

boas informações prognósticas. A ultrassonografia pulmonar à beira do leito (BLU) é um método recente, simples e potencialmente mais sensível para avaliar a congestão pulmonar. No entanto, nunca foi avaliado na fase aguda do infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (STEMI). O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade prognóstica da BLU em comparação à classificação de Killip em pacientes admitidos com IAMCSST. Métodos: Esta foi uma coorte prospectiva de pacientes com IAMCSST tratados em um hospital terciário. A classe de Killip foi determinada por um cardiologista logo na admissão. BLU foi realizado por dois operadores independentes cegos para a classe de Killip antes da angiografia coronária. Nosso protocolo consistiu em oito janelas de varredura, que foram considerados positivos para congestão pulmonar no caso de três ou mais linhas B em cada janela. Resultados: Foram incluídos 138 pacientes com idade média de 61 (\pm 12) anos e 70% do sexo masculino. As classes I, II, III e IV de Killip na admissão estiveram presentes em 67%, 20%, 4% e 9% dos pacientes, respectivamente, e a mortalidade intra-hospitalar foi de 3,3%, 18,5%, 33% e 54%. Entre os pacientes com Killip I, 35% tinham um ou mais locais de exame positivos. Entre os pacientes com Killip II, 18% não tinham congestão pulmonar no BLU. Dezesete (12,3%) pacientes morreram durante a internação, e apenas um deles não apresentou congestão pulmonar no BLU (94% de sensibilidade e 98% de valor preditivo negativo, $p < 0,01$). Quando excluímos pacientes com Killip IV (choque cardiogênico), a área sob a curva ROC para prever a mortalidade intra-hospitalar foi maior para o BLU (0,81, $p = 0,010$) do que para a classe Killip (0,75, $p < 0,01$). Conclusão: Resultados preliminares sugerem que BLU pode servir como uma ferramenta de prognóstico em pacientes com IAMCSST. O BLU apresentou excelente especificidade e valor preditivo positivo para mortalidade intra-hospitalar, tendo desempenho superior à classe de Killip quando pacientes com choque cardiogênico foram excluídos. Além de ajudar no controle do volume de pacientes com alto risco de instabilidade hemodinâmica, o BLU pode reestratificar o risco de morte em pacientes com IAMCSST.

eP2578

Valor prognóstico da ultrassonografia pulmonar à beira do leito em comparação com a pressão diastólica final do ventrículo esquerdo, o peptídeo natriurético N-Terminal e a Classe Killip em pacientes com IAMCSST submetidos à angioplastia primária

Gustavo Neves de Araújo; Julia Luchese Custódio; Rafael Beltrame; Guilherme Pinheiro Machado; Matheus Niches; Julia Fagundes; Rodrigo Amanteá; Christian Carpes; Luiz Carlos Bergoli; Marco Wainstein
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A utilidade prognóstica da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (PDFVE), NT-proBNP e da classe Killip em pacientes com IAMCSST são bem conhecidas. A ultrassonografia pulmonar à beira do leito (BLU) é um método novo, simples e sensível para avaliar a congestão pulmonar. O objetivo do estudo é avaliar a capacidade prognóstica da BLU e sua correlação com LVEDP, NT-proBNP e classe Killip. Coorte prospectiva de pacientes com IAMCSST tratados em um hospital terciário. A classe Killip foi determinada na admissão hospitalar. BLU foi realizado por operador independente cego para a classe de Killip, antes da angiografia coronária. O protocolo consistiu de 8 janelas, consideradas positivas para congestão pulmonar no caso de três ou mais linhas B por janela. Amostra de sangue para medição de NT-proBNP foi retirada imediatamente após a canulação radial. A medida da PDFVE foi realizada antes da angioplastia primária. 142 indivíduos foram incluídos. Idade média foi de 61 (\pm 12) anos e 70% masculino. A classe Killip e a BLU foram realizadas em todos os pacientes, enquanto o NT-proBNP e LVEDP foram medidos em 53 deles. Classe Killip I, II, III e IV na admissão foi detectada em 67%, 20%, 4% e 9% dos pacientes, e a mortalidade intra-hospitalar foi de 3,3%, 18,5%, 33% e 54%, respectivamente. Entre os pacientes com Killip I, 35% tinham um ou mais locais de exame positivos. 17 (12,3%) pacientes morreram durante a internação, e apenas um deles não apresentou congestão pulmonar no BLU (94% de sensibilidade e 98% de valor preditivo negativo, $p < 0,01$). Quando os pacientes Killip IV foram excluídos, área sob a curva ROC (AUC) para prever mortalidade intra-hospitalar foi maior para BLU (0,80, $p = 0,01$) do que para a classe Killip (0,73, $p < 0,01$). Em pacientes admitidos com Killip IV, a AUC para o BLU para prever a mortalidade intra-hospitalar foi ruim (0,411, $p = 0,52$). Quando comparados isoladamente, a AUC para BLU para prever a mortalidade intra-hospitalar foi maior do que o NT-proBNP (0,73, $p = 0,03$ vs. 0,70, $p = 0,054$) e LVEDP (0,79, $p = 0,01$ vs. 0,68, $p = 0,98$). Nossos resultados preliminares sugerem que o BLU pode servir como uma ferramenta prognóstica em pacientes com IAMCSST, com excelente sensibilidade e valor preditivo negativo para a mortalidade intra-hospitalar. O valor prognóstico do BLU foi melhor que a classe de Killip quando os pacientes com Killip 4 foram excluídos da análise. O BLU também parece ter um melhor desempenho que o LVEDP e o NT-proBNP.

eP2585

Efeito da pressão arterial sobre incidência e gravidade de complicações cirúrgicas em pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares

Henrique L. R. Corrêa; Lucas Molinari V. Silveira; Leonardo G. Bottino; Gabriela Blum; Felipe C. Fuchs; Flávio D. Fuchs; Sandra C. Fuchs
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO: Escores de risco predizem mortalidade e complicações decorrentes de trocas valvares: European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE I e EuroSCORE II), Society of Thoracic Surgeons (STS) score. Os escores usualmente baseiam-se em dados retrospectivos, coletados de prontuários ou registros, e em pacientes submetidos a cirurgias. Os escores pontuam fatores de risco cardiovascular (CV) e relacionados aos procedimentos, mas hipertensão geralmente é obtida como variável dicotômica e não se avalia grau de controle ou nível pressórico pré-operatório. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito da pressão arterial pré-operatória sobre a incidência de complicações no trans e pós-operatório de cirurgias CV. **MÉTODOS:** Estudo de coorte está sendo realizado em hospital de referência, arrolando pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, submetidos a cirurgias CV eletivas ou de urgência, de modo que a pressão arterial possa ser aferida através da monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA) previamente a cirurgia. São excluídos pacientes submetidos a cirurgias de instalação ou substituição de dispositivos eletrônicos, cirurgias de emergência e transplantes cardíacos. Participantes são entrevistados utilizando-se questionário padronizado sobre uso de anti-hipertensivos, morbidades prévias e fatores de risco CV. Registros do trans e pós-operatório são empregados para documentar complicações cardiovasculares e mortalidade cardiovascular e por qualquer causa é avaliada na alta hospitalar, em 30 dias e 180 dias após a cirurgia. **RESULTADOS:** Até o momento, foram avaliados 432 pacientes submetidos a CV, sendo 161 não são elegíveis devido a cirurgias relacionadas a dispositivos eletrônicos ($n=131$), transplantes ($n=11$), germes multirresistentes ($n=5$), reintervenção ($n=13$) ou outra cirurgia ($n=1$). Os 157 pacientes incluídos foram submetidos a revascularização miocárdica ($n=66$),