221

Parâmetros normativos do teste ponta do pé: um estudo piloto

DÉBORA PANTUSO MONTEIRO, ANA CLARA RIBEIRO LAGES, MARLUCE LOPES BASÍLIO, MONIZE CRISTINE DE OLIVEIRA PIRES, MARIA CLARA NOMAN DE ALENCAR, RICARDO JAYME PROCÓPIO, RAQUEL RODRIGUES BRITTO e DANIELLE APARECIDA GOMES PEREIRA

Universidade Federal de Minas Gerais, BH, MG, BRASIL.

Introdução: Pacientes com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), devido ao processo isquêmico, apresentam deterioração e denervação das fibras musculares, com consequente impacto na funcionalidade. Existem diversas formas de mensurar a capacidade funcional de pacientes com DAOP, dentre elas destacam-se o teste de caminhada de seis minutos (TC6) e o shuttle walk test (SWT). No entanto, esses testes não fornecem informações específicas sobre desempenho muscular de membros inferiores. O heel rise test ou teste ponta do pé (TPP) pode ser um instrumento de avaliação útil para pacientes com DAOP, uma vez que avalia especificamente o tríceps sural, musculatura mais frequentemente acometida nessa população. Uma limitação do uso na prática clínica do TPP é o fato de não existirem parâmetros normativos para população brasileira, dificultando a interpretação de seus resultados. Valores normativos do TPP podem ser usados como base de comparação em estudos futuros envolvendo a avaliação de indivíduos saudáveis e pacientes com condições de saúde específicas, em diferentes situações clínicas. Objetivo: Determinar variáveis preditivas do TPP para determinação de futuros parâmetros normativos. **Métodos:** Foram avaliados 84 indivíduos saudáveis, de ambos os sexos (46 mulheres e 38 homens), com idade de 36±10,89 anos. No TPP foram avaliados número de repetições, tempo total e velocidade. Foi feita análise de regressão linear múltipla, considerando como variáveis explicativas: idade, sexo, massa corporal, altura e IMC. Como IMC e massa apresentaram multicolinearidade, massa corporal foi retirada do modelo. Considerado como significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Foram encontrados três modelos válidos na análise. O primeiro modelo, tendo a altura como variável explicativa ($R2= 0,13$ e $p=0,001$). O segundo modelo, tendo altura e índice de massa corporal (IMC) como variáveis explicativas ($R2= 0,18$ e $p=0,0001$). O terceiro modelo, tendo altura, IMC e sexo como variáveis explicativas ($R2= 0,22$ e $p=0,0001$). **Conclusão:** As variáveis altura, IMC e sexo explicaram 22% do TPP. Tais resultados são provenientes de um estudo piloto. Será avaliado um maior número de sujeitos (inclusive idosos) para aumentar o poder estatístico da análise.

222

Avaliação da sobrevida no uso de terapia clínica otimizada em pacientes com doença arterial coronariana estável

A D AMERICO, FERNANDES, F S, JIMENEZ, L F, ARAÚJO, G N, FERREIRA, M N, NETO, S C, PETTERLE, W C, TELÓ, G, M V FURTADO e C A POLANCZYK

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital de Clínica de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Base teórica: o acúmulo de evidência clínica para o tratamento de cardiopatia isquêmica modificou o seu manejo. Em 2007, o estudo COURAGE comprovou em pacientes com DAC estável equivalência entre terapia clínica otimizada (TCO) e ICP sobre desfechos duros, demonstrando superioridade da ICP apenas para controle de sintomas. Estudo americano recente demonstrou baixas taxas (cerca de 63,5%) de uso TCO (definida como antiagregação, betabloqueador e estatina) em pacientes com DAC. **Objetivo:** avaliar o impacto de TCO para pacientes com DAC estável em morte e desfechos combinados. **Delineamento:** coorte prospectiva. **População:** 360 pacientes com cardiopatia isquêmica (com um mínimo de 4 consultas de seguimento) em acompanhamento em ambulatório especializado de hospital público. **Exposição:** uso de TCO, definida como uso de antiagregante plaquetário, betabloqueador e estatina em pelo menos 70% das consultas de seguimento. Em pacientes com *diabete mellitus* ou fração de ejeção menor do que 40% era necessário o uso de inibidor da ECA ou bloqueador do receptor da angiotensina para serem considerados como usuários de TCO. **Desfechos:** desfecho combinado (definido como óbito geral, angina instável, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico) e óbito geral. **Resultados:** os pacientes apresentavam idade média de 68±10 anos, 60,2% eram homens, 38,4% diabéticos, 82% hipertensos e 50,8% apresentaram infarto prévio. Estavam em uso de TCO 60% dos pacientes. Após seguimento médio de 5±3,4 anos, ocorreram 5 óbitos e 177 desfechos combinados. Em análise multivariada, TCO foi fator protetor independente para óbitos HR= 0,25 (IC 95% 0,134-0,5) e para desfecho combinado com HR=0,65 (IC95% 0,45-0,93). Outros fatores que exerceram influência sobre os desfechos foram idade e a presença de doença renal entre os pacientes. **Conclusão:** o uso de TCO foi fator independente de proteção para óbito geral e desfecho combinado em pacientes com DAC estável, os achados deste resumo corroboram o que já é consolidado por estudos prévios.

223

Uso clínico da troponina I ultrassensível em pacientes de intermediário e alto risco submetidos à cirurgia não-cardíaca: preditores e prognóstico

FLAVIA KESSLER BORGES, MARIANA VARGAS FURTADO, ANA PAULA WEBBER ROSSINI, CAROLINA BERTOLUCI, EDUARDO GEHLING BERTOLDI, LEANDRO GAZZIERO RECH, MARIANA MAGALHÃES, VINICIUS LEITE GONZALES e CARISI ANNE POLANCZYK

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Introdução: A elevação de troponina pós-operatória auxilia na detecção de complicações cardiovasculares em pacientes submetidos à cirurgia não-cardíaca. A nova geração de troponina I ultrassensível (TnI-US) poderia adicionar informação prognóstica mais precisa neste contexto. **Métodos:** 142 pacientes consecutivos com Índice Cardíaco de Risco Revisado ≥2, submetidos à cirurgia não-cardíaca de intermediário e alto risco foram incluídos. Níveis de TnI-US foram medidos no primeiro e segundo dias pós-operatórios. Os pacientes foram acompanhados durante a internação e 30 dias após a cirurgia para identificação de eventos cardiovasculares adversos maiores. **Resultados:** A elevação TnI (≥ 0,04 µg/L) ocorreu em 47 (33%) pacientes. Entre estes, 14 (30%) preencheram critérios para o diagnóstico de infarto do miocárdio (IM). Depois de 29±9 dias de acompanhamento, 16 pacientes (11,3%) tiveram eventos cardiovasculares adversos maiores e 9 (6,3%) morreram. Excluindo pacientes com diagnóstico final de IM, os preditores de elevação da TnI foram diálise, história de insuficiência cardíaca, sangramento maior trans-operatório e níveis do fragmento N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP) pré e pós-operatórios. Valores máximos de TnI tiveram a melhor sensibilidade combinada (94%), especificidade (75%), valores preditivos e acurácia geral (AUC 0,89; IC 95% 0,80-0,98; p<0,001) para eventos cardiovasculares adversos maiores. Após análise multivariada, os fatores de risco independentes para eventos cardiovasculares adversos maiores foram níveis máximos de TnI pós-operatórios (OR 9,4, IC 95% 2,3-39,2; p=0,002) e níveis pré-operatórios de NT-proBNP ≥917 pg/ml (OR 3,47, IC 95% 1,05-11,6 p=0,041). **Conclusão:** Níveis pós-operatórios de TnI-US foram um fator prognóstico independente para eventos cardiovasculares adversos e sua dosagem deve ser considerada como um componente da avaliação do risco perioperatório. Insuficiência cardíaca, insuficiência renal dialítica, sangramento intra-operatório maior e níveis de NT-proBNP pré e pós-operatórios estão relacionados com a elevação da TnI-US.

224

Análise anatomopatológica pulmonar e manifestações clínicas relacionadas à diferentes doenças em pacientes com tromboembolismo pulmonar e infarto pulmonar associado

ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, ALINE D RUPPERT, MARIA CAROLINA FERES DE ALMEIDA, MAURO CANZIAN, PRISCILA GHERARDI GOLDESTEIN, RONY LOPES LAGE, JOSE CARLOS NICOLAU, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, VERA L. CAPELOZZI e CARLOS VICENTE SERRANO JUNIOR

Unidade Clínica de Coronariopatias Agudas - InCor - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Unidade Clínica de Emergência - InCor - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Introdução: Pacientes que tromboembolismo pulmonar (TEP) podem apresentar diferentes manifestações clínicas dependendo das doenças pré-existentes em cada paciente. O padrão anatomopatológico relacionado ainda é pouco conhecido na literatura e, o achado de infarto pulmonar geralmente relacionado à maior gravidade. Dessa forma, descrevemos os achados demográficos, etiológicos, anatomopatológicos pulmonares e manifestações clínicas (insuficiência respiratória aguda [IRpA], instabilidade hemodinâmica [IH] ou parada cardiorrespiratória súbita [PCR] associados aos diferentes diagnósticos obtidos em autópsias de pacientes com TEP e infarto pulmonar. **Métodos**: Entre 2.000 e 2.008, 291 autópsias de pacientes com TEP foram revisadas. Obtiveram-se 47 (16,2%) casos de infarto pulmonar associado. As seguintes informações foram obtidas: idade, sexo, manifestações clínicas *in-vivo*, achados anatomopatológicos pulmonares na autópsia e principais doenças associadas. A histopatologia pulmonar foi categorizada em: dano alveolar difuso, edema agudo de pulmão, hemorragia alveolar e pneumonia interticial linfo-plasmocítica. Através de regressão logística foram calculadas as associações (*odds ratio*) entre infarto pulmonar e achados histopatológicos pulmonares específicos, principais doenças associadas e manifestações clínicas. O *odds ratio* foi considerado significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** Um total de 20 homens (42,6%) e 27 (57,4%) mulheres foram estudados. A mediana de idade foi 61 anos. Hipertensão arterial sistêmica esteve presente em 87,2% dos casos e neoplasias em 46,8% dos casos. A manifestação clínica mais comum foi PCR (42,6%), seguida por IH (31,9%) e IRpA (17%). O achado pulmonar mais comum foi hemorragia alveolar (46,8%). A análise multivariada demonstrou associação significativa entre infarto pulmonar e hemorragia alveolar (OR, 3,17; $p < 0,01$). Observou-se relação significativa entre infarto pulmonar e IH (OR, 3,65; $p = 0,05$) e infarto pulmonar com PCR (OR, 5,11; $p = 0,012$). Não se observou relação entre a ocorrência de infarto pulmonar e a presença de alguma das principais doenças encontradas. **Conclusões:** Em autópsias de pacientes com TEP e infarto pulmonar a doença associada mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica, seguida por neoplasias. O achado histopatológico mais associado foi HA. A manifestação clínica mais freqüente foi PCR. Observamos relação significativa entre infarto pulmonar e HA. Além disso, infarto pulmonar esteve relacionado à IH e PCR.