



157

Valor da Impedância cardiografica no diagnóstico de congestão pulmonar dos pacientes com insuficiência cardiaca aguda versus avaliação clinica e peptideo natriurético tipo B (BNP).

MARCELO WESTERLUND MONTERA, SABRINA BERNARDEZ PEREIRA, YVANA MARQUES PEREIRA, MARCELO SCOFANO DINIZ, ANDRE VOLSCHAN, EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospital Pro-Cardiaco, Centro de Insuficiencia Cardiaca Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Introdução: A avaliação clinica (ACL) tem baixa acurácia no diagnóstico de congestão pulmonar (CP) do pcts c/ insuficiencia cardiaca aguda (ICA). Sendo o BNP o mais utilizado para estimar CP. A impedância cardiografica (ICG) apresenta alta acurácia na avaliação do conteúdo de agua torácica (CAT) que apresenta forte correlação com a presença de CP. **Objetivos:** Avaliar a capacidade de diagnostico de CP da ICG em comparação com a ACL. Rx de Torax e BNP em pcts c/ICA. **Metodos:** Estudo prospectivo de Coorte. 230 pcts c/ICA admitidos na SEMG foram submetidos as avaliações para diagnosticar CP: a) ACL: dispnéia em repouso ou mínimos esforços, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, edema agudo de pulmão, galope de B3; b) Rx de torax: Derrame pleural e hipertensão venocapilar pulmonar; c) dosagem de BNP. Ao mesmo tempo de forma cega todos os pcts foram submetidos a avaliação pela ICG c/ medição do CAT. Foram realizados teste de Mann-Whitney, coeficiente de correlação de Spearman, qui-quadrado, curva ROC. Considerado valor significativo para $p < 0.05$. **Resultados:** A ICG apresentou maior capacidade de diagnóstico de CP que a ACL (74,4% vs 50%, $p < 0.0001$), com um valor incremental de 48,8% frente a ACL no diagnóstico de CP, o que representa 28 pcts a mais a cada 100 pcts c/ diagnóstico de CP. A ICG foi superior ao Rx de torax (74,4% vs 57,5%, $p = 0,01$) c/ valor incremental de 29%. Observamos uma forte correlação da avaliação do CAT pela ICG c/ valor de corte > 18 com $\text{BNP} > 200 \text{pg/ml}$ no diagnóstico de CP (AUC: 0,9, sens.: 84%, esp.: 89%; LR +: 7,28, LR-: 0,19, $p = 0.0001$). **Conclusão:** Em pcts c/ ICA observamos a ICG é superior a ACL, x de Torax no diagnóstico de CP. A avaliação do CAT pela ICG c/ valor > 18 é um forte preditor de $\text{BNP} > 200 \text{pg/ml}$ no diagnóstico de congestão pulmonar.

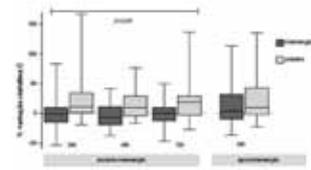
158

Efeito da Solução Salina Hipertônica na Ocorrência de Síndrome Cardio-Renal em Pacientes com Insuficiência Cardiaca Descompensada

VICTOR SARLI ISSA, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, LUCIA ANDRADE, FERNANDO BACAL, ANA CAROLINA DE BRAGANÇA, GUILHERME VEIGA GUIMARÃES, GERMANO EMILIO CONCEIÇÃO SOUZA, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, FÁTIMA DAS DORES CRUZ, IRINEU TADEU VELASCO, EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração (InCor) - Hospital das Clínicas FMUS São Paulo SP BRASIL.

Introdução: A disfunção renal é importante fator de risco na insuficiência cardíaca descompensada (ICD). Testamos a solução salina hipertônica (SSH) para prevenção de disfunção renal na ICD. **Metodos:** 32 pacientes com ICD foram incluídos em estudo prospectivo, randomizado (2:1), controlado e duplo-cego para infusão de 100ml de NaCl 7,5% duas vezes ao dia por 3 dias ou placebo (NaCl 0,9%). O desfecho primário foi elevação de 0,3mg/dL na creatinina sérica ao longo da intervenção; desfechos secundários incluíram volume urinário, sódio sérico e biomarcadores da função renal glomerular e tubular. **Resultados:** o desfecho primário ocorreu em 2 (10%) pacientes no grupo intervenção e em 6 (50%) no grupo controle (RR 0,3; CI 95%: 0,09-0,98; $p=0,01$). Em comparação ao controle, o grupo intervenção teve maior volume urinário ($p=0,03$), menor nível sérico de creatinina ($p=0,02$), menor nível sérico de cistina-C ($p=0,031$) e melhora da função tubular medida pela expressão urinária de transportadores de membrana tubular (trocaador NH3, aquaporina2, e transportador UTA1). Não houve diferença em relação a NGAL. **Conclusões:** Em pacientes com ICD, a infusão de SSH foi preveniu a ocorrência de disfunção renal.



159

Associação de anemia e de deficiência de ferro com consumo de oxigênio em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardiaca por disfunção sistólica

ELIZ VACCARI, JOANA CHANAN, RAFAEL COIMBRA F. BELTRAME, CRISTIANE S WEBER, GABRIELA CORRÊA SOUZA, ANDRÉIA BIOLO, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL e Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL

Introdução: Anemia é freqüente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e associada à limitação funcional. O ferro está envolvido na eritropoiese e nos processos de liberação do oxigênio aos tecidos e, portanto, sua deficiência pode interferir na capacidade funcional independente da presença de anemia. **Objetivo:** Avaliar a influência da anemia e da deficiência de ferro (DF) na tolerância ao exercício em pacientes com IC com disfunção sistólica. Delineamento: Estudo transversal prospectivo. **Materiais e métodos:** Pacientes ambulatoriais com IC com disfunção sistólica realizaram avaliação de anemia e de reservas de ferro, e teste cardiopulmonar para estimativa de consumo de oxigênio (VO2 de pico). Anemia foi definida como hemoglobina (Hb) $< 13 \text{mg/dL}$ em homens e $< 12 \text{mg/dL}$ em mulheres. Deficiência de ferro foi definida como saturação de transferrina (sat) $< 20\%$. Os dados clínicos, laboratoriais e ecocardiográficos foram registrados e analisados em banco de dados (SPSW 18.0). Os grupos foram comparados por ANOVA com avaliação post-hoc de Tukey. **Resultados:** Foram incluídos 39 pacientes: 77% do sexo masculino, com média de idade de 59 ± 12 anos, 38,5% de etiologia isquêmica, em classes funcionais 1 e 2 (84,6%), com média de fração de ejeção $31 \pm 11\%$ e média de VO2 de pico de $18,7 \pm 5,1 \text{ mL/kg/min}$. Os pacientes foram divididos em 4 grupos de acordo com a presença de anemia e DF: 6 (15%) pacientes tinham anemia sem DF, 6 (15%) tinham DF sem anemia, 8 (21%) tinham ambas as condições, e 19 (49%) não tinham nem anemia nem DF. O VO2 de pico estava reduzido tanto nos pacientes com anemia sem DF ($14,9 \pm 3,4 \text{ mL/kg/min}$) como naqueles com DF sem anemia ($16,1 \pm 3,3 \text{ mL/kg/min}$) em relação aos pacientes sem anemia ou DF ($21,6 \pm 5 \text{ mL/kg/min}$, $p=0,003$). A combinação de anemia e DF não resultou em queda adicional da VO2 de pico ($16,8 \pm 3,5 \text{ mL/kg/min}$). **Conclusões:** No presente estudo, observa-se que a DF sem anemia é prevalente (15%) e se correlaciona com redução na capacidade para o exercício em pacientes com IC, em uma magnitude similar àquela observada quando na presença de anemia.

160

Histologia do miocárdio de doadores e disfunção do enxerto no transplante cardíaco

SANDRIGO MANGINI, MARIA DE LOURDES HIGUCHI, SUELY PALOMINO, MARCIA MARTINS REIS, ANDERSON BENICIO, ALFREDO INACIO FIORELLI, PABLO MARIA ALBERTO POMERANTZEFF, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, FERNANDO BACAL, EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Incor HCFMUSP São Paulo SP BRASIL.

Introdução: transplante cardíaco (TC) é o tratamento de escolha para a insuficiência cardíaca (IC) refratária e seu resultado depende do doador, receptor e do procedimento cirúrgico. A disfunção primária do enxerto (DPE) é causa de morbimortalidade nas fases iniciais do TC. O objetivo deste estudo é determinar possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento de DPE em uma coorte de TC. **Metodos:** de junho de 2009 a dezembro de 2010 foram realizados 22 TC. Foram coletadas informações cirúrgicas e clínicas dos doadores e receptores. Antes do implante do órgão foram retirados fragmentos do miocárdio do septo ventricular direito do doador para histologia, incluindo HE e imunohistoquímica (CD3 para linfócitos T e CD68 para macrófagos). Realizamos regressão logística para determinação de preditores de DPE 30 dias pós-TC. **Resultados:** 90% dos doadores e 64% dos receptores eram do sexo masculino, idade dos doadores de 30 ± 10 anos e dos receptores 39 ± 14 anos; trauma cranioencefálico foi causa da morte encefálica em 77% dos doadores; doença de Chagas e cardiomiopatia dilatada idiopática foram as principais etiologias da IC (37% cada); tempo de isquemia foi abaixo de 4 horas em todos os casos. 30 dias pós-TC ocorreu DPE em 7 pacientes e 6 deles faleceram. A mediana da contagem de linfócitos T CD3 foi maior nos pacientes com DPE quando comparada aos pacientes sem DPE ($9,1 \text{ cels/mm}^2$ (4,42-15,37) x $1,86 \text{ cels/mm}^2$ (0,7-6,9), $p=0,01$). Na regressão logística o CD3 foi um preditor de DPE em 30 dias (HR 1,33, 95% CI 1,04-1,71, $p=0,026$). A análise de curva ROC (AUC 0,85, 95% CI 0,68-1,01, $p=0,01$) determinou um corte de CD3 de $2,46 \text{ cels/mm}^2$ para diferenciar os pacientes que desenvolveram DPE (sensibilidade de 100%, especificidade de 67%). **Conclusão:** o presente estudo sugere que o infiltrado inflamatório linfocitário no miocárdio do doador pode ser um fator de risco para desenvolvimento de DPE pós-TC.