorreu em apenas 2 pacientes (12,5%) no Grupo minimalista e 8 (34,8%) no Grupo convencional (p=0,152). Não houve diferença estatística significativa na análise individual dos eventos. Apresentou tendência a redução do tempo de internação em 2 dias com a abordagem minimalista (mediana 4 vs. 6 dias p=0,084). Óbito hospitalar ocorreu em apenas 2 pacientes (5,1%), sendo 1 no Grupo Convencional (4,3%) relacionado a complicação do acesso cirúrgico e 1 no Grupo Minimalista (6,2%) devido a choque séptico respiratório (p=1,0). **Conclusão:** A implementação da TAVI minimalista em nosso meio demonstra segurança, com baixo número de desfechos e tendência a menor tempo de internação. Estes resultados vão ao encontro de recentes publicações internacionais que indicam a estratégia minimalista como preferencial, com eficácia e segurança similares ou mesmo superiores a estratégia convencional.