

864

**HEMOGLOBINA E SÓDIO SÉRICOS: MARCADORES PROGNÓSTICOS PRECOSES NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.**

THIAGO SEIBEL STORCH1, YGOR DE FARIA BELATO ALVES1, VITOR SARTÓRIO COSTA1, CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO2, LUIZA DIAS TORRES2, TIAGO DE MELO JACQUES2, KÁRYN BARBOSA CAUS PELIÇÃO2, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA2, RENATO GIESTAS SERPA1, OSMAR ARAUJO CALIL1, ROBERTO RAMOS BARBOSA1, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA1

(1) ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, (2) HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) descompensada apresenta amplo espectro clínico e elevada morbimortalidade. Diversos marcadores prognósticos clínicos e laboratoriais foram identificados, porém a influência da hemoglobina (Hb) e do sódio (Na) séricos é pouco conhecida. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar as características clínicas e desfechos em pacientes internados por IC descompensada, conforme a dosagem sérica de Hb e Na nas primeiras 24 horas. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional que avaliou pacientes adultos internados por IC descompensada, incluídos consecutivamente entre fevereiro e agosto de 2017, acompanhados por até 30 dias após a alta. Os grupos analisados foram: Hb e Na iniciais normais (grupo 1), Hb inicial < 10,0 mg/dl (grupo 2), Na inicial < 135 mEq/l (grupo 3), ou ambas as alterações (grupo 4). Os desfechos foram óbito hospitalar (ou até 30 dias após a alta), reinternação em até 30 dias após a alta, necessidade de ventilação mecânica invasiva, ocorrência de insuficiência renal aguda e tempo de internação. Foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher, teste t de student e teste ANOVA one-way, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** Da amostra total de 40 pacientes, 37,5% eram do grupo 1, 35,0% eram do grupo 2, 7,5% eram do grupo 3 e 20,0% eram do grupo 4. A média de idade nos quatro grupos foi de 67,2 ± 15 vs 66,4 ± 13 vs 59,0 ± 11 vs 55,7 ± 14 (p=0,08). A prevalência de sexo masculino foi de 60,0%, 35,7%, 100% e 62,5% (p=0,08). Os desfechos observados para cada grupo foram, respectivamente, mortalidade hospitalar de 6,7% vs 21,4% vs 0% vs 37,5% (p=0,007), reinternação em 30 dias de 6,7% vs 28,6% vs 0% vs 12,5% (p=0,12), incidência de insuficiência renal aguda de 20,0% vs 42,8% vs 33,3% vs 25,0% (p=0,04), necessidade de ventilação mecânica invasiva de 13,3% vs 7,1% vs 0% vs 0% (p=0,41) e tempo de internação de 16 ± 10 vs 17 ± 12 vs 24 ± 11 vs 33 ± 19 dias (p=0,03). **Conclusões:** Hb < 10 mg/dl nas primeiras 24 horas da internação associou-se à ocorrência de insuficiência renal aguda nos pacientes com IC descompensada. A combinação de Hb < 10 mg/dl e Na < 135 mEq/l associou-se significativamente a maior mortalidade hospitalar e a aumento do tempo de internação. Houve tendência a predomínio do sexo feminino e maior taxa de reinternação em 30 dias no grupo com Hb < 10 mg/dl, porém sem significância estatística.

865

**HIPOTENSÃO E HIPERCALEMIA: EFEITOS ADVERSOS POTENCIALMENTE GRAVES DO SACUBITRIL/VALSARTANA?**

JULIANO COZER DOS SANTOS1, NATASSIA SOUZA SANTOS CAMPOS GOMES1, VÍTOR LORENCINI BELLOTI1, BRUNA DE DEUS HERRERA1, CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO2, TIAGO DE MELO JACQUES2, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA2, ANDRESSA CORTELETI2, RENATO GIESTAS SERPA1, OSMAR ARAUJO CALIL1, ROBERTO RAMOS BARBOSA1, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA1

(1) ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, (2) HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

**Introdução:** A insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) apresenta elevada morbimortalidade. O composto sacubitril/valsartana, recém-lançado no Brasil, demonstrou ser benéfico na redução de desfechos e mortalidade, porém efeitos adversos podem limitar seu uso. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar o uso e os efeitos adversos do sacubitril/valsartana em pacientes portadores de ICFER acompanhados em um serviço ambulatorial especializado no Espírito Santo. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional que avaliou pacientes adultos portadores de ICFER em uso de sacubitril/valsartana, incluídos consecutivamente entre agosto e novembro de 2017, acompanhados por no mínimo três meses após início da medicação. Critérios de indicação do sacubitril/valsartana foram fração de ejeção < 50%, pressão arterial sistólica inicial > 100 mmHg e classe funcional ≥ 2 apesar de medicação otimizada. Reavaliações clínicas frequentes incluíram aferição da pressão arterial e dosagem de potássio sérico. Os desfechos utilizados foram hipotensão sintomática relatada e hipercalemia (≥ 5,5 mEq/l). O percentual de dias de seguimento em uso da dose máxima da medicação foi avaliado. Foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** Da amostra total de 105 pacientes avaliados no período, 29,5% (31/105) dos pacientes preencheram os critérios de elegibilidade para uso da medicação, e 24,8% (26/105) mantiveram o uso e o acompanhamento, compondo a amostra avaliada (excluídos: 3 por perda de seguimento, 1 por vontade própria, 1 por interrupção inadvertida da medicação). O seguimento médio foi de 126 ± 19 dias. Hipotensão sintomática foi relatada em algum momento por 53,8%, e hipercalemia foi observada em 19,2% dos pacientes. O percentual de dias em uso da dose máxima foi de 59,8 ± 27% nos que apresentaram hipotensão vs 66,1 ± 27% nos que não apresentaram (p=0,48), e de 65,8 ± 14% vs 62,0 ± 31% naqueles com e sem hipercalemia (p=0,65). Nenhum paciente teve dosagem de potássio > 6,0 mEq/l. **Conclusões:** O efeito adverso mais comum do sacubitril/valsartana foi a hipotensão sintomática. Nenhum caso de suspensão da medicação foi atribuído a hipotensão ou hipercalemia, nenhum caso de hipercalemia grave foi observado, e a ocorrência destes efeitos adversos não resultou em redução do percentual de dias em uso da dose máxima.

866

**INFECÇÃO NO PRIMEIRO MÊS APÓS O TRANSPLANTE CARDÍACO: CULPA DO DOADOR OU DO RECEPTOR?**

MAYARA REGINA GALDINO DE VASCONCELOS1, MAYARA REGINA GALDINO DE VASCONCELOS1, MATEUS SILVA FEIJÓ1, MAURÍCIO VILELA FREIRE2, FERNANDO ANTIBAS ATKIS

(1) UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, (2) UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, (3) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

**Introdução:** Infecções são umas das maiores causas de morte no primeiro ano pós-transplante cardíaco. Dentre os fatores de risco associados às infecções há grande discussão a respeito das possíveis características dos doadores e dos receptores que possam estar relacionadas ao desfecho infeccioso. **Objetivos:** Determinar fatores de risco de infecção no primeiro mês após o transplante cardíaco. **Metodologia:** No período de junho de 2016 e outubro de 2017, 50 receptores de coração (idade 52,7 ± 15,3 anos, 54% mulheres) foram estudados nas suas características pré e pós-operatórias, assim como os respectivos doadores (idade 27,8 ± 11,1 anos, 77,5% homens). Fatores de risco de infecção pós-transplante no receptor foram estudadas por análise de regressão logística multivariada. **Resultados:** Diagnóstico clínico de infecção ocorreu em 40% dos receptores, sendo a topografia mais frequente a pulmonar em 14,3% das infecções. No entanto, 71,4% das culturas foram negativas. Os fatores independentes de risco de infecção no pós-operatório inicial do transplantado foram sexo feminino no doador (OR 6,03; IC95% 1,14 – 31,7; P=0,03) e disfunção primária de enxerto requerendo ECMO (OR 2,1; IC95% 1,77 – 2,92; P=0,03). Pacientes que evoluíram com infecção pós-transplante tiveram uma tendência maior mortalidade hospitalar por qualquer causa (30% contra 10%, P=0,07) e maior mortalidade por sepse (20% contra 0%, P=0,005). **Conclusão:** A infecção é frequente após o transplante cardíaco, com baixa positividade de culturas. Tanto fatores do doador quanto do receptor contribuem para a ocorrência de infecção no pós-operatório inicial do transplantado cardíaco, sendo mais importantes fatores inerentes a ambos e não infecção transmitida entre eles. A infecção pode estar relacionada a maior mortalidade pós transplante.

867

**REPRODUTIBILIDADE DAS LINHAS B DA ULTRASSONOGRAFIA PULMONAR POR ESTUDANTE DE MEDICINA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PARCIALMENTE COMPENSADA.**

BETINA SILVEIRA IPLINSKI1, BETINA SILVEIRA IPLINSKI1, JOANA CAROLINA JUNQUEIRA DE BRUM1, MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES2, NATHALIA SARAIVA ALBERTON1, LUIZ CLAUDIO DANZMANN1

(1) UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, (2) UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Introdução:** 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 duas horas versus uma comparação com um examinador experiente que foi o controle. **Material:** 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 dois dias e desde a internação em uso de diuréticos. **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 oito zonas torácicas, quatro no hemitórax direito e quatro no hemitórax esquerdo, 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 intraclass (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 quatro na base direita 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.