www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 2, Supl. 3, Agosto 2016

Resumo das Comunicações

XXV CONGRESSO PERNAMBUCANO DE CARDIOLOGIA

Recife - Pernambuco

www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

Diretor Científico
Raul Dias dos Santos Filho

Editor-Chefe
Luiz Felipe P. Moreira

Editores Associados

Cardiologia Clínica
José Augusto Barreto-Filho

Cardiologia Cirúrgica
Paulo Roberto B. Evora

Cardiologia Intervencionista
Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas
Antonio Augusto Lopes

Arritmias/Marcapasso
Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos
Carlos E. Rochitte

Pesquisa Básica ou Experimental
Leonardo A. M. Zornoff

Epidemiologia/Estatística
Lucia Campos Pellanda

Hipertensão Arterial
Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca
Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)
† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO)
Alfredo José Mansur (SP)
Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho (ES)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
Ana Clara Tude Rodrigues (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (SP)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Beatriz Matsubara (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cláudio Tinoco Mesquita (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Clerio Francisco de Azevedo Filho (RJ)
Dalton Bertolim Précoma (PR)
Dário C. Sobral Filho (PE)
Décio Mion Junior (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)
Eulógio E. Martinez Filho (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Gilson Soares Feitosa (BA)
Glaucia Maria M. de Oliveira (RJ)
Hans Fernando R. Dohmann (RJ)
Humberto Villacorta Junior (RJ)
Ínes Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
Leonardo A. M. Zornoff (SP)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Lucia Campos Pellanda (RS)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luís Cláudio Lemos Correia (BA)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marcus Vinícius Bolívar Malachias (MG)
Maria da Consolação V. Moreira (MG)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Murilo Foppa (RS)
Nadine O. Clausell (RS)
Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo Andrade Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo Roberto B. Évora (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Pedro A. Lemos (SP)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Reinaldo B. Bestetti (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Stein (RS)
Salvador Rassi (GO)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sandra Fuchs (RS)
Sergio Timerman (SP)
Silvio Henrique Barberato (PR)
Tales de Carvalho (SC)
Vera D. Aiello (SP)
Walter José Gomes (SP)
Weimar K. S. B. de Souza (GO)
William Azem Chalela (SP)
Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente
Marcus Vinícius Bolívar Malachias

Vice-Presidente
Eduardo Nagib Gaui

Diretor Científico
Raul Dias dos Santos Filho

Diretora Financeira
Gláucia Maria Moraes Oliveira

Diretor Administrativo
Denilson Campos de Albuquerque

Diretor de Relações Governamentais
Renault Mattos Ribeiro Júnior

Diretor de Tecnologia da Informação
Osni Moreira Filho

Diretor de Comunicação
Celso Amodeo

Diretor de Pesquisa
Leandro Ioshpe Zimerman

Diretor de Qualidade Assistencial
Walter José Gomes

Diretor de Departamentos Especializados
João David de Sousa Neto

Diretor de Relacionamento com Estaduais e Regionais
José Luis Aziz

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Ouvidor Geral
Lázaro Fernandes de Miranda

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia
Luiz Felipe P. Moreira

Governador do Capítulo Brasil do ACC
Roberto Kalil Filho

Coordenadorias Adjuntas

Coordenador de Relações Internacionais
David de Pádua Brasil

Coordenador da Universidade Corporativa
Gilson Soares Feitosa Filho

Coordenador de Diretrizes e Normatizações
José Francisco Kerr Saraiva

Coordenador de Registros Cardiovasculares
Otávio Rizzi Coelho

Coordenador de Valorização Profissional
Carlos Japhet da Matta Albuquerque

Coordenador de Novos Projetos
Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenadores de Educação Continuada
Marcelo Westerlund Montera e Rui Manuel dos Santos Póvoa

Conselho de Planejamento Estratégico
Andrea Araújo Brandão, Ari Timeman, Dalton Bertolin Precoma, Fábio Biscegli Jatene

Editoria do Jornal SBC
Carlos Eduardo Suaide Silva

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais
SBC/AL – Pedro Ferreira de Albuquerque

SBC/BA – Nivaldo Menezes Filgueiras Filho

SBC/CE – Sandro Salgueiro Rodrigues

SBC/CO – Danilo Oliveira de Arruda

SBC/DF – José Roberto de Mello Barreto Filho

SBC/ES – Bruno Moulin Machado

SBC/GO – Aguinaldo Figueiredo Freitas Jr.

SBC/MA – Márcio Mesquita Barbosa

SBC/MG – José Carlos da Costa Zanon

SBC/MS – Delcio Gonçalves da Silva Junior

SBC/MT – Max Wagner de Lima

SBC/NNE – Claudine Maria Alves Feio

SBC/PA – Sônia Conde Cristino

SBC/PE – Paulo Sérgio Rodrigues Oliveira

SBC/PB – Miguel Pereira Ribeiro

SBC/PI – Wildson de Castro Gonçalves Filho

SBC/PR – Gerson Luiz Bredt Júnior

SBC/RJ (SOCERJ) – Ricardo Mourilhe Rocha

SBC/RN – Maria de Fátima Azevedo

SBC/RO (SOCERON) – João Roberto Gemelli

SBC/RS (SOCERGS) – Gustavo Glotz de Lima

SBC/SC – Maria Emilia Lueneberg

SBC/SE – Sergio Costa Tavares Filho

SBC/SP (SOCESP) – Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

SBC/TO – Andrés Gustavo Sánchez

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – André Arpad Faludi

SBC/DCC – José Carlos Nicolau

SBC/DCC/CP – Maria Angélica Binotto

SBC/DCM – Elizabeth Regina Giunco Alexandre

SBC/DECAGE – José Maria Peixoto

SBC/DEIC – Luis Eduardo Paim Rohde

SBC/DERC – Salvador Manoel Serra

SBC/DFCVR – João Jackson Duarte

SBC/DHA – Eduardo Costa Duarte Barbosa

SBC/DIC – Samira Saady Morhy

SBCCV – Fabio Biscegli Jatene

SBHCI – Marcelo José de Carvalho Cantarelli

SOBRAC – Denise Tessariol Hachul

GAPO – Bruno Caramelli

GECC – Mauricio Wajngarten

GECESP – Daniel Jogaib Daher

GECETI – Gilson Soares Feitosa Filho

GECHOSP – Evandro Tinoco Mesquita

GECIP – Gisela Martina Bohns Meyer

GECN – Andréa Maria Gomes Marinho Falcão

GECO – Roberto Kalil Filho

GEECABE – José Antônio Marin Neto

GEECG – Nelson Samesima

GEICPED – Estela Azeka

GEMCA – Álvaro Avezum Junior

GEMIC – Felix Jose Alvarez Ramires

GERCPM – Tales de Carvalho

GERTC – Marcello Zapparoli

GETAC – João David de Souza Neto

GEVAL – Luiz Francisco Cardoso

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 107, Nº 2, Supl. 3, Agosto 2016

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM), SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil
Tel.: (21) 3478-2700
E-mail: arquivos@cardiol.br
www.arquivosonline.com.br
SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial
Telefone: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
Núcleo Interno de Design

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.

Filiada à Associação Médica Brasileira

APOIO

Ministério da Educação

Ministério da Ciência e Tecnologia

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Resumo das Comunicações

XXV CONGRESSO PERNAMBUCANO DE CARDIOLOGIA

RECIFE - PERNAMBUCO

45727

Aspectos Técnicos e Eletrofisiológicos da Estimulação Cardíaca Multissítio Através do Acesso da Veia Cardíaca Média.

GUSTAVO SÉRGIO LACERDA SANTIAGO FILHO, ALEXANDRE PEGO XAVIER, ANNA BEATRIZ GALLINDO M LACERDA SANTIAGO, ALFREDO AURELIO MARINHO ROSA FILHO, CARLOS EMIDIO, LENINE A A SILVA, ALFREDO A M ROSA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, CLODOVAL B P JÚNIOR, GUSTAVO SERGIO LACERDA SANTIAGO E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

EURITMIA-Serviço de Arritmia e Marcapasso de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Centro de Tratamento de Arritmias Cardíacas - Santa Casa, Maceió, AL, BRASIL - Real Hospital Português , Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença grave, progressiva , causada por disfunção ventricular, levando a piora na qualidade e redução na expectativa de vida. A terapia de ressincronização cardíaca através da estimulação multissítio vem se tornando importante ferramenta no tratamento da (IC) avançada, no entanto, devido às variações anatômicas e até inexistência de veias apropriadas para a inserção do eletrodo ventricular esquerdo, o acesso da veia cardíaca média pode ser uma opção para a estimulação cardíaca biventricular.
Objetivo: Apresentar a técnica empregada no acesso da veia cardíaca média (VCM) para o implante do eletrodo ventricular esquerdo e os resultados dessa estimulação multissítio.
Material e Método: Entre março de 2006 e maio de 2016, 388 pacientes (PT) foram submetidos a estimulação biventricular (BIV) em nosso serviço. 276 (PT) (71,1%), foram associados ao cardioversor-desfibrilador (CDI), 226(PT)(58,2%) do sexo masculino e a idade variou de 28 a 84 anos com média de 64 anos. Neste grupo 63 (PT) (16,2%) o implante do eletrodo ventricular esquerdo foi através da (VCM). A técnica consiste inicialmente na introdução por via femoral de um cateter deflectível para marcação do seio coronariano (SC), em seguida a abordagem do (SC) se faz por punção da veia subclávia esquerda, introdução de uma bainha de 8F até o 1/3 proximal, aonde é realizado o venograma da (VCM) sendo introduzido um fio guia 0,014" e o eletrodo bipolar ou quadripolar 5 F, então, definida a melhor posição do eletrodo a partir do menor QRS estimulado.
Resultados: Neste grupo dos 63(PT), 52(PT)(82,5%) responderam à terapia de ressincronização cardíaca. As cardiopatias envolvidas mais frequentes foram a isquêmica (38%), chagásica (25%), hipertensiva (12%) e outras (25%). Os limiares variaram de 3,5 a 0,5 V, impedância de 600 a 1.200 ohms e sensibildade entre 10 e 20 mV. Não houve nenhuma complicação no trans ou no pós implante e em 5(PT)(7,9%), houve estimulação frênica. O tempo do procedimento variou de 50 a 180 minutos.
Conclusão: A estimulação multissítio através do acesso da veia cardíaca média, mostrou ser uma alternativa possível, de fácil execução e com índice elevado de (PT) responsivos à terapia de ressincronizaçao cardíaca.

45802

Infarto agudo do miocárdio posterior isolado: forma incomum

JOSE GILDO DE MOURA MONTEIRO JUNIOR, MONIQUE EVELYN MENDONÇA DO NASCIMENTO E IZADORA KARINA DA SILVA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio posterior isolado corresponde a 3 a 7% dos casos de infarto do miocárdio e foi descrito, inicialmente, por Perloff em 1964. Há suspeita eletrocardiográfica com padrão Rs e infradesnivelamento do segmento ST nas derivações V1 a V3 na demonstração padrão de 12 derivações, necessitando-se complementar com as derivações V7 a V9 para confirmação diagnóstica. A artéria coronária culpada é a circunflexa, que corresponde a 7 a 15% da dominância, ou seja, a artéria que origina a artéria descendente posterior, responsável pelo infarto posterior isolado. É um infarto que compromete uma pequena área miocárdica, e pode evoluir em 2% dos casos com ruptura do músculo papilar póstero-medial, e ocasionar insuficiência mitral súbita e, consequentemente, edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca. **Descrição:** JESF, 69 anos, casado, aposentado, procedente de Arcoverde-PE, onde foi atendido com queixas de dispneia e dor torácica mal definida, de forte intensidade, em uma unidade de saúde. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, necessitando de assistência ventilatória e droga vasoativa. Com a suspeita de IAM, o paciente foi transferido após 18 horas do atendimento inicial para o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) na cidade de Recife (PE), onde foi confirmado o IAM com padrão eletrocardiográfico de ondas R amplas, com infradesnivelamento de segmento ST nas derivações V1 a V3. No cateterismo cardíaco foi realizada angioplastia coronária da artéria circunflexa. Na unidade coronária (UCO) foi admitido com instabilidade hemodinâmica sendo associado ao tratamento clínico diurético e droga inotrópica (dobutamina). O ecocardiograma demonstrou insuficiência mitral moderada e aumento moderado do ventrículo esquerdo com acinesia posterior e hipocinesia nos segmentos inferior e lateral. Evoluiu na UCO com infecção respiratória nosocomial e insuficiência renal aguda. O paciente teve alta para a enfermaria no 10º dia de internamento. **Conclusão:** O infarto agudo do miocárdio posterior isolado é uma forma rara e de difícil suspeição eletrocardiográfica, devido às alterações inerentes no traçado usual. A complicação mecânica comum desta forma de IAM é a insuficiência mitral aguda, ocasionado edema agudo de pulmão e corroborando na falência ventricular esquerda.

45904

Implante de cardioversor-desfibrilador associado à estimulação multissítio em portadora de cardiopatia chagásica e persistência de veia cava superior esquerda. Relato de caso

GUSTAVO SÉRGIO LACERDA SANTIAGO FILHO, ANNA BEATRIZ GALLINDO M LACERDA SANTIAGO, ALEXANDRE PEGO XAVIER, ALFREDO A M R FILHO, CARLOS EMIDIO, ALFREDO A M ROSA, ANTONIO DE BIASE CABRAL WYSZOMIRSKI, ANTONIO DE BIASE WYSZOMIRSKI, FLAVIO BOMFIM LOUREIRO, GUSTAVO S L SANTIAGO E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

EURITMIA-Serviço de Arritmias e Marcapasso de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Centro de Tratamento de Arritmias Cardíacas -Santa Casa , Maceió, AL, BRASIL - Real Hospital Português, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A persistência da veia cava superior esquerda (PVCSE) é uma anomalia venosa rara, no entanto, no tórax é a alteração venosa mais frequente com prevalência de 0,3 a 0,5 % na população geral. A (PVCSE) é assintomática e na maioria dos casos é identificada durante o implante do dispositivo cardíaco.
Objetivo: Relatar o caso clínico de uma portadora de grave cardiopatia chagásica com importante disfunção ventricular , taquicardia ventricular, associada a (PVCSE) submetida ao implante de cardioversor-desfibrilador (CDI) com estimulação biventricular (BIV) (ressincronizador).
Relato de caso: M.E.C,sexo feminino,57 anos,branca,aposentada, procedente e natural de União dos Palmares-AL,encaminhada ao serviço de arritmia devido a episódios repetitivos de síncope. Relata dispneia aos médios e pequenos esforços,palpitações frequentes, internações recorrentes com quadro de insuficiência cardíaca congestiva(ICC) e desmaios. Antecedentes patológicos: portadora de cardiopatia chagásica,internações devido a (ICC) e síncope recorrentes. Antecedentes familiares: Vários casos de doença de chagas na família, dois(02) casos de morte súbita (MS) (pai e irmão) ambos eram chagásicos. Exames complementares: Sorologia + p/ Chagas, ECG: BRE+SVE,ECO: dilatação ventricular esquerda importante (FE=24%), Holter 24h: ritmo sinusal e presença de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS). Exame físico: ACV=rcr em 3t, em sopro PA=100x60mmhg,AP=mv+pulmões limpos,Abdomem=plano,Ext=edema++/4+ e pulsos simétricos. A paciente(PT) foi então submetida a implante de (CDI) associado a estimulação (BIV), durante a punção da veia subclávia esquerda, foi constatada a presença da (PVCSE). Optado pelo implante do (CDI) através da veia subclávia direita e introdução do eletrodo ventricular esquerdo por acesso da veia cardíaca média. Procedimento realizado com sucesso. No seguimento clínico de 26 meses, a (PT) apresentou melhora clínica e da fração de ejeção, passando de FE=24% para 42%.
Conclusão: Apesar da (PVCSE) ser uma anomalia rara e complexa, o implante do (CDI) foi possível através da subclávia direita, não comprometendo o resultado final da ressincronização cardíaca.

45975

Fibrilação atrial paroxística como manifestação primária em portador da síndrome de Brugada. Relato de caso.

GUSTAVO SÉRGIO LACERDA SANTIAGO FILHO, ANNA BEATRIZ GALLINDO M LACERDA SANTIAGO, ALEXANDRE PEGO XAVIER, ALFREDO A M R FILHO, ALFREDO A M ROSA, CARLOS EMIDIO, BRIVALDO MARKMAN FILHO, GILBERTO MACEDO DOS SANTOS, FABIAN FERNANDES DA SILVA, GUSTAVO SERGIO LACERDA SANTIAGO E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

EURITMIA-Serviço de Arritmias e Marcapasso de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Centro de Tratamento de Arritmias Cardíacas -Santa Casa , Maceió, AL, BRASIL - Real Hospital Português, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A síndrome de Brugada (SB) é a mais comum causa de morte súbita em indivíduos sem alterações cardíacas estruturais, caracterizada pela elevação do segmento ST em precordiais direitas de V1 a V3, não relacionada à isquemia, sendo a taquicardia ventricular polimórfica e fibrilação ventricular a causa primária da morte súbita(MS). A fibrilação atrial (FA) encontra-se associada na evolução clínica de alguns portadores da (SB) estando presente em cerca de 20% dos portadores e sugere doença mais exacerbada.
Objetivo: Relatar o caso clínico de um paciente (PT) que apresentava episódios paroxísticos e repetitivos de (FA) como forma primária da síndrome de Brugada.
Relato de Caso: TRDB sexo masculino, 26 anos,branco, natural e procedente de Maceió,Alagoas, esportista , encaminhado ao nosso serviço de arritmia,devido à palpitações taquicárdicas de início súbito, frequentes, acompanhado de mal estar geral e tonturas. Relata que os sintomas iniciaram em 2012. Fez uso contínuo de droga anti-arritmica (DAA) , (betabloqueador 100 mg/dia) No início de 2013 voltou à apresentar novos episódios de (FA), sendo iniciado a associação de (betabloqueador 100mg/dia e propafenona 300 mg/dia), no mesmo ano, voltou à apresentar crises de (FA), onde foi submetido a ablação para isolamento das veias pulmonares. Permaneceu assintomático e sem o uso de (DAA) durante 2014. Em março de 2015, teve novo episódio sustentado de (FA), sendo prescrito 600 mg/dia de propafenona . Em nova consulta , apresentou eletrocardiograma (ECG) com característica da (SB). Foi submetido a estudo eletrofisiológico (EEF) com indução de taquicardia ventricular polimórfica. Posteriormente foi submetido a implante de cardioversor-desfibrilador (CDI). Exame fisico: ausculta cardíaca normal, pulsos periféricos presentes e simétricos. Antecedentes: Tio com (MS) quando dormia.Exames:O ECG inicial foi normal e posteriormente ao uso de propafenona 600mg/dia,houve manifestação da (SB). Eco, teste ergométrico e Holter 24 h foram normais.
Conclusão: Na (SB) o ECG com padrão do tipo I é dinâmico, oscilando em ECG diagnóstico e não diagnóstico. A propafenona bloqueando os canais de sódio, tornou possível o diagnóstico da (SB).

46002

Tamponamento cardíaco em paciente portador de Síndrome da Imunodeficiência Humana com Pericardite por Tuberculose.

RODRIGO DE LEMOS SOARES PATRIOTA, SYLVIA KARLA XAVIER DE FARIAS, TARCYA LEIANE GUERRA DE COUTO E MARILIA KARLA XAVIER DE FARIAS

Hospital Otávio de Freitas, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cariológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Tuberculose é a infecção oportunista mais comum e uma das principais causas de morte em pacientes infectados pelo HIV. Trata-se do diagnóstico etiológico de mais de 85% dos casos de derrame pericárdico em pacientes infectados por este vírus, elevando sobremaneira a morbimortalidade desses pacientes. **Materiais e Métodos:** relato de um caso e revisão de literatura. Relato de caso: sexo feminino, 23 anos, natural de Recife, portadora de HIV, admitida com quadro de dispneia progressiva, febre diária vespertina, tosse seca, hiporexia e dor torácica ventilatório dependente há 15 dias da admissão. Apresentava perda ponderal de 23 quilos no último ano. Possuía ainda diagnóstico de tuberculose pulmonar desde março de 2014 com tratamento incompleto, por abandono. Realizou radiografia de tórax e ecocardiograma transtorácico com evidência de derrame pericárdico volumoso. Devido a instabilidade hemodinâmica por tamponamento cardíaco, foi submetida à janela pericárdica subxifoidiana com drenagem pericárdica e biópsia. O estudo do líquido revelou líquido hemorrágico exudativo com debris e predomínio de mononucleares. O histopatológico confirmou pericardite granulomatosa tuberculóide. Foi iniciado esquema tuberculostático e corticoterapia com melhora evolutiva e alta hospitalar, para tratamento domicilar, com boa resposta. A terapia antiretroviral foi iniciada após 15 dias do tuberculostático. **Conclusão:** O rápido diagnóstico e instituição do tratamento adequado foram fatores determinantes para o bom prognóstico da paciente relatada. Portanto, a pericardite tuberculosa deve estar sempre presente no diagnóstico diferencial de pacientes soropositivos que apresentam derrame pleural volumoso.

46457

Homoenxerto aórtico: Experiência na substituição valvar aórtica em centro único

DIOGO L M FERRAZ, LUIZ R P CAVALCANTI, FERNANDO R M NETO E CARLOS R R MORAES

Instituto do Coração de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: As primeiras experiências cirúrgicas com a valva aórtica datam de 1947. Os homoenxertos aórticos foram inicialmente utilizados por Barrat-Boyes e Ross em 1962 e apresentam perfil hemodinâmico superior quando comparados a outros substitutos valvares convencionais. A história natural da doença aórtica é grave, tendo a cirurgia grande importância na melhora do prognóstico. O objetivo desse estudo foi apresentar os resultados imediatos do tratamento cirúrgico da valva aórtica com uso do homoenxerto aórtico.
Métodos: Análise retrospectiva de 51 pacientes submetidos à troca valvar aórtica por homoenxerto aórtico pelo Instituto do Coração de Pernambuco no período de 2001 a 2012. A técnica operatória utilizada foi a troca da raiz da aorta com reimplante das artérias coronárias. Foram utilizados homoenxertos criopreservados e descelularizados.
Resultados: A média de idade foi de 26,8 anos, a maior indicação cirúrgica foi insuficiência aórtica (52% dos casos), seguida por estenose aórtica (25%), disfunção de prótese (10%), endocardite (10%) e dupla lesão aórtica (2%). As médias dos tempos de clampeamento aórtico e circulação extracorpórea foram de 84,1 e 119,1 minutos respectivamente. 29,4% dos pacientes tinham cirurgia prévia, 8% foram combinadas com abordagem da valva mitral. A média do tempo de internamento em unidade de terapia intensiva foi 1,9 dia e hospitalar total foi 9,6 dias. As complicações encontradas foram: bloqueio átrioventricular provisório, reintubação orotraqueal, insuficiência renal em tratamento conservador. Apenas um paciente (1,96%) evoluiu para óbito durante o internamento.
Conclusão: O uso do homoenxerto aórtico para substituição da valva aórtica, utilizando a técnica de substituição total da raiz, mostrou-se uma estratégia cirúrgica com baixa morbimortalidade precoce, mesmo incluindo na análise casos mais graves, como reoperações, cirurgias combinadas e endocardite bacteriana. Mais estudos são necessários para avaliar a evolução a longo prazo.

46494

ECOCARDIOGRAFIA COM STRAIN COMO FERRAMENTA NO DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITE: RELATO DE CASO

JUCIANO SILVINO DE S SILVA, MARIA DOLORES DA T. H. ASSUNCAO, RICARDO AUGUSTO MACHADO E SILVA, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE e MARILENA DE MELO CAVALCANTI

HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: Miocardite é a inflamação do miocárdio secundária a agentes infecciosos, trauma, cardiomiopatias genética e dano isquêmico. Idealmente seu diagnóstico é por anatomo-patológico podendo usar imunohistoquímica e ferramentas moleculares. No entanto, métodos não invasivos vêm emergindo, com destaque para a RNM e cintilografia que se aproximam do padrão-ouro, mas que não são práticos e disponíveis. O strain obtido com o ECO pode emergir como uma alternativa e com a vantagem de maior disponibilidade sem radiação ionizante. **Relato do Caso:** Paciente de 43 anos, masculino, procedente de Recife-PE, com febre,mialgia e artralgia há 2 meses. Admitido com dor retroesternal, em aperto, associada a sudorese, palpitações e dispnéia (crises recorrentes desencadeadas aos esforços). O ECG tinha flutter atrial e os marcadores foram negativos. Realizada cardioversão elétrica devido a instabilidade clínica. Era etilista ocasional, e não tinha qualquer outro fator de risco cardiovascular. Ao exame tinha EGR, estase jugular presente, pulmões limpos e um RCR, com B3, FC: 80 bpm e PA:110x70mmHg. Seu eco evidenciou hipocontratilidade difusa do VE (FEVE de 31%). A coronariografia foi normal. Após 15 dias fez novo ECO que mostrou melhora da função ventricular (FEVE 47%) e Strain mostrando redução da cinética segmentar anterior (médio-basal) do VE (valor medido em -13 nestes segmentos), sendo suspeitado miocardite aguda, que foi corroborado pela cintilografia com gálio captante. **Dicussão:** O diagnóstico de miocardite inicialmente um desafio pois dependia de exame invasivos como biópsia miocárdica atualmente vem se tornando cada vez mais acessível após o advento de exames como ressonância cardíaca. A utilização de métodos ainda mais acessíveis como a ecocardiografia aliada a novas técnicas com Strain miocárdico (Speckle Tracking) vem demonstrando a presença de alterações estruturais e micro-funcionais antes não suspeitadas pela ecocardiografia convencional. Já estão bem estabelecidos na literatura as utilidades desta técnica na detecção de toxicidade por quimioterápicos, rejeição pós-transplante, diferenciação de MCPH e cardiopatia do atleta entre outras. A elaboração de protocolos de pesquisa envolvendo strain miocárdico e técnicas tradicionais será fundamental para a aceitação deste método no diagnóstico ou pelo menos na triagem dos pacientes com suspeita de miocardite.

46548

Acesso arterial e mortalidade hospitalar em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Análise de 1130 procedimentos no mundo real.

FELIPE J A FALCÃO, FABIANO L CANTARELLI, RODRIGO CANTARELLI ALVES, MANUELA N MOREIRA, ALINE HOFMANN BAIAO, IRLA L L CAMBOIM, PALOMA K A SILVA, HYGOR D LEMOS, PAULO B S JÚNIOR, FLAVIO B. MOTA E FLAVIO R A OLIVEIRA

Universidade de Pernambuco -UPE, Recife/Garanhuns, PE, BRASIL - Instituto de Medicina Integral prof. Fernando Figueira , Recife, PE, BRASIL.o

Introdução: A escolha do acesso arterial é a primeira etapa na realização de uma angioplastia. O acesso radial, em estudos randomizados, tem sido associado a um menor risco de morte em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento ST (IAMCST). Isso ocorre devido principalmente à redução nas complicações vasculares. **Objetivo:** Avaliar se há relação entre mortalidade hospitalar e o acesso arterial em pacientes com IAMCST. **Métodos:** Registro prospectivo de 1130 procedimentos realizados em dois centros de referência no atendimento de pacientes (pcts) infartados na região metropolitana de Recife/Pernambuco. **Resultados:** A mortalidade hospitalar geral foi de 11,8%. A média de idade foi de 61,7 + 14 anos, o sucesso angiográfico foi de 93,4% e o tempo médio do início dos sintomas ao início do atendimento hospitalar (tempo dor-porta) foi de 6,34 + 3,81 horas. Em 73,3% dos casos o acesso foi femoral (828 pcts) e 26,7% foi radial (302 pcts). A taxa de complicações vasculares foi 1,3% na população geral, sem diferença entre os grupos (0,66% no radial vs 1,5% no femoral, p=0,238). A utilização do acesso femoral esteve relacionada a um maior risco de morte (RR:2,51; IC 95%: 1,54-4,10; p<0,001). Entretanto, foi observado que o grupo do acesso femoral era composto por pcts com uma maior média de idade (62,8 vs 58,7, p<0,001), maior frequência de triarteriais (27,4% vs 15,9%,p<0,001), maior frequência de KILLIP 3 ou 4 (7,8% vs 2,0%,p <0,001) e menor sucesso angiográfico final (91,7% vs 98%, p <0,001). Regressão logística da associação do acesso arterial com a mortalidade, ajustada pelos possíveis fatores de confusão, mostrou que não houve diferença entre os acessos (RR:1,53; IC 95%: 0,76-3,08; p=0,238). **Conclusão:** Em uma população de pcts com IAMCST com baixa taxa de complicação vascular e atendimento tardio (tempo dor-porta>6h), o acesso arterial escolhido de forma não randômica, não interferiu na mortalidade intra-hospitalar.

46562

Prevalência de depressão em pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda no Hospital Agamenon Magalhães

MARCUS VINICIUS DANTAS DA NOBREGA, LINDOMAR DE ARAUJO LEANDRO, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE, PATRICIA ALMEIDA DE LIRA SANTOS, MARIANA DE LIMA GUERRA, TALES VINICIUS SILVA MARTINS, GABRIELA MARQUES PEREIRA DE ALENCAR, HEIDER ALEXANDRE SANTANA FERREIRA, JANNINE MARIA PIRES B DE C ANDRADE, JUCIANO SILVINO DE S SILVA E MARIA DA GLORIA AURELIANO MELO

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL.

RESUMO

Introdução: A depressão é uma patologia frequente nos pacientes em regime de internamento hospitalar. Sabe-se que a morbimortalidade associada a depressão pode ser prevenida com o diagnóstico e tratamento corretos.

Objetivo: Investigar a prevalência de depressão em pacientes admitidos com síndrome coronariana aguda(SCA) no Hospital Agamenon Magalhães (HAM).
Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, utilizando a Escala de Depressão de Beck e avaliação dos prontuários.

Resultados: Foram avaliados 31 pacientes, 18 homens (58,07%), e 13 mulheres (41,93%); com idade entre 40 a 85 anos. A média de idade foi 62 anos. A prevalência de depressão leve a moderada foi 29,03%, depressão moderada a grave 16,13% e depressão grave 6,45%. Não houve correlação de depressão com idade, diagnóstico e tempo de internamento. Entre as mulheres registrou-se os maiores escores e maior diagnóstico de depressão moderada ou severa (p<0,05).

Discussão/Conclusão: A prevalência de depressão em pacientes com SCA na enfermaria de cardiologia do HAM foi de 51,61%, considerada alta, frequentemente subdiagnosticada e mais prevalente no sexo feminino.

Palavras-chave: Depressão, hospitalização, síndrome coronariana aguda.

46568

Bloqueio atrioventricular total congênito associado a flutter atrial em lactente assintomático - relato de caso

HYGOR DUARTE DE LEMOS, NICEA SALVES FERREIRA NETO, CAMILA SOARES NEVES E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Universidade de Pernambuco/PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: O flutter atrial é uma arritmia supraventricular por macrorreentrada confinada ao átrio. Não há muitos estudos descrevendo sua história natural em crianças. O bloqueio atrioventricular total congênito é considerado uma entidade patológica rara, estimando-se uma incidência de 1/20.000 nascidos vivos, cuja etiopatogenia não está completamente esclarecida. A associação desta patologia ao flutter atrial é bastante incomum. **Relato de caso:** Paciente masculino, 7 meses, nascido a termo. Segundo genitora, em consulta pré-natal foi evidenciada bradicardia fetal importante à ecografia obstétrica. Após parto sem intercorrências, foi diagnosticado BAVTC, permanecendo o paciente em acompanhamento. Genitora negou sonolência, irritabilidade ou sinais de doença cardiovascular em recém-nascidos. Paciente persistiu com bradicardia, motivo pelo qual foi realizado encaminhamento a um hospital de referência para avaliar implantação de marcapasso. Ao exame físico de admissão, apresentava-se em bom estado geral, ativo e reativo, hidratado, eupneico, acianótico e afebril. Ao exame cardiovascular, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros, bulhas normofonéticas. Aparelho respiratório sem alterações. Abdômen sem visceromegalias palpáveis. Paciente não possui antecedentes familiares de cardiopatias. O Eletrocardiograma por Holter constatou frequência cardíaca média de 48 bpm, padrão de BAVT com resposta ventricular reduzida, flutter atrial e ausência de anormalidades adicionais do segmento ST, da onda T e do intervalo QT. Radiografia de tórax demonstrou aumento da área cardíaca, à custa de átrio e ventrículo esquerdos. O Ecocardiograma Transtorácico evidenciou pequena dilatação das câmaras esquerdas, associadas a refluxo mitral discreto. A função biventricular apresentou-se de maneira satisfatória. O implante do marcapasso ocorreu sem intercorrências. Paciente foi admitido em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, e, posteriormente, em enfermaria, onde evoluiu com melhora do estado geral até a alta. **Conclusão:** O diagnóstico pré-natal do bloqueio atrioventricular total congênito pode ser feito através de ecocardiografia fetal e o pós-natal, através de eletrocardiograma, Holter e ergometria. Arritmias associadas, como o flutter atrial, podem ser evidenciadas nessas análises. A presença de BAVTC, assintomático, com frequência cardíaca inadequada para a idade, representa indicação Classe I para o implante de marcapasso cardíaco permanente.

46571

Título Comparação entre variáveis clínicas e biomarcadores na insuficiência cardíaca descompensada (ICD) com FE reduzida e preservada

GABRIELA PAIVA CAVALCANTI, SILVIA MARINHO MARTINS, CAMILA SARTESCHI, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, GLORY EITHNE SARINHO GOMES, ANDRE REBELO LAFAYETTE, PAULA CORREIA OLIVEIRA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO E PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Grupo IC - Realcor/Procardio - Hospital Portugues, Recife, PE, BRASIL.

FUNDAMENTO: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma patologia grave que evolui com altas taxas de mortalidade e re-hospitalizações. Biomarcadores são úteis na ICD para auxílio diagnóstico e prognóstico, orientando uma melhor terapêutica. A ICD com fração de ejeção normal (ICFEN) possui identificação e impacto clínico ainda pouco conhecido e por vezes subestimado. É necessária melhor compreensão desta síndrome. OBJETIVO: Comparar o perfil clínico e laboratorial na ICD entre pacientes com ICFEN e IC com FE reduzida (ICFER). METODO: Amostra de 366 pacientes com diagnóstico de ICD entre 4/07 a 12/15. Variáveis analisadas: gênero, idade, CF, etiologia, BNP, Na, Uréia, Creatinina, Hb, Ht, troponina na admissão e óbito hospitalar. Foi considerada ICFEN se FEVE >= 50%.RESULTADOS: A amostra geral apresentou idade média de 73 anos (DP=13), predominância de homens (60%), etiologia isquêmica (54%), CF IV (51%) e ICFER (70%) com mortalidade hospitalar de 16%. Os grupos apresentaram resultados similares quanto a idade (p=0.09), Na (p=0,21), Ureia (p=0,25), Creatinina (p=0,67), Hb (p=0,13), Ht (p=0,27), troponina (p=0,16) e óbito hospitalar (p=0,75): ICFEN (15%) e ICFER (16%). As variáveis que apresentaram associação relevante estão dispostos na tabela.

Variáveis	FE>=50%	FE<50%	p
Homens	46%	65%	0,001
Etiologia			
Isquêmica	43%	59%	
Hipertensiva	34%	13%	0,001
BNP (mediana P25-P75)		2782 (843,5-7422)	4524,5 (1474-11354) 0,058

CONCLUSAO: Concordante com a literatura da nossa população, a ICFEN apresentou predominância de mulheres, de etiologia isquêmica. No entanto, os biomarcadores não se mostraram úteis para distinguir a ICFEN e a ICFER, embora o BNP tenha apresentado o dobro em valores absolutos entre portadores da ICFER. Chama-se atenção que a mortalidade foi alta e semelhante nos dois grupos.

46572

TCOARCTAÇÃO DA AORTA

THAMIRES TAVARES DA SILVA, DANIELLE CRISTINA PIMENTEL CABRAL, MARIANA VAZ CARVALHO DE QUEIROZ E SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

COARCTAÇÃO DA AORTA

INTRODUÇÃO: O primeiro relato foi descrito por Morgani em 1760 e o termo Coarctação vem do Latim e significa contração. Ocorre em cerca de 5 a 8% do total de pacientes com malformações congênita, o predomínio é de homem:mulher 2:1 em pacientes com Coarctação isolada, e de 1:1 quando outras lesões estão presentes; Caracteriza-se por um estreitamento ou obstrução da Aorta descendente, mais comumente localizada logo após o arco aórtico, imediatamente após a origem da artéria subclávia esquerda. Classifica-se em tipo: infantil e adulto.
DESCRIÇÃO DO CASO: O estudo de Caso ocorreu 4º andar na enfermaria pediátrica de Cardiopatia Congênita, em um Hospital Universitário de Pernambuco. Paciente: M.F.S.C, 03 anos e 9 meses, sexo Feminino, natural de Maribondo/AL. Admitida: 03/03/2016, sendo hospitalizada com queixa de dispnéia, cianose perilabial e agitação. Ao exame físico: EGR, ativa, reativa, afebril, hidratada, anictérica; Avaliação Respiratória: Murmúrios Vesiculares presentes em AHT sem ruidos adventicios, FR: 36rpm; Avaliação Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas em 2 tempos, com Sopro em FAo de (3+/6+), PA: 140x80 mmHg, FC: 94bpm, pulsos ausentes em MMII; Avaliação Abdominal: plano, depressível e indolor à palpação profunda, RHA (+), não identificado VMG; Avaliação Geniturinária: diurese +, com coloração fisiológica e sem alterações anatômicas; Cirurgia proposta: Aortoplastia Término-Terminal, Realizada em 31/03/2015 com sucesso.
CONCLUSÃO: Nesse estudo de caso a paciente recebeu alta 20/04/2016, onde seguiu sobe os cuidados de sua genitora, com todas as orientações e recomendações de retornar ao ambulatório de Cardiologia do PROCAPE e também ao seu Pediatra. O levantamento dos diagnósticos de Enfermagem subsidiou de forma holística a Sistematização da Assistência, adequada e com pensamento crítico do processo saúde e doença. Sendo um deles: Risco de infecção relacionado à pele rompida por procedimento invasivo, o plano de assistência: promover o equilíbrio hídrico e a prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e monitoração da pele rompida a procura de sinais flogísticos, dentre outros.

46573

TORSADES DE POINTES

THAMIRES TAVARES DA SILVA, DANIELLE CRISTINA PIMENTEL CABRAL, MARIANA VAZ CARVALHO DE QUEIROZ, GABRIELLE PESSA DA SILVA E SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

TORSADES DE POINTES

INTRODUÇÃO: Torsades de Pointes é um tipo de Taquicardia Ventricular Polimórfica, identificada pela presença de um QRS variável; Esse complexo muda de amplitude e parecem torcerem-se em torno de uma linha isoelétrica lembrando uma torção das pontas, apresentando frequência de 200 a 250 bpm; Orinalmente são descritos em quadros de bradicardia causados por bloqueio de cardíaco completo, servindo para indentificar com uma síndrome; Caracteriza-se por repolarização ventricular prolongada, com intervalo de QT com mais de 500milisegundos. Culminar com o retorno ao ritmo basal; Podendo haver um período de pausa e um novo ataque de FV, com morte súbita.
DESCRIÇÃO DO CASO: Realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de Pernambuco. Paciente, M.J.S., 53 anos, sexo masculino, pedreiro, natural de Recife-PE. Admitido: 04/04/2016 deu entrada na Emergência em PCR de TV, sendo feita a CVE e manobra de RCP com eficácia. Foi diagnosticado com IAM com ST anterior septal, com historia na família de morte subta por pai e irmão. Hipertenso, a família nega tabagismo e etilismo, IMC normal. Ao exame físico: EGC, sedado, hidratado, acianótico, taquipneico, alimentado por Sonda Nasogastrica, Auscuta Respiratória: Murmúrios vesiculares, sem ruidos adventicios, FR: 16 rpm em uso de ventilação mecânica; Auscuta Cardiaca: Bulhas cardíacas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, FC: 80 bpm, PA: 160x 90 mmHg; Auscuta do abdômen: semigloboso, indolor a palpação, ruidos adventicios presentes, sem alterações; Avaliação Geniturinária diurese +, com coloração fisiológica sem alterações anatômicas; Extremidades frias, edemas em MMII, pulsos periféricos presentes; Ao Cateterismo: foi encontrado obstruções e lesões aneurismáticas em Rosário;
CONCLUSÃO: Foram elencados diagnósticos de enfermagem, para a realização da Sistematização da Assistência de forma holística, dentre eles: Risco de infecção por pele rompida devido a procedimentos invasivos; Risco para aspiração relacionado a alimentação por sonda e traqueostomia; Visando assim a formação de um plano de assistência qualificado, com monitorização sempre da pele em busca de áreas com sinais flogísticos, dentre outros; Após 30 dias o paciente recebeu alta para a enfermaria onde continuou a receber a assistência adequada da enfermagem.

46575

Ateromatose calcificada em aorta - relato de caso

JESSICA CORDEIRO DE SIQUEIRA CAMPOS, GEORGE AUGUSTO DA FONSECA C A LIMA, EDUARDO CAVALCANTI LAPA SANTOS E ANDRE GUSTAVO SANTOS LIMA

Hospital Dom Helder Câmara, Cabo de Santo Agostinho, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução-Aorta em porcelana se refere a um estado consequente ao processo de calcificação circunferencial, completo ou quase completo, de maneira extensa ao longo da aorta ascendente, arco da aorta ou aorta descendente. A aterosclerose envolvendo a camada íntima e a calcificação da camada média na ausência de ateroma são processos independentes relacionados à patogênese dessa entidade. A incidência da aorta em porcelana ou de aorta incapaz de ser clampeada varia entre 0,4% a 5,4% de acordo com diferentes pesquisas. Técnicas como palpação manual, radiografia de tórax, tomografia computadorizada e ecocardiografia transesofagica são empregadas, considerando cada situação especifica, para estabelecer o diagnostico. A relevância do relato desse caso clínico compete ao fato de que a aorta de porcelana está relacionada com um aumento da morbidade e mortalidade, portanto, sugere uma reavaliação da técnica cirúrgica.
Descrição do caso-Mulher de 64 anos de idade procurou a unidade de pronto atendimento (UPA) por dor torácica. Paciente relatou que a dor era do tipo em peso e perfurativa, desencadeada aos mínimos esforços, que irradiava para membro superior esquerdo e para o lado esquerdo da mandíbula, acompanhado de dispneia, sudorese e náusea. Foi encaminhada para internamento no Hospital Dom Helder Camara onde realizou uma tomografia computadorizada de tórax que acusou importante ateromatose calcificada de toda a aorta torácica, com ectasia dos segmentos ascendente e descendente; a ateromatose calcificada estendia-se aos segmentos visualizados da aorta abdominal. Foi submetida no quinto dia de internação a uma revascularização cardíaca com uso de extracorpórea e uso de enxertos. Paciente continuou evoluindo bem e sem intercorrências, no quinto dia pós-operatório recebeu alta para a enfermaria enquanto fazia o ajuste dos anti-hipertensivos orais.

Conclusão- No caso por nós relatado, a paciente evoluiu bem por ter sido observado previamente o acometimento da aorta por ateromas calcificados, através de métodos de imagens, permitindo um planejamento cirúrgico adequado e redução de complicações durante e após a cirurgia.

Bibliografia- 1. Abramowitz, Y., Jilaihawi, H., Chakravarty, T., Mack, M. J., & Makkar, R. R. (2015). Mitral Annulus Calcification. Journal of the American College of Cardiology. http://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.872

46576

Relato de caso – Lesão oclusiva de artéria coronária direita com supradesnivelamento de segmento ST em paredes anterior e inferior.

ALICE DIAS RIBEIRO DE ANDRADE LIMA, BRENO ALEXANDRE DE MELO E SILVA E FELIPE PERES DE LYRA FALCAO

Faculdade de ciencias médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A lesão oclusiva da artéria coronária direita (CD) é a segunda mais frequente (com uma incidência entre 27 a 39%) entre pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) admitidos em serviços de emergência1,2. Ao eletrocardiograma (ECG) apresenta um padrão típico, com elevação de segmento ST em DII, DIII e AVF, com uma taxa oclusão em 80% a 90% dos casos na CD2. Em 7% dos pacientes com elevação do segmento ST de V1 a V4 ou V5, esta elevação se deve à oclusão proximal da CD, com concomitante infarto de ventrículo direito (VD)1,5. Porém, nestes casos, a elevação do ST é maior em V1-V2 e diminui em direção a V5 e há um deslocamento descendente do segmento ST em DI, ao contrário do que ocorre no IAM do ventrículo esquerdo (VE)4,5,6. O presente estudo relata um caso de oclusão da CD com supradesnivelamento do segmento ST em paredes anterior e inferior.
Descrição do Caso: Paciente 51 anos, sexo masculino, tabagista, buscou o serviço de emergência do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco com queixa de dor retroesternal, em aperto, de forte intensidade, sem irradiação, iniciada há 30 minutos da chegada. Ao exame, fácies de dor, pressão arterial 130x90 mmHg; sem demais alterações. O ECG apresentava supradesnivelamento do segmento ST em paredes inferior (DII, DIII e AVF), anterior (V1 a V5) e em derivações precordiais direitas (VR3 e V4R); além de infradesnivelamento do segmento ST em D1 e AVL. Diante do quadro, foi seguido o protocolo para IAM com supra de ST, optando-se, em virtude do tempo porta-balão favorável, por cateterismo. Este evidenciou CD ocluída no seu terço distal, com imagem negativa de trombo, e artéria descendente anterior com lesão discreta no terço médio. Foi realizada angioplastia transluminal percutânea primária com cateter balão para CD. Evoluiu estável hemodinamicamente, sem intercorrências, com ecocardiograma evidenciando apenas leve alteração no relaxamento do VE e fração de ejeção de 60%; tendo recebido alta hospitalar no quinto dia de internação.
Conclusões: O supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior corrobora em 30 a 50% dos casos a associação entre o IAM de VD e a oclusão da CD2. Porém, em apenas 7% dos casos, existe uma associação entre o supradesnivelamento de ST em parede anterior e oclusão da CD, principalmente quando a lesão é proximal a essa artéria1,5. Portanto, o presente estudo relata um caso incomum de lesão oclusiva da artéria CD com supradesnivelamento de ST em paredes anterior e inferior.

46580

FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA: PODEMOS ESTABELECER FATORES DE RISCO PARA DISTÚRBIOS DO RITMO?

JULIANA RODRIGUES NEVES, ALINE BORGES MACIEL, FABRICIO LEITE PEREIRA, CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, MARIA CRISTINA VENTURA RIBEIRO, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, LUCIA MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO, WYNDIRA MARHALLE SIMIAO NUNES VENANCIO, BARBARA FAEIRSTEIN, JESSICA AZEVEDO MELO MARINHO E FABIANA GOMES ARAGÃO

Instituto de Medicina Integral Professor Fenrnando Fgueira , Recife, PE, BRASIL - Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco , Recife, PE, BRASIL - Real Hospital Português , Recife, PE, BRASIL.

Introdução Fechamento percutâneo da comunicação interventricular perimembranosa (CIVpm) é uma alternativa ao tratamento cirúrgico, porém, pode implicar no desenvolvimento de bloqueio atrioventricular (BAV) pós-procedimento. **Objetivos** Analisar a evolução em médio prazo dos pacientes (pts) submetidos à oclusão percutânea de CIVPm, bem como sua efetividade e segurança. Estabelecer possíveis fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de distúrbios do ritmo. **Métodos** Estudo descritivo, observacional de corte transversal, dos 63 pts submetidos à oclusão percutânea de CIVPm com prótese de duplo disco entre Março de 2010 e Maio de 2015, em hospitais referências do Recife. **Resultados** As idade média foi de 9,8 anos (DP 6,3), sendo 84,12% menores de 15 anos. A média de peso foi 33,3 Kg. O tamanho médio dos defeitos foi 6,4mm (DP 2,3) e 41,4% apresentavam múltiplos orifícios de saída. A mediana de tamanho das próteses foi de 8mm. 51(81%) das próteses eram do tipo CERA Lyfetech e 12 (19%) Shsma Lepu. Dois pts (3,17%) apresentarem complicações imediatas graves necessitando de intervenção cirúrgica ou percutânea: perfuração de folheto aórtico e embolização do dispositivo com resgate percutâneo. Não ocorreram óbitos. A única intervenção para as alterações do ritmo cardíaco foi o uso de corticoesteróides em 23,8% dos pts. Não houve caso de BAV intra-hospitalar. O tempo médio de seguimento foi de 29,9 meses (DP 20,2) e a taxa de oclusão nesse período foi de 95,2%. No seguimento entre 4 e 90 dias pós implante, 3,17% dos pts desenvolveram BAV. Os possíveis fatores de risco implicados foram: idade (p=0,871), tipo de CIV (p=0,627) e relação dispositivo/CIV>1,2 (p=0,315), >1,5 (p=0,771) e >2 (p=0,088). **Conclusão:** Desta forma, o fechamento percutâneo de CIVPm pode ser realizado de forma segura e eficaz, porém o risco de desenvolvimento de BAV deve ser considerado e fatores de risco ainda não foram plenamente elucidados, apesar de haver uma tendência de maior risco com dispositivos maiores em relação ao tamanho da CIV.

46581

Incidência de nefropatia induzida por contraste em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco.

GABRIELA MARQUES PEREIRA DE ALENCAR, HEIDER ALEXANDRE SANTANA FERREIRA, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE, MARIA DA GLORIA AURELIANO MELO, CAMILA MARTINS CAMELO, PATRICIA ALMEIDA DE LIRA SANTOS, MARIANA DE LIMA GUERRA, MARCUS VINICIUS DANTAS DA NOBREGA, TALES VINICIUS SILVA MARTINS, PAULO ADERSON SOBREIRA MAGALHÃES DE CARV E JANNINE MARIA PIRES B DE C ANDRADE

Hospital Agamenon Magalhaes , , PE,

A nefropatia induzida por contraste(NIC) é uma das causas mais prevalentes de insuficiência renal aguda, geralmente tem seu pico de apresentação em torno de 48-72 horas após o exame contrastado. Não há um tratamento específico para esta patologia, porém existem métodos preventivos eficazes. **OBJETIVOS:** O objetivo primário é avaliar a incidência de NIC em pacientes admitidos por síndrome coronariana aguda e submetidos ao cateterismo, os objetivos secundários são avaliar os principais fatores de risco associados em nossa população e o uso das medidas preventivas. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional, seccional e retrospectivo. Foi realizado no setor de Cardiologia do Hospital Agamenon Magalhães. **RESULTADOS:** Foram avaliados os prontuários de 80 pacientes, 13,75% dos pacientes apresentam NIC pela definição clássica de IRA. A incidência de NIC foi de 27,5% ao se utilizar os critérios da AKIN. Os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica tiveram uma maior elevação da creatinina sérica em relação à linha de base (média de 0,23mg/dL) em comparação aos pacientes não hipertensos. Aqueles que tinham níveis de pressão arterial sistólica mais elevados, também tiveram maiores elevações da creatinina sérica. Pacientes que apresentaram insuficiência ventricular esquerda (IVE) tiveram maior elevação da creatinina sérica quando comparados aos que não apresentaram IVE. Com relação aos níveis de hemoglobina, quanto menor o nível de hemoglobina, maior foi a elevação de creatinina sérica, com significância estatística importante (p=0,007). Pacientes com alto risco para desenvolver NIC, apresentaram aumento médio da creatinina sérica significativamente maior que os demais pacientes (0,25mg/dL vs 0,02mg/dL, p=0,04).**CONCLUSÃO:** As incidências de NIC foram de 13,7%, ao se utilizar os critérios tradicionais de IRA, e 27,5%, ao se utilizar os critérios de AKIN. Pacientes que tinham idade avançada, diabéticos, creatinina sérica de base >1,2mg/dL, que apresentaram IVE ou tinham menores níveis de hemoglobina apresentaram um maior incidência de NIC.

Descritores: Nefropatia induzida por contraste. Cateterismo cardíaco. Insuficiência renal aguda.

46582

A análise comparativa através da quantificação digital (QCA) de laudos de cateterismo cardíaco do laboratório hemodinâmica do Hospital Agamenon Magalhães

JOSÉ BRENO DE SOUZA NETO, PATRICIA ALMEIDA DE LIRA SANTOS, MARCUS VINICIUS DANTAS DA NOBREGA, MARIANA DE LIMA GUERRA, GABRIELA MARQUES PEREIRA DE ALENCAR, TALES VINICIUS SILVA MARTINS, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE, MARCOS DE OLIVEIRA GUSMÃO E MARIA DA GLORIA AURELIANO MELO

Hospital Agamenom Magalhães - HAM, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A redução luminal do diâmetro transversal das artérias coronárias pode ser estimado através da inspeção visual da coluna de contraste ou pelo lumenograma angiográfico. A Angiografia coronária quantitativa (QCA), além da avaliação anatômica da placa, pode ser aplicada para documentar o sucesso angiográfico. A maior vantagem de angiografia coronária quantitativa é a sua liberdade teórica de influências observadoras e viéses, assim, minimizando significativamente a variabilidade intra-observador e interobservador. Variação essa que no diâmetro de artérias com estenose muito severa pode variar próximo de 30%. **Objetivo:** avaliar a acurácia do método subjetivo (análise clínica - visual) das obstruções coronárias considerando o QCA como padrão-ouro através de laudos de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco no laboratório de hemodinâmica do Hospital Agamenon Magalhães. **Métodos:** Esta pesquisa foi um estudo observacional, retrospectivo, de base hospitalar, através do levantamento de laudos de cateterismos cardíacos realizados no mês de julho 2014. **Resultados:** A amostra em questão contabilizou um total de 35 laudos de cateterismo cardíaco, dos quais 16 (45,7%) eram mulheres e 19 (54,3%) homens, a idade variou entre 46 e 96 anos com média 66 anos±10,9. Em relação ao padrão de acometimento arterial, 35,3% eram triarterial, 20,6% biarterial e 44,1% uniarterial. A DA esteve envolvida em 79,5%, Cx 58,9% e CD 52,9%. A ventriculografia foi realizada em 50% dos cateterismo provavelmente para diminuir seu uso ou por tempo extendido do procedimento. Na presença de déficit segmentar a ventriculografia foi de 68,7%. As artérias submetidas a análise pelo QCA foram, percentualmente: Cx 25,7%, CD 28,5% e DA 45,8%. Os métodos foram discordantes em 8 casos, 7 deles a análise subjetiva foi superestimada em relação ao QCA e em apenas 1 caso o método padrão-ouro foi subestimado. **Conclusão:** Este estudo traz uma informação já conhecida de estudos prévios, entretanto nesta amostra, a discordância entre ambos os métodos ocorreu ao acaso. A acurácia do método subjetivo foi considerada baixa, uma vez que concordou em 80% dos exames.

46583

Avalição da caquexia cardíaca de acordo com dois métodos diagnósticos

ERIKA MARIA SANTOS DA SILVA, NATALIA FERNANDES DOS SANTOS, ANA JÉSSICA PACHECO FERRO, ROBERTA MARIA LINS MENDES, ANDRÉIA DA SILVA PASSOS, ELINDICE MARIA DOS PRAZERES ALMEIDA E CLAUDIA PORTO SABINO PINHO

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavare, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença caracterizada por disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas e teciduais. A caquexia cardíaca é uma condição grave que afeta pacientes com IC, constituindo uma síndrome metabólica e neuroendócrina marcada por estado inflamatório, associada frequentemente a um pior prognóstico e desfechos adversos. **OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de caquexia cardíaca de acordo com dois métodos diagnósticos em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca. **MÉTODOS:** Estudo transversal realizado em hospital cardiológico, envolvendo pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico de IC, hospitalizados no período de abril a agosto de 2015. Foram excluídos pacientes com idade <18 anos, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, com ascite, anasarca, amputação de membros inferiores e superiores, gestantes, doença hepática, hipo ou hipertireoidismo, neoplasias, vivendo com HIV, doença renal em tratamento dialítico. Para o diagnóstico da caquexia foram utilizados os critérios propostos pelo Consenso de Caquexia (2008) e para fins comparativos utilizou-se o critério diagnóstico proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) que considera como diagnóstico da caquexia a presença de perda de peso ≥6% em no mínimo seis meses. O Consenso da Sociedade de Caquexia (2008) utiliza para o diagnóstico da caquexia como critério a perda de peso ≥5% do peso usual em 12 meses ou Índice de Massa Corpórea (IMC) <20Kg/m², que deverão está associados a no mínimo três critérios: diminuição da força muscular, fadiga, anorexia, baixo índice de massa muscular, e/ou alterações bioquímicas, como a inflamação, anemia ou hipoalbuminemia. O estudo teve aprovação ética sob o número do protocolo 980.472/2015. **RESULTADOS:** Foram avaliados 156 indivíduos, com média de idade de 59,1(±15,3) anos e distribuição homogênea entre os sexos. Utilizando o critério do Consenso para o diagnóstico de Caquexia (2008) foi identificada uma prevalência de 37,2% de caquexia, enquanto que a prevalência segundo o critério da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) foi de 49,3% (Kappa=0,401). **CONCLUSÃO:** Foi observada uma elevada prevalência de caquexia cardíaca nos pacientes avaliados, segundo os dois critérios diagnósticos. Uma concordância moderada foi observada entre os métodos.

46584

Níveis séricos de vitamina D em pacientes diabéticos: um estudo caso controle

ERIKA MARIA SANTOS DA SILVA, ANDRÉIA DA SILVA PASSOS, ELINDICE MARIA DOS PRAZERES ALMEIDA, THAIS ADRIANA DA SILVA, IZABELA DOS SANTOS PEREIRA, NATALIA DE MORAES SANTANA, ISA GALVAO RODRIGUES E CLAUDIA PORTO SABINO PINHO

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavare, Recife, PR, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Além de sua ação clássica na regulação do metabolismo do cálcio e fósforo, a vitamina D está envolvida em diversos processos celulares vitais como: diferenciação e proliferação celular, secreção hormonal e atuação no sistema imune. Por esse motivo, a hipovitaminose D está associada a inúmeras consequências para diferentes sistemas fisiológicos. Tem sido sugerido que a deficiência de vitamina D prejudica a secreção de insulina pelas células beta pancreáticas e aumenta a resistência à insulina, principais fatores envolvidos na patogênese do diabetes mellitus tipo 2. **OBJETIVO:** Analisar comparativamente os níveis séricos de vitamina D em pacientes diabéticos e não diabéticos. **MÉTODOS:** Estudo caso-controle, envolvendo pacientes atendidos ambulatoriamente em hospital cardiológico. Os pacientes diabéticos foram captados do ambulatório de nutrição, sendo incluídos os pacientes com diagnóstico da doença previamente estabelecido e em uso de terapia medicamentosa ou insulínica para controle glicêmico. Foi selecionado um controle para cada caso, do mesmo ambulatório, sendo incluídos pacientes normoglicêmicos (glicemia de jejum<100mg/dL), pareados aos casos por idade, sexo e índice de massa corpórea (IMC). Os níveis séricos de 25(OH)D foram dosados e classificados de acordo com os valores propostos pela Endocrine Society (US) que considera como deficiência, valores ≤ 20 ng/ml, insuficiência, valores entre 21-29 ng/ml e suficiência, valores ≥ 30 ng/ml. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (protocolo 1.251.316/2015). Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 13.0, considerando-se significativo valor de p<0,05. **RESULTADOS:** Depois de eliminadas as perdas, foram incluídos 28 pacientes diabéticos e 32 pacientes sem a doença. A média de idade dos pacientes diabéticos (64,4±7,8 anos) foi similar aos controles (62,6±8,6 anos) (p=0,346), assim como a média do IMC: 28,5±5,6kg/m² nos diabéticos e 28,5±4,8kg/m² nos controles (p=0,967). A prevalência de deficiência e insuficiência da vitamina D foi 13,3% e 33,3%. Os níveis séricos de vitamina D foram similares nos casos (31,2±11,0ng/ml) e controles (39,2±24,0ng/ml) (p=0,102). A proporção de pacientes com deficiência de vitamina D também foi similar nos grupos (p=0,112). **CONCLUSÃO:** Quase metade da amostra apresentou status de deficiência ou insuficiência de vitamina D. Não houve diferença entre os níveis séricos de vitamina D em pacientes diabéticos e não diabéticos.

46585

Dextrocardia com situs solitus - relato de caso

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A dextrocardia é uma malformação embriológica que se caracteriza pelo deslocamento do eixo maior do coração para o lado direito do tórax com reversão da inclinação apical. A incidência de dextrocardia com situs solitus é de 1:300.000 nativivos e 1:900.000 na população adulta. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 3 meses e 12 dias, nascido de parto cesáreo e evoluindo com cianose. À época recebeu diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatia complexa, necessitando de prostaglandina venosa contínua até hoje. Foi realizada dissecção venosa axilar esquerda, necessitou de três transfusões sanguíneas durante o procedimento. Atualmente permanece internado com febre persistente, queda do estado geral e proteína C reativa elevada, sendo iniciado Amicacina® e Oxaciclina®, perfazendo 5 dias de antibióticos. Foi realizado Ecodopplercardiograma que identificou dextrocardia com situs solitus, conexão atrioventricular discordante, conexão ventrículo-atrial anormal tipo via de saída única aórtica do ventrículo direito, atresia pumonar, insuficiência aórtica leve, ampla comunicação interventricular e forame oval patente. Além disso, Ecocardiograma Transtorácico mostrou permanência do canal arterial. Foi realizada, então, a correção cirúrgica, porém não houve fechamento do canal arterial. Paciente evoluiu com diurese limítrofe, ficando edemaciado. Foi iniciada Furosemida®, com melhora da diurese e do edema. Quatro dias depois recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas e hemodinâmicas. Após dois dias foi readmitido por queda de saturação e irritabilidade. Apresentou um pico febril e, posteriormente, seria submetido a cateterismo cardíaco para colocação de stent em canal arterial, porém o procedimento não foi realizado por dificuldades anatômicas da criança. Após 48 horas foi submetido a reoperação para substituição de stent. Em pós-operatório imediato evoluiu com sangramento pelo dreno, acidose metabólica e redução de diurese, em anasarca. Feito Plasma Fresco Congelado uma vez, Protamina® e Furosemida®, evoluindo com regressão de edema e estabilidade hemodinâmica, recebendo alta hospitalar vinte dias depois. **Conclusões:** O diagnóstico de dextrocardia deve ser realizado pelo exame físico ou de imagem. O reconhecimento dessa anormalidade deve ocorrer precocemente, pois geralmente está acompanhada, como no presente caso, de outras alterações cardíacas. Apesar de tecnicamente difícil, a dextrocardia é passível de correção cirúrgica.

46586

Drenagem anômala total das veias pulmonares – relato de caso

HYGOR DUARTE DE LEMOS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, NICEAS ALVES FERREIRA NETO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico Professor Luiz Tavares - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares (DATVVPP) corresponde a cerca de 2,0% das cardiopatias congênitas e se acompanha de comunicação interatrial praticamente obrigatória. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 3 meses, 3,1 Kg, encaminhada ao serviço após história de infecção de via aérea superior de repetição, com tosse, secreção e dispnéia há 8 dias. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, anictérica, acianótica, afebril ao toque, hidratada, hipocorada (+/4+), pulsos normais. Aos exames cardiovascular e pulmonar: murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios, ritmo cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico em borda esternal esquerda alta, rude e ejetivo (4+/6+). No Ecocardiograma de admissão foi detectada drenagem anômala total de veias pulmonares em veia cava superior, dilatação importante das câmaras direitas, hipertrofia ventricular direita importante, insuficiência tricúspide de grau leve. Na Tomografia Computadorizada do tórax foi evidenciada DATVVPP, em uma veia vertical que desemboca na braquiocefálica e esta, em veia cava superior. Durante período pré-operatório, apresentou quadro de diarréia, com 3 evacuações por dia, de coloração amarelada com alguns grumos. O procedimento cirúrgico de correção da DATVVPP e plastia de valva pulmonar ocorreu sem intercorrências. Ao exame físico no primeiro dia pós-operatório, apresentou estado geral comprometido, acianótica, hipocorada (2+/4+) e quadro de desidratação. O exame cardiovascular evidenciou ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sopro sistólico (2+/6+) em borda esternal esquerda e atrito pericárdico. Radiografia de tórax realizado no nono dia pós-operatório evidenciou condensação em ápice de hemitorax direito, com roncos na ausculta dessa região. Novo Ecocardiograma demonstrou anastomose da veia pulmonar comum e átrio esquerdo com fluxo laminar, disfunção sistólica leve do ventrículo direito e mínima comunicação interatrial Ostium Secundum. Após 18 dias na Unidade de Terapia Intensiva pós-operatória, foi readmitida na enfermaria pediátrica, onde evoluiu com melhora do estado geral até o dia da alta. **Conclusões:** A Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares é raramente detectada na vida adulta, pois, como relatado no presente caso, quase sempre essa cardiopatia congênita requer tratamento cirúrgico no período neonatal.

46587

Hipertensão arterial pulmonar idiopática em paciente com o vírus da imunodeficiência humana – relato de caso

HYGOR DUARTE DE LEMOS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, NICEAS ALVES FERREIRA NETO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico Professor Luiz Tavares - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: O uso da terapia antirretroviral (TARV) aumentou a expectativa de vida de pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Com a sobrevida prolongada e melhor controle da suscetibilidade infecciosa, complicações vasculares têm emergido como uma fonte significativa de morbimortalidade nesses pacientes. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 45 anos, soropositiva sem Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em TARV chega à Emergência Cardiológica com quadro de edema progressivo de membros inferiores há dois meses, estando ao nível dos joelhos na admissão. Paciente nega variação do edema no decorrer do dia, bem como ao acordar. Refere surgimento, no mesmo período, de edema abdominal e dispneia há uma semana. Em uso de Hidroclorotiazida 25 mg, após diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Nega Doença Arterial Coronariana, diabetes mellitus, asma, tabagismo, etilismo, e apresenta epidemiologia negativa para esquistossomose. O Eletrocardiograma de admissão evidenciou taquicardia sinusal, desvio de eixo à direita e bloqueio incompleto de ramo direito. Também foi realizado Ecocardiograma Transtorácico, que mostrou câmaras direitas dilatadas, insuficiência tricúspide importante, hipertensão arterial pulmonar grave e artéria pulmonar dilatada, além de leve derrame pericárdico. Não foram constatadas anormalidades nas câmaras esquerdas. Já a Tomografia Computadorizada do tórax mostrou derrame pleural à direita, área cardíaca aumentada (também observada em Radiografia ântero-posterior de tórax), opacidades em vidro fosco, com consolidação em lobo pulmonar superior esquerdo. Não foram observados sinais de tromboembolismo pulmonar. O procedimento também foi evidenciou aumento hepático, assim como do calibre da veia cava inferior intra-hepática, sendo solicitada Ultrassonografia de abdome total, que comprovou a hepatomegalia. Após o estabelecimento do diagnóstico de Hipertensão Arterial Pulmonar, a paciente foi liberada para acompanhamento ambulatorial em uso de Sildenafil® e Obensatana®. **Conclusões:** A Hipertensão Arterial Pulmonar predispõe a várias disfunções, primeiramente limitadas ao sistema cardiopulmonar, e posteriormente atinge outros sistemas, constituindo importante fator para diminuição da expectativa de vida do paciente. Quando a HAP ocorre em pacientes soropositivos, o prognóstico pode ser ainda mais reservado caso o diagnóstico não seja estabelecido precocemente.

46588

Dissecção de aorta e endocardites infecciosas de repetição em paciente com síndrome de Marfan – relato de caso

HYGOR DUARTE DE LEMOS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, MIRELLA VALENCA MOTA VIANNA E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico Professor Luiz Tavares - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A síndrome de Marfan (SMF) é uma desordem pouco frequente do tecido conjuntivo. A prevalência é de 1/10.000 habitantes na população geral. Engloba alterações nos sistemas musculoesquelético, cardiovascular, oftalmológico e nervoso central. O diagnóstico segue os padrões internacionais de Ghent. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, diagnosticado com SMF há 4 anos. No mesmo período, apresentou dissecção de Aorta tipo A e Insuficiência Aórtica grave, corrigidos através de cirurgia de Bentall. Desta vez, chegou ao serviço de Emergência Cardiológica referindo dor em região interescapular ao movimentar membro superior esquerdo. Paciente hipertenso, com história familiar de SMF (irmã, mãe, tia e tio maternos). Constatou-se, através de Tomografia Computadorizada, dissecção de Aorta tipo B e aneurisma de crossa. O Ecocardiograma Transesofágico mostrou pequena imagem hipoecóica não fistulizada na região mitro-aórtica, dissecção da aorta abdominal, insuficiência mitral moderada, ventrículo esquerdo com cavidade aumentada de grau importante e disfunção sistólica importante. Após uma semana, foi submetido à cirurgia de correção com três endopróteses e reimplante de vasos da base em tubo de Dracon. Paciente evoluiu com quadro compatível com Endocardite Infecciosa (EI). Relatou três episódios prévios de EI ocasionados após cistostomia. Ao exame físico pós-operatório, apresentava-se com estado geral regular, consciente, orientado, normocorado, acianótico, ausência de edemas. O exame cardiovascular evidenciou presença de sopro sistólico em foco aórtico (3+/6+), com irradiação para borda esternal esquerda e foco mitral, além de hiperfonese de B2. Ictus cordis de ventrículo esquerdo presente no quinto espaço intercostal a 2 cm da linha hemiclavicular esquerda, medindo em torno 5 cm, difuso e propulsivo, Paciente apresentava características importantes da SMF, como dolicocefalia, palato alto e arqueado, pés planos e deformidade torácida (pectus). **Conclusão:** A Síndrome de Marfan é uma entidade de baixa prevalência na população em geral, de caráter genético e hereditário, que está associada a importantes sequelas cardiovasculares, como a dissecção aguda de aorta. A presença de comorbidades tais como a endocardite infecciosa, pode ser associada a uma maior morbimortalidade nesses pacientes.

46589

Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo em paciente com ventrículo único tipo direito - relato de caso

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: O termo síndrome da hipoplasia do coração esquerdo (SHCE) foi introduzido por Noonan e Nodas para descrever as características morfológicas das atresias mitral e aórtica combinadas. No entanto esse conceito pode ser ampliado para os casos em que a atresia das valvas mitral e aórtica, associada ao hipodesenvolvimento do ventrículo esquerdo, incapacite essa câmara de manter a circulação sistêmica. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 13 dias de vida, nascido de parto cesáreo por pré-eclâmpsia leve e bradicardia fetal com apresentação cefálica, a termo. Apresentou sepse neonatal precoce, que foi tratada, decorrente de infecção urinária materna. Com 24 horas de vida foi diagnosticado com sopro sistólico (2+/6+) em todos os focos cardíacos, sem cianose associada. Às 48 horas de vida foi realizado Ecocardiograma que identificou SHCE, ventrículo único tipo direito, via de saída pulmonar única, não visualização de valva aórtica, canal arterial pérvio, comunicação interatrial e estreitamento do arco aórtico. O paciente, então, foi submetido a procedimento híbrido, caracterizado por cerclagem dos ramos pulmonares e implante de stent no canal arterial. Após estabilização em Unidade de Terapia Intensiva foi transferido para enfermaria estável clínica e hemodinamicamente, com dieta via sonda nasoentérica (SNE). Ao ser percebido ausência de sucção, a fonoaudiologia foi consultada, comprovando o achado. Paciente recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, apresentando bom padrão respiratório e encaminhado para acompanhamento pediátrico, pois depende de SNE para alimentação. **Conclusões:** A síndrome da hipoplasia do coração esquerdo é uma cardiopatia congênita severa com prognóstico restrito se não diagnosticada precocemente. Para isso o Ecocardiograma Transesofágico, como observado no presente caso, assume papel essencial, pois a estenose aórtica pode mimetizar o quadro clínico dessa síndrome.

46590

Tratamento de tetralogia de Fallot em paciente de um ano e três meses com síndrome de Edwards - relato de caso

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Edwards (SE), caracterizada pela trissomia do cromossomo 18, é uma entidade pouco frequente, com incidência de 1/8.000 nativivos. Há maior incidência no sexo feminino. Cerca de 95% dos embriões portadores dessa trissomia evoluem para aborto espontâneo. Dos que chegam ao nascimento, 97% morrem logo na primeira semana. Além dos achados neurológicos, podem ocorrer cardiopatias congênitas, como a Tetralogia de Fallot. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 1 ano e 3 meses, 6,3 kg, apresentou episódio de hipertonia dos 4 membros e versão ocular para cima. Genitora relata que antes da hipertonia a paciente fez barulho de choro fraco com duração maior do que em episódios anteriores. Ao exame neurológico a paciente mostrou-se alerta e com bom contato visual. Apresentava fácies sindrômica (aumento de diâmetro ântero-posterior do crânio com occipital proeminente, fendas oculares oblíquas, implantação auricular baixa e micrognatia). Paciente apresentava-se em estado geral regular, hipocorada (1+/4+), cianótica (1+/4+), precórdio ativo com impulsão e sopro sistólico (3+/6+) em borda esternal esquerda. Em seguida foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. O Eletrocardiograma de admissão mostrou ritmo sinusal, desvio de eixo para direita e sobrecarga de ventrículo direito. Observou-se em radiografia de tórax cardiomegalia à custa de ventrículo direito (VD) e vascularização pulmonar reduzida. O Ecocardiograma Transtorácico mostrou hipertrofia de VD, comunicação interventricular, forame oval patente e artéria aorta cavalgando 40% do septo interventricular. Todos esses achados caracterizam a tetralogia de Fallot. Como a paciente já havia ultrapassado o 1º ano de vida e superado os 90% dos pacientes com SE que morrem nos primeiros 12 meses, após amplo debate entre vários médicos, decidiu-se pelo tratamento da tetralogia. Após a cirurgia a paciente evoluiu clinicamente bem e recebeu alta após 30 dias de acompanhamento pós-operatório. **Conclusões:** A confirmação do diagnóstico clínico da Síndrome de Edwards depende do estudo cromossômico. A intervenção cirúrgica para correção completa da Tetralogia de Fallot pode ser uma boa opção para os pacientes que superarem o primeiro ano de vida.

46591

Defeito do septo atrioventricular tipo A de Rastelli e ostium secundum em paciente com síndrome de Down - relato de caso

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, CAMILA SOARES NEVES E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: Cerca de 40% das crianças que possuem síndrome de Down desenvolvem uma cardiopatia congênita, como o Defeito do Septo Atrioventricular Total (DSAVT). Esta doença constitui uma das cardiopatias congênitas acianogênicas de hiperfluxo pulmonar. No DSAV de forma total (tipo A de Rastelli), como no presente caso, há presença de comunicação interatrial, comunicação interventricular e válvula atrioventricular única com ruptura da valva mitral e o característico desenvolvimento dos ventrículos. **Relato de caso:** Paciente feminina, 3 meses, 3,8kg, portadora de Síndrome de Down com DSAVT, apresenta dispnéia importante desde o nascimento. Medicada com Furosemida®, Digoxina® e Captopril®. Ao exame clínico apresenta estado geral regular, emagrecida, hipocorada (1+/4+), taquidispinéica (3+/6+), fígado pulsátil (a 2,5 cm do apêndice xifóide e rebordo costal direito), pulsos normais, sopro sistólico (3+/6+) em borda esternal esquerda baixa. Ecocardiograma Transtorácico de admissão constatou anormalidades compatíveis com DASVT com comunicações interatriais - Ostium primum (4 mm de diâmetro) e Ostium secundum, todos com shunt esquerdo-direito e com câmaras aumentadas e dois jatos regurgitantes para a válvula atrioventricular única, além de hiperfluxo pulmonar e presença de discreto derrame pericárdico relacionado ao átrio direito. Na Radiografia de tórax ântero-posterior foi constatado hiperfluxo pulmonar e congestão. Então, foi encaminhada para correção cirúrgica, após a qual evoluiu em boas condições clínicas. Na avaliação cardiovascular apresentou precórdio sem abaulamentos, ictus calmo, ruído cardíaco regular em dois tempos, com sopro sistólico (2+/4+) em borda esternal esquerda alta. Murmúrio vesicular presente em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios. Pulsos palpáveis e simétricos, recebendo alta 15 dias após. **Conclusões:** A única forma de corrigir o Defeito do Septo Atrioventricular Total é por via cirúrgica, que deve ser realizada de preferência entre os 3 e 12 meses de idade, como ocorreu no presente caso. O procedimento não deve ser adiado devido ao risco de ocorrência de doença vascular oclusiva pulmonar.

46592

Estenose pulmonar em paciente adulta com síndrome de Noonan - relato de caso

LUANA DE SOUSA LIMA REBOUCAS, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Noonan é uma desordem genética cuja incidência varia entre 1/1000 e 1/2500 nativivos, sem predileção por sexo e com apresentação física variável. Dentre os acometimentos cardiovasculares pode ocorrer estenose pulmonar, miocardiopatia hipertrófica, malformações do septo atrial, defeitos no septo ventricular. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 29 anos, com Síndrome de Noonan diagnosticada aos 13 anos de idade. Encaminhada à Emergência Cardiológica após permanecer 15 dias internada e apresentar exacerbação de dispneia e dor torácica após quadro infeccioso de pneumonia. No momento da admissão apresentava-se anorexa, com perda ponderal de 11 kg nos últimos 30 dias, dispneia aos pequenos esforços, com piora ao decúbito, e dor torácica em aperto. Em uso de carvedilol, furosemida, digoxina, espirolactona, omeprazol, levotiroxina e clexane. Ao exame clínico apresentou-se em estado geral regular, consciente, orientada, fácies caracterizada por hipertelorismo, ponte nasal baixa e implantação baixa de orelhas, icterícia (2+/4+), dispnéia (3+/4+), edema de membros inferiores e hipocratismo digital. Tórax escavado, com ilpulsão de meso e ritmo cardíaco irregular em dois tempos, com presença de sopro sistólico em bordo esternal esquerdo, sem irradiação. Paciente hipertensa, com fibrilação atrial, hipotireoidismo e história de Acidente Vascular-Encefálico hemorrágico. Foi realizada plastia de valva pulmonar com ampliação de via de saída do ventrículo direito há 7 anos. O Eletrocardiograma de admissão mostrou fibrilação atrial, sobrecarga ventricular direita e eixo desviado à direita, sugerindo hipertrofia de ventrículo direito, posteriormente confirmada por Ecocardiografia Transtorácica. Já a Tomografia Computadorizada mostrou aumento de área cardíaca com importante estenose pulmonar (Figura 1). Paciente encaminhada para cirurgia, realizando-se ampliação de via de saída de ventrículo direito com fechamento das comunicações interatrias. Evoluiu clinicamente bem e sem complicações, sendo liberada para acompanhamento ambulatorial após 20 dias. **Conclusões:** Cerca de um terço dos pacientes adultos com síndrome de Noonan com estenose pulmonar precisam se submeter a uma cirurgia de correção, pois geralmente apresentam intolerância ao exercício e disfunção de ventrículo direito, como no presente caso.

46593

Forame oval patente como causa de hipoxemia refratária em paciente com infarto de ventrículo direito

MILENA A M BONAFE, EDUARDO C L SANTOS, GEORGE A F C A LIMA, ANDRE G S LIMA E LEONARDO G M MOTTA

Hospital Pelópidas Silveira, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente que sofreu infarto de ventrículo direito e evoluiu com hipoxemia refratária a despeito do emprego da terapêutica adequada no tratamento do diagnóstico primário.

Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão da literatura.

Discussão: Forame oval patente é uma lesão cardíaca congênita que com frequência persiste na vida adulta – em cerca de 20 a 25% da população geral. Embora a grande parte dos pacientes com FOP seja assintomático, muitas manifestações podem estar atreladas à existência dessa patologia, tais como: embolia paradoxal, acidentes vasculares encefálicos criptogênicos, Síndrome de Platipnéia-Orteodóxia etc. Considerando cada situação específica, as seguintes técnicas: ecocardiografia transtorácica, transesofágica e tridimensional, com utilização da modalidade Doppler, além de outras, podem ser empregadas para estabelecer o diagnostico. A relevância do relato desse caso clínico compete ao fato de o FOP, que é bastante prevalente na população geral, poder se revelar em contextos clínicos que ameacem a vida do paciente, como o desenvolvimento de um shunt direita-esquerda com manifestação de hipoxemia persistente em uma paciente que se recupera de um infarto do miocárdio do ventrículo direito.

Considerações finais: O caso relatado e as publicações levantam discussões sobre o forame oval patente (FOP) desde o diagnóstico às manifestações clínicas e às modalidades terapêuticas, se necessárias.

Descritores: forame oval patente, infarto do miocárdio, shunt, relato de caso

46594

Valva aórtica unicúspide em paciente adulto com coarctação de aorta: é possível? - relato de caso

GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS, NICEAS ALVES FERREIRA NETO E DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A válvula aórtica bicúspide é a anomalia congênita mais comum, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a outras malformações cardíacas congênitas. Sua prevalência é estimada em 0,5 a 2,0% na população geral, predominando em sexo masculino, na proporção de 2:1, de apresentação esporádica ou familiar, comumente associada a outras anomalias cardíacas congênitas. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 34 anos, chega ao serviço dispneico, relatando episódios recorrentes de vômitos, hipocorado (2+/4+), ictus propulsivo e desviado à esquerda, impulso de meso e sopro sistólico em bordo esternal esquerdo baixo, com irradiação para mamilo esquerdo. Apresentava também edema de membros inferiores (MMII) (2+/4+) e creptos finos em bases, além de dor à palpação abdominal profunda. O Eletrocardiograma de admissão revelou taquicardia sinusal com complexos atriais prematuros com condução aberrante, aumento de átrio esquerdo e bloqueio de ramo direito. Tomografias Computadorizadas (TCs) de tórax e abdome mostraram redução de calibre de aorta torácica, compatível com coarctação de aorta, múltiplos vasos emergindo abaixo do plano da coarctação, em direção às regiões paravertebrais, calcificações na projeção do folheto valvar aórtico e aumento de área cardíaca às custas de ventrículo esquerdo, além de aumento de calibre de aorta abdominal e derrame pleural à direita. Ecocardiograma Transtorácico comprovou os achados da TC de tórax, mostrando hipertensão arterial pulmonar importante e área valvar aórtica em torno de 0,3 cm2 (área normal= 3 a 4 cm2), compatível com estenose aórtica grave e presença de valva aórtica unicúspide. Paciente foi direcionado para a cirurgia a fim de realizar substituição valvar. Diagnóstico intraoperatório foi de valva aórtica bicúspide. Após a correção, foi acompanhado em enfermaria por 25 dias, sendo posteriormente liberado para acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** Em pacientes portadores de Valva Aórtica Bicúspide, o diagnóstico precoce e o seguimento regular são mandatórios. Apesar de se tratar de uma cardiopatia congênita, as manifestações clínicas podem aparecer tardiamente, como no presente caso, já associada a diversas outras comorbidades.

46597

Endomiocardiofibrose causada por leucemia eosinofilica crônica. Apresentação de caso

ANNA P L MELO, MARCOS J G MAGALHÃES E GEÓRGIA M DANTAS

IMIP, recife, PE, BRASIL.

Introdução: Endomiocardiofibrose (EMF) é uma doença caracterizada por fibrose do endocárdio apical e miocardio adjacente dos ventriculos direito e/ou esquerdo acometendo principalmente a via de entrada dos ventriculos. Pode acometer os musculos papilares levando a insuficiencia das valvulas atrioventriculares e insuficiência cardíaca. Acredita-se que endomiocardiofibrose seja a forma mais comum de cardiomiopatia restritiva em todo o mundo. É uma doença prevalente em regióes tropicais. A etiologia ainda é desconhecida mas algumas teorias tentam explicar parasitarias, ambientais, imunologicas com especial envolvimento dos eosinófilos em sua patogenia. Nos países não tropicais destacam-se causas mais raras como a Churg-Strauss e sindrome hipereosinofilica particurlamente leucemia eosinofilica cronica associado a FIP1L1- FIP1L1 PDGRFA. Relataremos um caso de um paciente com acometimento cardiaco importante causado por leucemia eosinofilica crónica.
Relato de caso: J.J.S 36 anos. Foi admitido com historia de tosse seca há 5 meses e dispneia aos moderados esforços há 40 dias. Ausculta cardiaca apresentava sopro sistolico em foco mitral (3+/ 6+).
Realizou exames laboratoriais, hemograma que apresentava Leucograma com eosinofilos totais de 10.908u/L.
Realizou ecocardiograma que evidenciou aumento de atrio esquerdo importante, ventriculo direito apresentando hipocontratilidade difusa, com presença de imagem ecogenica ocupando todo o apice.
Valva mitral com retração da cuspide posterior com refluxo importante e valva tricuspide apresentando refluxo moderado. Ressonancia cardíaca apresentava fibrose biventricular e do aparelho valvar mitral. Biopsia de medula óssea confirmou leucemia eosinofilica cronica. Positivo para o rearranjo FIP1L1- FIP1L1 PDGRFA.
Paciente iniciou furosemida para os sintomas de congestão e prednisona para controle de hipereosinofilia. Não apresentou melhora clinica ficando dependente de dobutamina. Optado por troca de valvula mitral e tricuspide por bioproteses e ressecção da fibrose relacionada a parede septas e parede livre do ventriculo direito, paciente evoluiu com BAVT no pós operatorio com colocação de marcapasso. Iniciou tratamento com imatinibe e encontra-se em acompanhamento ambulatorial estavel clinicamente.
Conclusão: Em nosso meio a etiologia da endomiocardiofibrose está mais relacionada a precárias condições sociais e ambientais. Descrevemos neste caso outra causa que deve entrar no diagnóstico diferencial.

46598

Perfil das Estatísticas de Saúde da Insuficiência Cardíaca segundo faixa etária: análise de Pernambuco frente ao cenário nacional

CAMILA SARTESCHI, SILVIA MARINHO MARTINS, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, MARIA CELITA DE ALMEIDA, SERGIO TAVARES MONTENEGRO E PAULO SERGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Grupo IC Realcor/Procardio , RECIFE, PE, BRASIL - Real Hospital Portugues - RHP, RECIFE, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é uma doença crônica limitante, com grave evolução. Considerada um problema de saúde pública associada a elevados custos e crescente mortalidade no SUS. **OBJETIVO:** Analisar o comportamento da mortalidade, do custo e do tempo de permanência hospitalar de pacientes internados com ICD segundo faixa etária em Pernambuco (PE) frente ao cenário nacional. **MÉTODOS:** A ICD foi definida segundo a CID10. As estatísticas levantadas foram: taxa de mortalidade, média de permanência e valor médio do internamento. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS/ DATASUS de 2008 a 2015 e estratificados por faixa etária. **RESULTADO:** No período analisado verifica-se que no Brasil (BR) houve elevação em torno de 38% em todas as faixas etárias do custo hospitalar enquanto que em PE esse aumento foi de 57%. A permanência hospitalar tem aumentado tanto em PE como no BR, sendo os pacientes de 40-49 os que ficam mais tempo no hospital. Os mais idosos (>=80) tem menor permanência e custo, contudo apresentam a maior mortalidade nas 3 localidades (BR, Nordeste (NE) e PE). **CONCLUSÃO:** Os muitos idosos tiveram pior desempenho, maior mortalidade e menor valor gasto na internação. Na comparação de PE com o cenário nacional verificou-se que PE apresenta valores superiores de mortalidade, custo e tempo de internação, em todos os anos analisados. É fundamental ampliar as discussões sobre o tema, com objetivo de melhor compreender esta disparidade e melhorar a performance do Estado de PE.

Taxa de Mortalidade Hospitalar do SUS - 2008 e 2015

LOCAL	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80
PE-2008	9.9	7.8	8.6	10.1	12.9
PE-2015	5.2	7.2	10.7	11.9	18.3
NE-2008	5.9	6.1	6.1	7.1	9.2
NE-2015	6.2	7.6	8.7	10.5	15.0
BR-2008	6.1	6.1	6.9	8.7	11.9
BR-2015	6.7	7.4	8.7	10.8	15.9

46602

Intervenção coronária percutânea em lesão de tronco de coronária esquerda em paciente com alto risco cirúrgico – relato de caso

ELBA A SANTOS, ARTUR V L E SILVA, JOSÉ B S NETO E HEITOR N A A MEDEIROS

Universidade de pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução - A lesão de tronco de coronária esquerda (TCE) é considerada um grande desafio para os cardiologistas da atualidade. A terapia por cirurgia de revascularização miocárdica sempre foi considerada padrão-ouro para o tratamento de lesão de TCE não protegido, optando-se a terapia por intervenção coronária percutânea (ICP) aos casos que se apresente com alto risco cirúrgico. Todavia, com o aumento da experiência e refinamentos nas técnicas da ICP, incluindo a disponibilidade dos stents farmacológicos e a melhora da terapia antiplaquetária dupla, a taxa de complicações como tromboses e reestenoses dos stents diminuiu, mostrando a eficácia do uso da ICP na angioplastia de TCE.
Descrição do caso - Homem, 63 anos, ex-tabagista com diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica e carcinoma hepatocelular metastático para o pulmão. Apresentou dor torácica tipo A. No eletrocardiograma observou-se ritmo sinusal e infra desnivelamento do segmento ST em DI, aVL e V3-V6, com marcadores de necrose miocárdica elevados. O diagnóstico estabelecido foi de infarto agudo do miocárdio e o paciente foi submetido ao cateterismo cardíaco que evidenciou: lesão severa de TCE de óstio e 1/3 proximal; artéria descendente anterior (ADA) ocluída no 1/3 médio; presença de circulação colateral da coronária direita para a coronária esquerda; artéria intermédia com lesão severa proximal. Durante o procedimento o paciente apresentou fibrilação atrial em alta resposta ventricular, com instabilidade hemodinâmica. Devido ao alto risco cirúrgico, foi optado por revascularização percutânea com stents. Realizou-se ICP com implante de stents farmacológico em 1/3 proximal de TCE. Em seguida observou-se comprometimento dos óstios de ADA e artéria coronária circunflexa (ACX) optado por utilizar implante de stents farmacológicos em ambas as lesões pela técnica de MINI CRUSH. Foi realizada cineangiografia de controle que demonstrou stents bem posicionados, sem sinais de dissecção e fluxo distal TIMI 3.
Conclusão - A ICP pode ser realizada em casos específicos de pacientes com instabilidade hemodinâmica e que tenham alto risco cirúrgico, como neoplasia metastática. Nestes casos, angioplastia com implante de stents revestidos pode oferecer vantagens, com menor índice de complicações e possibilidade de melhora do quadro clínico. Evidenciada na atual diretriz brasileira, mostrando classe IIa (evidência nível B).

46604

Distúrbio hipertensivo gestacional está associado a maior risco de hipertensão arterial no climatério?

RAFAEL ALESSANDRO, MOACIR DE NOVAES LIMA FERREIRA, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS, MARIA JOSE BEZERRA GUIMARAES, LAURA OLINDA BREGIEIRO FERNANDES COSTA, ISABELLA CARDOSO PEREIRA, LUIZ CARLOS ALBUQUERQUE FERREIRA, AMANDA EMIGDIO ARRUDA, ALANA FERRAZ DINIZ E GABRIEL ALVES MONTEIRO DE MELO

Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), Recife, PE, BRASIL - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco aterogênico e associa-se de forma importante ao acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência cardíaca diastólica, especialmente em mulheres idosas. Acredita-se que mulheres com antecedentes de distúrbio hipertensivo gestacional (DHG) estão sob maior risco de persistirem com os níveis pressóricos elevados no pós parto. Um melhor entendimento às questões relacionadas ao gênero feminino é fundamental para que estratégias de redução de risco sejam implementadas nessa população específica. Teve-se como objetivo verificar a associação entre história remota de DHG e HAS em população de mulheres a partir do climatério. **Métodos:** Realizou-se um estudo de corte transversal, o qual avaliou 806 mulheres saudáveis, com idade de 45 a 65 anos (média: 54,3±5,3), sem história prévia de doença cardiovascular e que não utilizavam terapia de reposição hormonal. Os dados referentes às características sócio-demográficas, hábitos, sintomas climatéricos e fatores de risco para doenças cardiovasculares foram uniformemente coletados e transcritos para um protocolo de pesquisa. A pressão arterial (PA) foi aferida pela técnica oscilométrica, e utilizou-se esfigmomanômetro digital de medida de PA para braço, braçadeira ajustável à largura do braço, da marca OMROM, Modelo HEM 781INT, certificado pela Sociedade Britânica de HAS. Realizou-se pelo menos três medidas da pressão arterial (PA) em cada mulher, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas medidas considerada a PA do indivíduo. As mulheres que apresentaram PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, ou em uso de hipotensores foram consideradas hipertensas. **Resultados:** De 806 mulheres, 10,4% eram fumantes, 46,3% tinham HAS, 10,4% eram diabéticas, 33,7% obesas, 11,3% apresentavam história remota de DHG e 46,6% tiveram 3 ou mais filhos. Na análise univariada a presença de história remota de DHG foi associada a HAS de forma significativa (p=0,009); OR:1,905; IC95% (1,167-3,108). **Conclusão:** O distúrbio hipertensivo gestacional está associado com hipertensão sistêmica no climatério na população estudada. Esses resultados poderão contribuir e fortalecer a importância da prevenção, na doença cardiovascular da mulher.

46630

Assistência inicial ao infarto agudo do miocárdio no município de Petrolina (PE)

ALANA DE CARVALHO SILVA

Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, PE, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares são apontadas como principal causa de óbitos registrados no Brasil e no mundo. O infarto agudo do miocárdio (IAM), conhecido popularmente como "ataque do coração", apresenta extrema relevância no que refere-se às taxas de mortalidade que compõem as estatísticas. Por tratar-se de um mal súbito, o atendimento pré-hospitalar desempenha um papel essencial, uma vez que o período compreendido entre a manifestação dos primeiros sintomas e o atendimento inicial é imprescindível por constituir um fator crítico de sobrevida. **Objetivo:** Esta pesquisa tem por intuito descrever e analisar a conduta dos habitantes do município de Petrolina (PE) no que tange a assistência inicial a indivíduos com suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM), também avaliando assim o conhecimento da população sobre sinais e sintomas relacionados ao IAM. **Metodologia:** A coleta de dados ocorreu por intermédio de entrevistas realizadas com 1087 habitantes concentrados nos nove bairros mais populosos do município de Petrolina (PE) – José e Maria, João de Deus, Dom Avelar, São Gonçalo, Antônio Cassimiro, COHAB São Francisco, COHAB Massangano, Areia Branca e Jardim Amazonasm respectivamente. **Resultados:** Constatou-se que 639 entrevistados (58,8%) não foram capazes de caracterizar quaisquer sinais ou sintomas associados ao infarto agudo do miocárdio (IAM). Dentre os outros 448 entrevistados (41,2%), quase um quinto destes indicou sinais e sintomas relacionados a outras situações de emergência, tais quais o acidente vascular encefálico (AVE) e a parada cardiorrespiratória (PCR). Verificou-se ainda que 575 dos entrevistados (52, 9%) desconhecem o telefone do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros contatos de utilidade pública (central de polícia e corpo de bombeiros, por exemplo). **Conclusão:** É explícita a falta de informação no que tange os indicadores que possibilitam determinar a condição de infarto agudo do miocárdio (IAM) entre a população da cidade. Infere-se que para promoção de saúde neste aspecto, é imprescindível que o município preconize políticas públicas que incentivem a educação em saúde, viabilizando, deste modo, a prevenção.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; infarto do miocárdio; atendimento inicial; cardiologia.

46631

Desenvolvimento e validação de equação preditiva para estimativa da gordura visceral

ANDRÉIA S PASSOS, CLAUDIA P S PINHO, ERIKA M S SILVA, ELINDICE M P ALMEIDA, ISA G RODRIGUES, ANA P D L LEITE, ALCIDES S DINIZ, ILMA K G ARRUDA E MARINA M V PETRIBÚ

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: O tecido adiposo visceral (TAV) em excesso configura como um fator de risco independente para alterações cardiometabólicas. Ainda se busca um marcador de alta validade para estimar a adiposidade visceral, que seja uma ferramenta simples e de baixo custo, com capacidade para rastrear indivíduos com alto risco de serem visceralmente obesos. **Objetivo:** Desenvolver e validar um modelo preditivo para estimar o volume de TAV a partir da utilização de parâmetros antropométricos. **Métodos:** Estudo metodológico envolvendo indivíduos com excesso de peso atendidos ambulatoriamente em hospital publico referência em cardiologia da cidade de Recife-PE. O TAV foi avaliado por tomografia computadorizada (padrão ouro para sua quantificação) e foram considerados os seguintes parâmetros antropométricos: índice de massa corpórea, circunferência abodminal, razão cintura quadril (RCQ), razão cintura-estatura, diâmetro sagital (DS), índice sagital (IS), índice de conicidade (IC), circunferência do pescoço, razão pescoço-coxa, razão cintura-coxa e índice de adiposidade corporal. O estudo teve aprovação ética sob o número de protocolo 271.400/2013. Os dados foram analisados no pacote estatístico SPSS, versão 13.0. **Resultados:** Foram avaliados 109 indivíduos com média de idade de 50,3±12,2 anos. O IC foi o parâmetro que apresentou maior correlação com o TAV em homens (r=0,73; p<0,001) e o DS foi o que apresentou melhor desempenho entre as mulheres (r=0,55; p<0,001). A equação preditiva desenvolvida para estimativa do TAV em homens foi TAV= -1647,75+ 2,43(circunferência abodminal) +594,74(RCQ) +883,40(IC) (R^2 ajustado: 64,1%). Para as mulheres, o modelo selecionado foi: TAV= - 634,73 +1,49(Idade) +8,34(DS) + 291,51(IC) + 6,92(circunferência do pescoço) (R^2 ajustado: 40,4%). A capacidade preditiva das equações desenvolvidas em relação ao volume de TAV determinado pela tomografia computadorizada foi 66,9% e 46,2% para o sexo masculino e feminino, respectivamente (p<0,001). **Conclusão:** Uma rápida e precisa estimativa de TAV foi obtida utilizando-se apenas a circunferência abodminal, RCQ e IC para homens, e idade, DS, IC e circunferência do pescoço para mulheres. Essas equações podem ser utilizadas como ferramenta para quantificação do TAV na avaliação clínica e epidemiológica em indivíduos com excesso de peso.

46632

Correlação da dispersão do Qt com variáveis clínicas, ecocardiográficas e angiográficas de pacientes com síndrome coronariana aguda atendidos no Hospital Agamenon Magalhães (2015)

JANNINE M P B C ANDRADE, MARIANA L GUERRA, HEIDER A S FERREIRA, PATRICIA A L SANTOS, GABRIELA M P ALENCAR, TALES V S MARTINS, MARCUS V D NOBREGA, GIORDANO B O PARENTE E CAMILA M CAMELO

Hospital Agamenon Magalhaes, Recife, , BRASIL.

Introdução: A Síndrome coronariana aguda figura como importante causa de mortalidade na atualidade. O Eletrocardiograma é o exame complementar obrigatório no atendimento a pacientes com dor no peito. A credita-se que a análise da repolarização ventricular representada pelo intervalo QT e pela dispersão de QT possa contribuir para uma abordagem diferenciada das síndromes coronarianas agudas. **Objetivo:** Correlacionar a dispersão do QT com variáveis clínicas, ecocardiográficos e angiográficos dos pacientes com síndrome coronariana aguda do Hospital Agamenon Magalhães, SES-PE. **Métodos:** Realizado um estudo transversal através da analise de intervalo QT de pacientes internados com diagnostico de síndrome coronariana aguda. **Resultados:** Cerca de 40% da população da amostra tinham FE reduzida, 1/3 eram triarteriais.Identificado que a dQT ≥ a 100ms ocorreu 45% dos casos, e a dQTc foi maior que 60 em 90% das vezes.**Conclusões:** Houve correlação da dQT com a gravidade da classe funcional e com a presença de acinesia ao ECO e com alteração de FE.Notou-se uma correlação da dQTc com o comprometimento da FE, com a presença de acinesia ao ECO, e com a gravidade da DAC.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda, eletrocardiograma, dispersão de QT

46634

Avaliação do desempenho cardiorrespiratório de mulheres na pós-menopausa expostas à terapia hormonal

DIEGO SANTOS DE OLIVEIRA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR, TACIANO DIAS DE SOUZA ROCHA, JULIANA ARAUJO DE CARVALHO SCHETTINI, ARMELE DORNELAS DE ANDRADE E CYDA MARIA ALBUQUERQUE REINAUX

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: estudos prévios mostram uma relação entre os fatores hormonais e metabólicos, em mulheres no período da pós-menopausa, e o declínio da função pulmonar e diminuição do desempenho cardiorrespiratório, reduzindo sua capacidade funcional. A terapia hormonal (TH) na pós-menopausa é usada no tratamento de sintomas relacionados com a menopausa e parece ter efeitos positivos sobre o sistema cardiovascular, como a diminuição da sobrecarga cardíaca e vasodilatação sistêmica, o que pode aumentar o consumo máximo de oxigênio (VO2 máx). Porém as evidências sobre os efeitos da TH sobre a aptidão cardiorrespiratória ainda são controversas. **Objetivo:** avaliar comparativamente o desempenho cardiorrespiratório de mulheres na pós-menopausa com uso da terapia hormonal durante o teste de esforço máximo. **Metodologia:** Em estudo transversal, com 20 mulheres na pós-menopausa expostas ou não à TH (grupo sem TH (GSTH) (n=10) e grupo com TH (GCTH) (n=10)), com idade de 54,10 (51,88 a 56,32) anos, com força muscular respiratória e função pulmonar normais, foram comparados os consumo máximo de oxigênio (VO2 máx), consumo máximo de oxigênio no primeiro limiar ventilatório (VO2máxLV1) e o equivalente ventilatório do gás carbônico no limiar aeróbico (VE/VCO2 1º L) por meio de ergoespirometria. Na análise estatística foram utilizados teste de normalidade Shapiro-Wilk; Teste t pareado e teste de Mann-Whitney considerando o valor de significância de p<0,05. **Resultados:** As mulheres expostas à TH apresentaram maior VO2 máx [GSTH vs GCTH= 20,32 (18,40 a 22,23) ml/kg/min vs 23,21 (20,98 a 25,45) ml/kg/min (p=0,03)] e VO2 máx 1ºL [GSTH vs GCTH= 13,67 (13,18/14,67) ml/kg/min vs 16,34 (15,60/17,73) ml/kg/min (p=0,01)]. **Conclusão:** A TH parece melhorar o desempenho cardiorrespiratório de mulheres na pós-menopausa expostas à TH.

46635

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada (ICD) admitidos em hospital da rede suplementar da cidade do Recife

CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, SILVIA MARINHO MARTINS, CAMILA SARTESCHI, GLORY EITHNE SARINHO GOMES, THIAGO GABRIEL FREIRE, GABRIELA PAIVA CAVALCANTI, ROSANA RODRIGUES MOREIRA ELOI, MARIA CELITA DE ALMEIDA, SERGIO JOSE OLIVEIRA DE AZEVEDO E SILVA, SERGIO TAVARES MONTENEGRO E PAULO SERGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

GRUPO DE IC REALCOR/PROCARDIO-REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e limitante. Dados do DATASUS e do registro BREATH apontam que a mortalidade no Brasil é elevada, principalmente quando comparada a outros registros internacionais. Apesar de prevalente, registro desta população na rede suplementar são escassos, especialmente no Nordeste Brasileiro. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de ICD admitidos em hospital da rede suplementar. **Método:** Amostra 458 pacientes internados com diagnostico de ICD entre 04/2007 a 12/2015 em hospital da rede suplementar do Recife/PE. Variáveis estudadas: gênero, idade, raça-cor, etiologia, classe funcional (C.F), causa da descompensação, comorbidades, Fração de ejeção (FE), pressão arterial sistólica (PAS) / diastólica (PAD), frequência cardíaca (FC) admissão (AD)/ AL(Alta), tempo de internação (dias) e mortalidade hospitalar, evolução de 90 dias .**Resultados:** A amostra apresentou idade média 73 anos (DP=13) predominância de homem (60%), raça-cor branca (58,6%) etiologia isquêmica (55%), CF III (52%), PAS(AD) ≥150mmHg em 37%. Causa de descompensação SCA (48%). Comorbidades: HAS 87%, DM 51%, ICO 65%, D.Renal moderada ou grave 35% D.Valvar 11% e FEVE<45% em 58%, PAS AD 139 ± 32 mmHg, PAS AL 120 ± 13 mmHg, PAD AD 81± 18 mmHg, PAD AL 74 ± 8 mmHg e FC AD 87± 20 bpm. Uso de Bbloq em 72%, IECA/BRA em 69%, tempo de internamento (mediana de 10 dias), óbito hospitalar de 14%, re-internação 90 dias em 39,5%. **Conclusão:** Os dados mostram a gravidade da doença, não só na internação como pós alta. Nossa população aproxima-se de dados internacionais, predominância de idosos, etiologia isquêmica e alta frequência de comorbidades (coerente com faixa etária).No entanto o óbito hospitalar encontrado, próximo ao identificado no registro Brasileiro de ICD -Breath (SBC), atinge valores muito superiores aos registros internacionais. E necessário identificar fatores envolvidos e quais estratégias podem melhorar o resultado em nosso país e nosso estado.

46636

Acidente vascular-encefálico em paciente com forame oval patente - relato de caso

LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS E IVALDO PEDROSA CALADO FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: O Forame Oval Patente (FOP) associado ao aneurisma do septo interatrial tem sido associado a fenômenos embólicos paradoxais que em períodos de inversão do shunt aumenta o risco de Acidente Vascular Encefálico (AVE). O presente estudo relata o caso de paciente que apresentou um quadro de Acidente Vascular-Encefálico após episódio de tromboembolismo venoso, no qual a pesquisa ecocardiográfica revelou a presença de forame oval patente com aneurisma do septo interatrial. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 64 anos, branca, viúva, natural de Recife - PE. Relata que há 13 anos apresentou dificuldades em pronunciar palavras e perda de memória para fatos recentes. No ambulatório de neurologia foi investigada com Tomografia Computadorizada de crânio e Ressonância Magnética Nuclear, sendo constatada a presença de isquemia cerebral, e encaminhada para avaliação cardiológica. Antecedentes pessoais: cateterismo cardíaco em 2002, Hipertensão Arterial Sistêmica (estágio I), tabagista inveterada, realizou histerectomia e informa sobre varizes em membros inferiores. Ao exame físico apresentou-se em estado geral bom, eupneica, pulsos normais, ritmo cardíaco regular, FC = 100 bpm, PA = 130x80 mmHg, e na ausculta sopro sistólico (1+/6+) em foco aórtico acessório. Ao exame neurológico não apresentava déficits motores. Paciente realizou Ecocardiograma Transtorácico, transesofágico (sugestivo de forame oval permeável, aneurisma do septo interatrial e pequeno shunt entre os átrios direito e esquerdo). Também foi realizado Doppler de carótidas e vertebrais, além de Doppler arterial e venoso nos membros inferiores. Atualmente encontra-se assintomática e faz uso de medicações antiplaquetárias, Aspirina® e Clopidogrel®. **Conclusões:** O aneurisma do septo interatrial, como no presente caso, é encontrado em associação a defeitos septais interatriais, e sua presença deve ser encarada como preditor da comunicação interatrial. A presença de forame oval patente em pacientes com aneurisma de septo interatrial varia de 50% a 80%.

46637

Neoplasia de ventrículo esquerdo em paciente jovem - relato de caso

LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS E IVALDO PEDROSA CALADO FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: Os tumores primários do coração e pericárdio são pouco frequentes, apresentando em séries de necropsias uma incidência que varia de 0,001% a 0,2%, e têm características histológicas benignas em 75% dos casos. Os mixomas respondem por cerca de 50% destas neoplasias, sendo esporádicos e solitários na maioria dos casos e localizam-se, preferencialmente, na cavidade atrial esquerda. Além do comprometimento cardiovascular, os portadores destas tumorações podem cursar com manifestações inespecíficas, que dificultam ou confundem o diagnóstico desta doença e, consequentemente, retardam o tratamento, que consiste na sua remoção cirúrgica. Acidentes embólicos têm sido relatados com frequência e podem ocasionar incapacidade ou mesmo morte súbita, daí a importância da precocidade no diagnóstico e tratamento do mixoma. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 24 anos de idade, foi encaminhada para avaliação ecocardiográfica. Queixava-se de dor torácica atípica, palpitações e falta de ar há cerca de seis meses. Realizou eletrocardiograma, Radiografia ântero-posterior de tórax e teste ergométrico, que foram todos inteiramente normais. Antecedentes pessoais negativos para diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, fumo e etilismo. Ao exame físico geral e cardiovascular, sem alterações relevantes. Foi submetida a Ecocardiograma Transtorácico (ETT) que mostrou massa intracardíaca medindo 1,0 x 0,9 cm aderida à parede póstero-medial. Realizou em seguida Ecocardiograma Transesofágico (ETE) que confirmou os achados do ETT. Complementando a investigação, realizou cineressonância magnética cardíaca e angiorressonância magnética cardiovascular cuja impressão diagnóstica foi consistente com fibroelastoma papilar do ventrículo esquerdo. A paciente foi submetida a abordagem cirúrgica que evidenciou massa na base do músculo papilar póstero-medial de aspecto calcificado não comprometendo a estrutura do músculo nem do aparelho subvalvar. A peça cirúrgica foi encaminhada para estudo histopatológico mostrando achados sugestivos de mixoma. **Conclusões:** O mixoma é o representante mais frequente das neoplasias que atingem o coração. Apesar de benigna, esta tumoração pode levar à evolução desfavorável e, portanto, a precocidade diagnóstica e sua remoção cirúrgica melhoram, indiscutivelmente, o prognóstico, prevenindo complicações e morte. A utilização da ecocardiografia, como no presente caso, apresenta alto índice de positividade, facilitando o diagnóstico.

46638

Tratamento de coarctação de aorta associada a valva aórtica bicúspide com realização de angioplastia e implantação de stent em adulto - relato de caso

LEONARDO JOSÉ DE CUPERTINO BARRETO DA RO, GUSTAVO HENRIQUE BELARMINO DE GOES, HYGOR DUARTE DE LEMOS E IVALDO PEDROSA CALADO FILHO

Faculdade de Ciências Médicas - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Coarctação de Aorta (CoAo) é uma das malformações cardiovasculares mais frequentes dentre as anomalias de obstrução do ventrículo esquerdo. A alteração obstrutiva localiza-se na união da croça com a aorta descendente, podendo envolver em maior ou menor extensão o próprio arco aórtico. A CoAo pode se apresentar como lesão isolada ou associada a outras anomalias, como a válvula aórtica bicúspide. O reconhecimento clínico é caracterizado pela ausência ou diminuição da amplitude dos pulsos arteriais nos membros inferiores, associado à presença de pulsos amplos e hipertensão arterial nos membros superiores. No presente estudo relata-se um caso de CoAo que teve como terapia adjunta a angioplastia com balão e o implante de stent, considerando essa terapia endovascular que surge como alternativa ao tratamento cirúrgico. **Relato de caso:** Paciente feminina, 49 anos, parda, natural de Recife-PE. A paciente queixa-se de dispneia, precordialgia de esforço e vários episódios de tontura e síncope. Os sintomas iniciaram-se em julho de 2007, quando foi submetida a avaliação cardiovascular invasiva e não invasiva. Ao exame físico, apresenta estado geral bom, eupneica, pulso periférico com discreta diminuição de amplitude. PA = 120x70 mmHg. Exame do precórdio revelou bulhas normofonéticas, sem desdobramentos e sopros sistólicos na área aórtica (4+/6+). Ausculta respiratória normal. Realizou Ecocardiograma, Radiografia ântero-posterior de tórax e teste ergométrico. Foi realizada Angioplastia Aórtica e em seguida implante de Stent ao nível da coarctação. **Conclusões:** O uso de stents como próteses endovasculares vem ganhando aceitação, principalmente em pacientes adultos, já que soluciona o problema da reestenose devido ao recolhimento vascular e, teoricamente, minimiza os riscos de ruptura aórtica aguda ou formação de aneurisma causada por lesão de parede vascular. Este procedimento, como no presente caso, representa um tratamento alternativo à cirurgia de portadores de CoAo.

46639

Papel da ergometria na disfunção autonômica de pacientes diabéticos: Nova avaliação de risco cardiovascular

AUTORES AUTORES AUTORES AUTORES AUTORES AUTORES AUTORES AUTORES

JONATHAS CARLOS DE LIMA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE, JOSE JOELSON ALVES DE LIMA, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, ALUISIO ROBERTO ANDRADE MACEDO JUNIOR, PAULA ARARUNA BERTÃO, ANDRÉA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA, EDUARDO CAVALCANTI LAPA SANTOS e BRIVALDO MARKMAN FILHO

Hospital das Clinicas - UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A avaliação da regulação autonômica cardiovascular pode ser realizada através da análise do comportamento da FC ao teste de exercício (TE). A pouca elevação da FC no esforço , em comparação à FC de repouso, e o lento declínio da FC no período da recuperação, sugerem disfunção autonômica cardíaca, constituindo um marcador precoce de doença cardiovascular.
Objetivo: Avaliar a presença de disfunção autonômica de pacientes diabéticos e determinar se o grau de disfunção tem relação com a gravidade da doença.**Material e métodos:**Foram analisados 22 pacientes diabéticos tipo II que se submeteram a TE, de Novembro de 2015 a maio de 2016, noHC-UFPE. Variáveis estudadas: sexo, idade, a queda da FC no 2° minuto da recuperação (FC máxima - FC do 2° minuto), FC de reserva (FC máxima - FC de repouso) e o uso de insulina. Foram incluidos no estudo os pacientes diabéticos tipo II encaminhados para realização de TE , sem doença cardiovascular manifesta e que não fizessem uso de drogas inotrópicas negativas. Como grupo de comparação foram utilizados 20 pacientes sem morbidades encaminhados para check up cardiovascular aoTE. Procedida análise estatistica descritiva e análitica(teste paramétrico t -student ,Significância estatistica: p<0,05).
Resultados: Foram analisados 22pcts diabéticos (52,4%) e 20 pcts não diabéticos. 32%dos pcts diabéticos já eram insulino requerentes. A FC de reserva foi 32% menor nos diabéticos (63x94bpm,p<0,001). Em relaçao à atenuação da FC no 2° min da recuperação, os diabéticos também tiveram menor queda que os não diabéticos (27x 38bpm, p=0,002).Dentre os pcts diabéticos, aqueles que já usavam insulina apresentaram uma tendência a ter menor FC de reserva e também menor queda da FC no 2° minuto da recuperação do que os pcts diabéticos não insulino requerentes.
Conclusão: Nossos resultados sugerem a presença de disfunção autonômica cardiovascular nos pacientes diabéticos, com tendência à piora da disfunção naqueles mais graves já em uso de insulina. A importância do estudo se dá na identificação precoce de pacientes sob maior risco cardiovascular. De acordo com nossos resultados, sugerimos a análise do comportamento da FC ao TE em todos os pacientes diabéticos, alertando para os pacientes de maior risco e contribuirndo para a melhora da prática clínica.

46648

Doença Arterial Coronariana versus Disfunção Diastólica : Existe relação?

LUZIA KEYNE SOUSA CARNEIRO FROTA, MONICA DE MORAES CHAVES MENDONÇA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, ROBERTO DE OLIVEIRA BURIL E GESSICA CHRISTINE DE C E S MARTINS

Hospital das Clinicas , Recife, PE, BRASIL.

O diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC) constitui uma das mais importantes aplicações da ecocardiografia, sendo útil para o diagnóstico precoce da isquemia miocárdica sem infarto, principalmente em indivíduos jovens, em razão de sinais indiretos de alteração da função diastólica. **OBETIVO:** Correlacionar disfunção diastólica(DD) ao ecocardiograma transtorácico (ETT) em repouso e lesões coronarianas obstrutivas apresentadas na cineangiocoronariografia em pacientes com função sistólica preservada. **MÉTODOS:** Foram incluídos pacientes submetidos a cineangiocoronariografia no período de setembro de 2015 a maio de 2016 com diagnóstico de DAC e fração de ejeção preservada (FE > ou = 55 %), sem deficit da contratilidade segmentar ao ETT que apresentaram DAC significativa (importantes >70 % e moderadas 50-70%). **RESULTADOS:** 44 pacientes, 61,3% do sexo masculino, idade média 61 anos. 34 pacientes(77%) apresentaram disfunção diastólica. 28 pacientes (68%) apresentaram DAC significativa. Os pacientes com lesões obstrutivas moderadas e/ou importantes quando comparados com os pacientes com lesões discretas, não evidenciaram presença significativa de DD (p = 0,724). **CONCLUSÃO:** Não houve correlação entre disfunção diastólica e DAC significativa no presente estudo.

46650

TROMBOSE AGUDA DE STENT FARMACOLÓGICO EM PACIENTE DIABÉTICO- RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAUJO, PEDRO AUGUSTO CASÉ DA SILVA, RAFAEL CARVALHO VOUZELA E ANNA PAULA LAPA DE MELO

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: A trombose aguda de stent é definida como a confirmação angiográfica da presença de trombo, originando-se no interior do stent ou no segmento que envolve os 5 mm proximais ou distais do mesmo, em até 24 horas após o implante, associado a: sintomas isquêmicos agudos em repouso, novas alterações isquêmicas no eletrocardiograma (ECG), elevação e queda típica dos marcadores de necrose miocárdica e presença de trombo (oclusivo ou não). Como fatores associados, encontramos a baixa adesão à teraia antiplaquetária, diabetes mellitus, lesões complexas (tronco), insuficiência renal. **Relato de caso:** Paciente masculino, 48 anos, admitido na emergência com dor precordial opressiva de forte intensidade, iniciada durante esforço físico há 4 horas, associada a vômitos e sudorese. Diabético e com história familiar para doença arterial coronariana. ECG de admissão com infradesnivelamento de ST em parede inferior e onda T apiculada de V2 a V4. Exame físico sem alterações. Evoluiu com piora da dor após 3 horas da admissão, novo ECG evidenciou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior. Submetido cateterismo cardíaco que evidenciou artéria descendente anterior(ADA) ocluída, com trombos. Foi submetido a angioplastia primária com implante de stent farmacológico em origem e terço proximal de ADA, com sucesso (fluxo TIMI III) e melhora do ECG e da dor. Evoluiu com novo episódio de dor torácica semelhante ao inicial após 6 horas da angioplastia, ECG apresentou aumento do supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior. Foi encaminhado a Hemodinâmica, sendo evidenciado ADA com imagem de stent apresentando oclusão total (figura). Realizada ATC primária com balão intrastent, com sucesso angiográfico. Iniciado Abciximab e mantido por 12 horas. Evoluiu sem novos episódios tendo alta após 7 dias de internamento. **Conclusões:** A trombose aguda de stent farmacológico é um evento que ocorre mais frequentemente do que é relatado nos trabalhos, sendo menos comum com a otimização da terapia antiplaquetária e com a indicação correta do procedimento, visando a abordagem de lesões realmente destinadas a este fim. O mecanismo fisiopatológico ainda não foi totalmente explicado, necessitando de maiores estudos para sua completa elucidação.

46651

Uso de warfarina em paciente dialítico: instabilização de arteriopatia obstrutiva periférica por redução de fatores inibidores de calcificação dependentes de vitamina K

ANDRÉA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, ANA PAULA SANTANA GUEIROS, JOSE EDEVANILSON DE BARROS GUEIROS, EMANUELA MARIA DO NASCIMENTO, GLORIA ELIZABETE DOS SANTOS BRAGA, JOSE JOELSON ALVES DE LIMA E MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR

Universidade Federal de Pernambuco , Recife, PE, BRASIL.

Introdução: a calcifilaxia ou arteriolopatia urêmica calcificante é uma síndrome rara com calcificação distrófica vascular e necrose por vasoclusão trombótica. Apesar da patogênese multifatorial e complexa, há fatores precipitantes como hiperfosfatemia, diabetes, obesidade, hipoalbuminemia, estados de hipercoagulabilidade e medicamentos como warfarina, quelantes de fósforo a base de cálcio e glicocorticóides. **Relato de caso:** 75 anos, feminina, hemodiálitica há 12 anos, hipertensa, ex-tabagista, submetida à paratiroidectomia há 7 anos em decorrência de hiperparatireoidismo secundário, hipotireoidea, coronariopata estável com função sistólica preservada, doença obstrutiva arterial periférica (DOAP) em membros inferiores e passado de flutter atrial (FA) revertido há 8 anos. Apresentou novo FA com frequência cardíaca 110 bpm, sem repercussão hemodinâmica. Foi submetida à cardioversão elétrica com sucesso após ecocardiograma transesofágico sem trombos intracavitários e heparinização plena, associado à warfarina. Após 5 dias surgiram áreas violáceas em terço distal de pé esquerdo que evoluíram para bolhas e progressiva isquemia dos quirodáctilos. Ultrassonografia dopller e arteriografia de membros inferiores evidenciaram grave ateromatose calcificada com oclusões de artérias femorais superficiais, poplíteas e tibiais bilaterais com diminuída rede de colaterais. Iniciado antibioticoterapia com meropenem e vancomicina e optado por aguardar delimitação da área isquêmica para amputação. Evoluiu séptica, sendo realizada amputação cirúrgica de área infectada. **Conclusões:** Existe um dilema na indicação de anticoagulação em pacientes com doença renal crônica dialítica que apresentam arritmias supraventriculares. Esses pacientes possuem um aumento da probabilidade hemorrágica devido à alteração da hemostasia primária e da interação plaquetas-subendotélio. Além desse risco é necessário atentar para a probabilidade de descompensação da DAOP em consequência do uso associado da warfarina, que promove calcificação vascular através da inibição da gama-carboxilação da vitamina K, a qual atua na ativação de inibidores endógenos de calcificação vascular, como a matriz de proteína Gla. Assim, ressalta-se a necessidade da avaliação custo-benefício quando a warfarina for considerada como parte do arsenal terapêutico

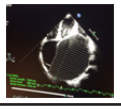
46652

ÁTRIO ESQUERDO GIGANTE EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA REUMÁTICA MITRAL - RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAUJO, DIANA PATRÍCIA LAMPREA SEPÚLVEDA, CARLOS ANTONIO DA MOTA SILVEIRA E NICEAS ALVES FERREIRA NETO

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: O átrio esquerdo gigante (AEG) teve sua primeira descrição em 1849. É definido como a presença de um átrio esquerdo ao ecocardiograma (ECO) com diâmetro > 65 mm. A etiologia mais comum é associação com patologia mitral reumática. Pode se apresentar com palpitações, dor torácica, dispneia, ortopneia, além de associação com fibrilação atrial e fenômenos tromboembólicos. Faz diagnóstico diferencial com efusões pericárdicas e pleurais. Seu tratamento é cirúrgico, principalmente se associado a sintomas compressivos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 48 anos, admitido na emergência com quadro de dispneia em repouso, ortopneia, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores progressivo há 1 mês da admissão, e piora 48 horas antes, associados a dor torácica de caráter indefinido, náuseas e empachamento. Diagnóstico prévio de doença reumática crônica em valva mitral com indicação cirúrgica, recusada pelo paciente 1 ano antes da atual admissão. Ao exame físico, apresentava precórdio hiperdinâmico, ritmo cardíaco regular em 3 tempos, bulhas hipofonéticas, sopro sistólico em foco mitral (3+/6+), taquicárdico, pressão: 80 x 60 mmHg. Apresentava estertores crepitantes bibasais à ausculta, fígado palpável e turgência jugular. Eletrocardiograma (ECG) de admissão com ritmo sinusal regular, eixo cardíaco desviado para a direita, sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Radiografia de tórax evidenciava área cardíaca bastante aumentada globalmente, sinais de congestão pulmonar, traqueia rechaçada e segundo arco abaulado. Ecocardiograma evidenciou grande aumento do átrio esquerdo, com formação de contraste espontâneo em seu interior, com volume de 1347 ml e 127 mm de diâmetro, valva mitral com calcificação do anel, folhetos com abertura valvar reduzida e refluxo de grau importante, área valvar de 0.6 cm², com gradiente médio de 22 mmHg, Hipertensão arterial pulmonar (PSAP 68 mmHg). Após compensação do quadro clínico de insuficiência cardíaca, foi submetido ao procedimento cirúrgico (troca de valva mitral por prótese biológica + atrioplastia esquerda), porém evoluiu para óbito ainda no intra-operatório. **Conclusões:** AEG é uma patologia associada a outra bem frequente em nosso meio, a doença reumática. É achado grave, com prognóstico reservado e requer pronta intervenção.



46654

TEMPESTADE ARRÍTMICA SECUNDÁRIA À ENDOCARDITE EM CABO DE CDI - RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAUJO, PEDRO AUGUSTO CASÉ DA SILVA, NICEAS ALVES FERREIRA NETO E JOAO EVANILDO PEDROZA DE OLIVEIRA

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: Endocardite de dispositivos implantáveis ocorre quando na porção intravascular do cabo existem vegetações ou seu cultivo é positivo. É uma entidade com mortalidade elevada. Nos últimos anos houve um aumento nas indicações de cardioversores-desfibriladores implantáveis (CDIs), e consequente aumento da endocardite associada aos dispositivos. Define-se tempestade elétrica como a ocorrência de três ou mais episódios de arritmias ventriculares malignas, cuja reversão requer a intervenção da função antitaquicardia do CDI. Para o seu diagnóstico, os choques de repetição (>3 em 24 horas) devem ser apropriados e eficazes. A maioria dos pacientes apresenta sintomas que vão desde a palpitações até a perda de consciência. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, Admitido na emergência com quadro de choques no peito há 24 horas, associados a febre não aferida, dor torácica e dispneia. História de cardiopatia chagásica, portador de CDI por morte súbita abortada há 10 anos, com duas trocas de gerador nos últimos 4 meses a última há 1 mês, por infecção do sitio de implante. Ao exame, apresentava ritmo cardíaco irregular em 2 tempos, sem sopros. Frequência cardíaca(FC): 46 bpm e pressão: 120x70 mmHg. Eletrocardiograma (ECG) da admissão com ritmo de fibrilação atrial bradicárdico. Na monitorização contínua, evidenciou-se presença de tempestade arrítmica (foto). Realizada lidocaína, porém evoluiu com parada cardíaca em assistolia, com pronta resposta às manobras. Realizadas analgesia com morfina e a análise e ajuste do aparelho, assumindo FC programada. Evidenciou-se leucocitose e proteína C reativa alterados. Ecocardiograma demonstrou eletrodo de marcapasso em átrio direito com imagem sugestiva de vegetação próximo à valva tricúspide. Foi realizada antibioticoterapia com Meronem e Vancomicina e em seguida realizada Toracotomia para retirada do cabo infectado. **Conclusões:** A endocardite deve ser suspeitada nos portadores de dispositivos que apresentem febre de origem desconhecida, pneumonia recorrente ou sintomas no local de implantação. O tratamento de escolha é a retirada do marcapasso e a administração de antibioticoterapia parenteral antiestafilocócica por 4-6 semanas. A tempestade elétrica é uma emergência cardiológica. Os choques de repetição são extremamente desconfortáveis e causam enorme estresse psicológico ao paciente.

46655

Razãoentre tecido adiposo visceral e subcutâneo como preditor de alterações metabólicas.

ELINDICE MARIADOSPRAZERESALMEIDA,ANDRÉIADASILVAPASSOS,ERIKA MARIA SANTOS DA SILVA, THAIS ADRIANA DA SILVA, IZABELA DOS SANTOS PEREIRA, NATALIA DE MORAES SANTANA, ISA GALVAO RODRIGUES, CLAUDIA PORTO SABINO PINHO E ANA PAULA DORNELAS LEÃO LEITE

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

RAZÃO ENTRE TECIDO ADIPOSO VISCERAL E SUBCUTÂNEO COMO PREDITOR DE ALTERAÇÕES METABÓLICAS

PALAVRAS-CHAVE: obesidade abdominal, gordura visceral, risco cardiometabólico.

INTRODUÇÃO: O tecido adiposo abdominal inclui os depósitos de gordura subcutânea e visceral, que conferem riscos diferenciados sobre as alterações metabólicas e hemodinâmicas, sendo o tecido adiposo visceral (TAV) o componente que produz maior efeito deletério sobre parâmetros cardiometabólicos. A razão TAV/TAS foi sugerida como uma métrica de gordura abdominal relativa e valores ≥ 0,4 seria indicativo de uma maior predisposição do acúmulo de TAV. Poucos estudos avaliaram a predisposição para acumular gordura visceral a partir dessa razão e sua relação com alterações metabólicas. **OBJETIVO:** Avaliar a razão entre o TAV e tecido adiposo subcutâneo (TAS) como preditor de alterações no perfil glicídico. **MÉTODOS:** Estudo transversal envolvendo pacientes de ambos os sexos, com idade ≥20 anos, atendidos no ambulatório de Nutrição de hospital referência em cardiologia. O TAV e TAS foram avaliados por tomografia computadorizada (TC - método padrão ouro para quantificação da gordura intraabdominal). O perfil glicídico foi avaliado a partir da glicemia de jejum e hemoglobina glicada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (protocolo 271.400/2013). Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 13.0, considerando-se significativo valor de p<0,05. **RESULTADOS:** Foram avaliados 157 pacientes, com média de idade de 53,1±13,0 anos, maior proporção de mulheres (73,2%) e média de IMC de 30,8±6,1kg/m². A média de glicemia foi 110,6±42,2mg/dL e da hemoglobina glicada foi 6,7±1,4%. A média da razão TAV/TAS foi 0,6±0,2, e um elevado percentual da amostra (79,6%) apresentou predisposição para o acúmulo de TAV (razão ≥0,4). A razão TAV/TAS foi diretamente correlacionada com a glicemia (r=0,188; p=0,029) e hemoglobina glicada (r=0,195; p=0,026). **CONCLUSÃO:** A amostra caracterizou-se por uma elevada predisposição ao acúmulo de TAV e a razão entre TAV/TAS foi diretamente relacionada a alterações no perfil glicídico.

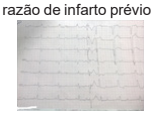
46656

BRADIARRITMIA SEGUIDA DE TAQUIARRITMIA COM MORTES SÚBITAS ABORTADAS: COMO PROCEDER? – RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAUJO, CLODOVAL DE BARROS PEREIRA JÚNIOR, RAFAEL CARVALHO VOUZELA E NICEAS ALVES FERREIRA NETO

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: A morte súbita continua sendo um dos maiores problemas da cardiologia. O arsenal terapêutico utilizado inclui os medicamentos antiarrítmicos e os cardioversores-desfibriladores implantáveis (CDI). **Relato de caso:** Paciente masculino, 60 anos, admitido com quadro de dispneia progressiva até repouso, ortopneia e dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores e tosse seca há 2 semanas. Apresentava episódios eventuais de palpitações, sem síncope ou dor torácica. História de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca de etiologia isquêmica (história de infarto agudo do miocárdio há 5 anos). Eletrocardiograma (ECG) de admissão evidenciava ritmo sinusal com bloqueio atrioventricular (BAV) 2:1, com complexo QRS largo e padrão de bloqueio completo do ramo direito. ECG 24 horas após a admissão apresentava ritmo sinusal, com BAV 2:1 com padrão de bloqueio completo do ramo esquerdo (foto). Ecocardiograma mostrava VE com aumento moderado de tamanho e fração de ejeção de 40 % por Simpson. Após 3 dias da admissão, apresentou bradicardia sintomática, sendo evidenciado BAV total ao ECG, sendo então implantado um marcapasso (MP) provisório. Foi indicado implante de MP definitivo, enquanto o paciente esperava o procedimento, apresentou 4 episódios de taquicardia ventricular (TV) sustentada, 2 revertidos espontaneamente e 2 com necessidade de cardioversão elétrica. Após CATE sem lesões passivas de revascularização, foi optado implante de CDI. **Conclusões:** Nos pacientes com insuficiência cardíaca, o implante do CDI é recomendado para prevenção secundária de MS em pacientes que sobreviveram à fibrilação ventricular ou TV hemodinamicamente instável, ou com síncope, e que tenham fração de ejeção menor ou igual a 0.40, que estejam recebendo terapia medicamentosa otimizada e tenham boa expectativa de sobrevida, com bom estado funcional, por mais de um ano. Caso a causa seja isquemia do miocárdio, os pacientes que estejam há mais de 40 dias pós evento e apresentem disfunção ventricular também se enquadram nessa aplicação. Além disso, o CDI é efetivo na redução da mortalidade pela redução de morte súbita nos pacientes com disfunção de VE em razão de infarto prévio que se apresentem com TV e hemodinamicamente instáveis.



46658

ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDÁRIA A LEAK PARAVALVAR EM PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESE MECÂNICA- RELATO DE CASO

PRISCILLA BARBOSA ARAUJO, EUGENIO SOARES DE ALBUQUERQUE, ADRIANO ASSIS MENDES E JOAO EVANILDO PEDROZA DE OLIVEIRA

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: Insuficiência periprotética pode acontecer em 7 a 17 % dos pacientes com próteses em posição mitral, sendo mais frequente nas mecânicas. A maioria dos pacientes não apresenta sintomas, porém 1 a 5 % dos pacientes podem desenvolver complicações graves, sendo a anemia hemolítica presente em 1 % dos pacientes com prótese mecânica mitral. **Relato de caso:** Paciente masculino, 62 anos, admitido na emergência com dispneia aos mínimos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores e urina escura há 10 dias da admissão. Hipertenso, portador de fibrilação atrial e passado de 3 cirurgias cardíacas: em 1997, troca de valva mitral nativa por prótese mecânica, por endocardite; seis meses após, disfunção de prótese mecânica, com nova troca por prótese biológica; Em 2003, disfunção de prótese biológica, com nova troca e colocação de prótese mecânica. Exame físico com edema de membros inferiores, turgência jugular, fígado palpável. Ecocardiograma (ECO) evidenciou prótese mecânica mitral com implantação e fixação normais, gradiente diastólico máximo de 20 mmHg e médio de 4 mmHg, área de fluxo de 2,8 cm³, e presença de refluxos transprotético e periprotético. Exames laboratoriais evidenciaram: anemia (hb 8,6), transaminases e bilirrubinas aumentadas, desidrogenase láctica de 2874. Sumário de urina com hemoglobina (2+), hemácias 15/campo. Diante da suspeita de anemia hemolítica devido a leak paravalvar, foi submetido à colocação de prótese de Amplatzer plug vascular III em área de refluxo periprotético, evoluindo com melhora clínica. Retornou após 15 dias da alta, apresentando os mesmos sintomas anteriores. ECO transesofágico mostrou prótese mecânica mitral com textura e mobilidade normais, gradiente diastólico máximo de 14 mmHg e médio de 4 mmHg, refluxo transprotético leve, prótese de oclusão bem posicionada, tendo ao lado desta 2 jatos de fluxo periprotético. Submetido a novo procedimento, evoluiu no pós operatório com anemia grave, insuficiência renal dialítica, infecção respiratória, vindo à óbito na UTI após 2 meses do procedimento. **Conclusões:** A anemia hemolítica secundária a refluxo periprotético em prótese mecânica mitral é um evento raro e quando presente demonstra a complexidade do quadro. Não há evidência da relação entre o tamanho do refluxo periprotético e o grau de anemia ou com o início da hemólise. É um quadro grave, que requer diagnóstico e manejo rápidos.

46659

Síndrome de pré-excitação simulando doença coronariana ao teste ergométrico

VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, ANDRÉA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA, EDUARDO CAVALCANTI LAPA SANTOS, ROBERTO DE OLIVEIRA BURIL, ANA CATARINA NUNES SANTANA, MARCIO MARTINS FERRAZ, ANDRE GUSTAVO DA SILVA REZENDE e BRIVALDO MARKMAN FILHO

HC- UFPE

Introdução: A sindrome de Woff-Parkinson-White resulta da ativação precoce e alterada de um dos ventrículos devido à existência de uma conexão anômala - feixe de Kent, unindo diretamente o átrio ao ventrículo correspondente. As caracteristicas eletrocardiográficas são: Intervalo PR encurtado, alargamento do QRS com espessamento inicial (Onda delta) e alterações de ondas T. Em alguns casos, a onda de repolarização atrial que se sobrepõe ao segmento st pode ocaioar o infradesnivel desse segmento.
Relato: D.N.A., masculino, 77 anos. Em Janeiro de 2010, apresentou infradesnivel do segmento st em até 2mm em MC5 e dor precordial ao Teste ergométrico (exame solicitado para investigar dor torácica atipica). Realizado cateterismo cardiacoque evidenciou lesão grave em arteria coronariana direita. Procedida atc com stent da lesão. Apesar do procedimento, após um mês, o paciente voltou a apresentar quadro de mal estar precordial e foi submetido a novo cateterismo cardiaco: Stent bem expandido e fluxo mantido. Durante seguimento clinico, o pcte compareceu ao ambulatório referindo mesmo quadro álgico precordial. Emjunho de 2012,o paciente realizou Teste ergométrico e,durante o esforço, observou-se surgimento de um padrão de pre-excitação tipo WPW com alt do segmento st em até 3mm. Em Agosto de 2012, solicitada Cintilografia miocárdica que não evidenciou quaisquer áreas de hipoperfusão. Optado por tratamento conservador. Em outubro de 2015, como o paciente retornou para consulta de rotina com queixa de desconforto precordial em aperto, foi solicitado novo teste ergométrico. Desta vez, já no ECG de repouso, o intervalo PR mostrava-se curto com presença de onda delta. Ao esforço, infradesnivel do segmento st em até 3,5mm em parede inferior, MC5 e de V2 a V6. Nova Cintilografia miocárdica: Ausência de areas de hipoperfusão.Optou-se por manter o paciente em tto clinicio desde então.
Conclusão: O infradesnivel do segmento st ao teste de esforço é provavelmente secundário à sindrome de pre-excitação. Possivelmente,desde o primeiro teste ergométrico, o infradesnivel do segmento st foi secundário ao WPW . Em análise retrospectiva, se a via anômala fosse perceptível em 2010, o cateterismo cardiaco e a angioplastia coronariana teriam sido evitados.Exemplo interessante de via anômala simulando doença coronariana.

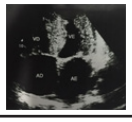
46660

AMILOIDOSE CARDIOVASCULAR EM PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO

NICEAS ALVES FERREIRA NETO, RAFAEL CARVALHO VOUZELA, PRISCILLA BARBOSA ARAUJO E JOAO EVANILDO PEDROZA DE OLIVEIRA

PROCAPE/UPE, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: A amiloidose é uma doença de depósito da proteína amiloide, principalmente nos espaços extracelulares de órgãos e tecidos, podendo ocorrer localmente ou acometer praticamente todos os sistemas do corpo. As formas localizadas estão associadas ao envelhecimento ou ao Diabetes Mellitus. Existem três tipos de depósitos da amiloidose cardiovascular localizada, sendo mais comum em idosos, podendo haver distúrbio de condução cardíaca, cardiomiopatia restritiva, baixo débito cardíaco e acometimentos atriais isolados.**Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, admitido na emergência cardiológica com edema em membros inferiores (MMII) e aumento de volume abdominal há 4 meses, dispneia progressiva aos esforços, até dispneia em repouso e ortopnéia nos últimos 30 dias. Hipertenso e com epidemiologia positiva para Doença de Chagas e Esquistossomose, em uso de Hidroclorotiazida 25 mg/dia. Ao exame físico notou-se desdobramento variável de segunda bulha, fígado a 5 cm de rebordo costal direito e edema de MMII (3+/4+). Eletrocardiograma (ECG) de admissão com bloqueio atrioventricular de 1º grau, baixa voltagem e progressão discreta de R de V1-V3. Radiografia de tórax com área cardíaca normal, padrão de congestão pulmonar com derrame pleural bilateral mais evidente á esquerda. Realizado Ecocardiograma que evidenciou disfunção de ventrículo esquerdo (fração de ejeção de 44%), ventrículos de tamanho normal e dilatação biatrial. Ultrassonografia de abdome mostrou fígado e baço com textura heterogênea, sugestivo de doença granulomatosa. Foi realizada biópsia hepática que confirmou o diagnóstico de amiloidose. Apresentou episódio de dor torácica típica sem alterações do ECG ou Marcadores de Necrose Miocárdica. Evoluiu com dificuldade para compensação clínica, evoluindo com insuficiência renal aguda, com necessidade de hemodiálise. Apresentou rebaixamento de nível de consciência, seguido de parada cardiorrespiratória e evolução para óbito. **Conclusões:** A amiloidose cardiovascular é pouco frequente e provoca diversas disfunções cardíacas, como a cardiomiopatia restritiva observada no presente caso. Geralmente, esta doença está associada ao envelhecimento e/ou Diabetes Mellitus. O prognóstico geralmente é reservado assim como no caso relatado, com elevada taxa de óbito após 6 meses a partir do diagnóstico clínico.



46661

Valor do IMC na Insuficiência cardíaca descompensada (ICD): paradoxo da obesidade?

GLORY EITHNE SARINHO GOMES, GABRIELA PAIVA CAVALCANTI, CAMILA SARTESCHI, SILVIA MARINHO MARTINS, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, ANDRE REBELO LAFAYETTE, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, THIAGO GABRIEL FREIRE, SERGIO JOSE OLIVEIRA DE AZEVEDO E SILVA, MARIA CELITA DE ALMEIDA E PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Grupo de IC Realcor/Procardio - Real Hospital Português, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: Está bem estabelecido que a obesidade é um fator de risco para eventos cardiovasculares, entretanto, estudos contemporâneos sugerem que a obesidade pode se apresentar como um fator de proteção na IC crônica, um fenômeno denominado de "Paradoxo da obesidade". No Brasil, pouco se tem abordado sobre o tema.
Objetivo: Analisar o perfil clinico e epidemiológico, evolução hospitalar e tardia dos pacientes (pac.) internados com insuficiência cardíaca descompensada (ICD) de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC). **Material e Método:** Avaliados 294 pac. internados entre 04/2007 a 12/2015 com IMC > 18.5. A estratificação do IMC: Peso ideal (18.6 a 24.9); Sobrepeso (25 a 29.9) e Obesidade (≥30). Os desfechos analisados foram óbito hospitalar e reinternação em 30, 90 dias e 6 meses pós-alta. Para comparação dos grupos de IMC utilizou-se o Qui-Quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher. **Resultados:** A média de idade foi de 73±13 para o grupo com peso ideal, 71± 12,75 para o sobrepeso e 72,5±15,5 para os obesos. Sendo o sexo masculino 56% dos com peso ideal, 66% dos com sobrepeso e 51% dos obesos. Etiologia hipertensiva foi encontrada em 17%, 18% e 36% e etiologia isquêmica em 53%, 55% e 44%, respectivamente peso ideal, sobrepeso e obesidade. Vide tabela. **Conclusão:** Nesta amostra, a HAS e a doença vascular periférica (DVP) foram mais frequentes entre os obesos. Diferente do preconizado no paradoxo da obesidade, entre os desfechos analisados, os pac. com sobrepeso e/ou obesidade não mostraram evolução significativamente mais favorável.

Variáveis	Peso ideal	Sobrepeso	Obesos	p-valor
PAS>150mmHg	29%	37%	50%	0,04
DVP	25%	16%	34%	0,009
Óbito hosp	15%	10%	14%	0,6
Reinternação 30d	19%	18%	10%	0,3
Reint 90d	46%	38%	30%	0,16
Reint 6m	56%	51%	41%	0,2

46662

Insuficiência cardíaca: comparação clínica e epidemiológica entre os sexos

MAIRA AZEVEDO XIMENES, GLORY EITHNE SARINHO GOMES, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, CHRISTIAN NATA DUARTE SIMOES DE MELO, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, CAMILA SARTESCHI, SILVIA MARINHO MARTINS, MARIA DA GLORIA AURELIANO MELO, CRISTINA TAVARES DO REGO BARROS, CRISTINA CARRAZONI E WILSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

Ambulatório de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução Mesmo sendo controversas as diferenças entre os gêneros na fisiopatologia das doenças cardíacas, a literatura já mostra essa relação na prática médica. A epidemiologia e a clínica do paciente são fatores que interferem na evolução da insuficiência cardíaca em homens e mulheres.
Objetivo Realizar estudo comparativo entre sexos de acordo com características clínicas e epidemiológicas em pacientes com insuficiência cardíaca.
Metodologia Estudo retrospectivo realizado em ambulatório de referência em insuficiência cardíaca na cidade do Recife-PE. Foram avaliados 175 pac. diagnosticados com IC de diferentes etiologias e realizada comparação entre os sexos utilizando-se o Qui-Quadrado de Pearson, ou Exato de Fisher, com nível de significância assumido de 5%.
Resultados A média de idade foi de 55,5±13 para sexo masculino (masc) e 59±13 para sexo feminino (fem). Houve predomínio do masc com 58%. Quanto ao perfil epidemiológico, mais de 50% é procedente da região metropolitana, analfabetismo e ensino superior foram encontrado em 25 e 1,5% de fem e 13 e 5,5% de masc, respectivamente. Mais da metade de ambos os grupos apresentaram renda igual ou inferior a um salário mínimo, sendo 45% aposentados. Vide tabela.
Conclusões

	Fem	Masc	p-valor
Etiol HAS	44	40	0,04
Etiol Chagas	25	29	
Est C à adm	87	93	0,04
HAS	77	69	0,2
DM	33	19	0,03
Etilismo	7	29	0,001
TVNS	46	28	0,1
EV	86	59	0,01

46663

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM RECÉM NASCIDO COM BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL (BAVT) CONGÊNITO

DANIELLE CRISTINA PIMENTEL CABRAL, THAMIRES TAVARES DA SILVA, MARIANA VAZ CARVALHO DE QUEIROZ E SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UPE, RECIFE, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO :O bloqueio atrioventricular total (BAVT) é definido como a inabilidade de um impulso atrial propagar-se aos ventrículos utilizando o sistema de condução normal **OBJETIVO:** Relatar o caso de um recém nascido com BAVT congênito, bem como os diagnósticos e intervenções de enfermagem.**METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso de um paciente de um hospital cardiológico de Pernambuco. Os dados foram coletados através de anamnese, exame físico e prontuário **RESULTADOS:** R.N de T.N.M., 7 dias de vida, sexo feminino, admitida no dia 16/09/2015, encaminhada de uma intituição materno infantil onde são realizados partos de alto risco. Com história de bradicardia desde a ausculta fetal (intra útero). Nasceu de cesariana, em boas condições de vitalidade. Permaneceu internada em UCI, sem necessidade de oxigenoterapia , apresentou icterícia neonatal, necessitando de fototerapia por 3 dias. Persistindo bradicardica, sendo assim encaminhada a instituição de referência cardiológica. Foi realizado ECG com evidência de BAVT. Ao exame: EGR, ativo, reativo, normocorado,hidratado, acianótico,icterícia leve, afebril ao toque. AR: MV + em AHT S RA,TSC +, ACV: RCR em 2T, BNF, bradicárdico (FC = 50 bpm), com sopro SS suave em BEEB (+2/ +6).. Foi implantado no dia 23/09/2015 Marcapasso Definitivo sem intercorrências. . Os diagnósticos e planos de cuidados relatados no trabalho foram direcionados ao uso do MP Definitivo. Dentre os diagnósticos de enfermagem estão: Risco de débito cardíaco diminuído, Risco de perfusão tissular ineficaz, Integridade da pele prejudicada e Risco de infecção. Entre os cuidados: monitorar FC, ritmo e a amplitude da curva de ECG continuamente, e comunicar as alterações detectadas; observar e comunicar presença de sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído e perfusão tissular alterada; trocar curativo diariamente; comunicar presença de sinais flogísticos ou sangramento, manter repouso relativo com cabeceira elevada a 30º, se não houver instabilidade hemodinâmica; orientar o paciente e à família os objetivos terapêuticos do MP, as restrições de atividade, entre outros. O paciente recebeu alta em boas condições clínicas, com frequência cardíaca média de 120 bpm,sem uso medicações.**CONCLUSÕES:** O relato permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a patologia, bem como elaborar diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados de enfermagem.

46664

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O EMPODERAMENTO DE PACIENTES SOB TERAPIA DE ANTICOAGULAÇÃO ORAL CRÔNICA

DANIELLE CRISTINA PIMENTEL CABRAL, MARIANA VAZ CARVALHO DE QUEIROZ, THAMIRES TAVARES DA SILVA, LEONIA MOREIRA TRAJANO, SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA, MAYARA INACIO DE OLIVEIRA E CHRISTEFANY REGIA BRAZ COSTA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UPE, RECIFE, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O uso de anticoagulantes orais tem aumentado significativamente devido a sua eficácia na prevenção de fenômenos tromboembólicos. A manutenção de uma Razão Nomartizada Internacional (RNI) aos pacientes que fazem uso de Anticoagulantes Orais (ACO) depende de diversos fatores. Nesse contexto os ambulatórios de ACO ganham destaque no acompanhamento e orientação sobre os cuidados voltados ao uso dessas medicações, mediante a realização de ações educativas, através da atuação do profissional enfermeiro, que permitem a construção e veiculação de conhecimentos e práticas essenciais para o empoderamento e estímulo ao desenvolvimento de habilidades de autocuidado. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do uso da Educação em saúde como estratégia para o empoderamento de pacientes em uso de ACO, acompanhados ambulatorialmente em um hospital de referência em Pernambuco. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência baseado na participação de atividades educativas desenvolvidas em um ambulatório de ACO. O enfermeiro realiza o acolhimento do pacientes em espaço coletivo e desenvolve atividade de educação em saúde em grupo. Os pacientes recebem orientações quanto a finalidade do uso da medicação, como encontrar na farmácia, como se tomar, os motivos que levam ao uso, tempo de uso, dose, faixa terapêutica ideal da RNI, principais complicações, periodicidade das consultas, alimentação, medicações que podem potencializar ou diminuir o efeito do fármaco, riscos ocupacionais, uso do álcool, realização de viagens, entre outros temas como gestação, cirurgias e procedimentos odontológicos. **RESULTADOS:** A atividade de educação em saúde tem respondido às expectativas, à medida observa-se uma diminuição do número de pacientes fora da faixa terapêutica da RNI, maior adesão ao uso das medicações, assiduidade dos pacientes e diminuição de complicações. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que as atividades de educação em saúde representam uma valiosa ferramenta de empoderamento nos ambulatórios de ACO, uma vez que promove o acolhimento dos pacientes, informa e contribui para a sensibilização e mudança de comportamento, diminuindo riscos e agravos, estimulando a participação ativa dos pacientes.

46666

Assistência de Enfermagem ao paciente com TPSV

MARIANA VAZ CARVALHO DE QUEIROZ, DANIELLE CRISTINA PIMENTEL CABRAL, THAMIRES TAVARES DA SILVA E SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL - UPE, RECIFE, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A TPSV é uma arritmia caracterizada por uma FC de 120 a 250 bpm, com origem acima do feixe de His que começa e termina abruptamente. É relativamente frequente, costuma apresentar caráter repetitivo e raramente causam risco de vida.
OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente admitido na emergência com quadro de TPSV e descrever os principais cuidados de enfermagem prestados durante a assistência.
METODOLOGIA: Trata-se de um relado de caso realizado em janeiro de 2016 durante a prática da Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Cardiovascular de um Hospital Universitário em Recife-PE.
DESCRIÇÃO DO CASO: A.O.S, 75 anos, sexo masculino, HAS, proveniente do Ibura, chega a emergência cardiológica acompanhado pelo neto com queixa de palpitações e mal estar com dor precordial leve. Ao exame: Consciente e orientado, eupnéico, hidratado, afebril, PA= 90x70mmHg. Paciente coronariano com passado de DAC em setembro/2014 fez uma angioplastia com a colocação de dois stents convencionais em terço médio da DA. Medicações em uso: Enalapril 10 mg 2 vezes ao dia, AAS, Sinfastatina, Atenolol 50 mg 2 vezes ao dia, Clopidogrel.
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS: O tratamento inicial vai depender da estabilidade do paciente, nos hemodinamicamente estáveis o primeiro passo é a realização da manobra vagal. O fármaco de escolha é a adenosina- 6mg IV em bolus, seguida por flush de 20ml de solução salina. A cardioversão é uma opção para paciente com instabilidade hemodinâmica Assistência de Enfermagem: monitorização contínua (PA, frequência e ritmo cardíacos, frequência e profundidade das respirações); obter ECG; cuidados com o preparo e administração da droga; orientar quando a arritmia e seu tratamento; ajudar na redução da ansiedade. Resultados esperados: manter débito cardíaco; experimentar a redução da ansiedade; expressar a compreensão da arritmia e seu tratamento.
Temas dessa natureza devem ser abordados, visto que as arritmias cardíacas são casos frequentes nas emergências cardiológicas e exige conhecimento e habilidade do profissional da enfermagem na assistência ao paciente.

46667

Oclusão ostial da coronária direita: quais as repercussões?

RAFAEL ALESSANDRO, ALUISIO ROBERTO ANDRADE MACEDO JUNIOR, MILENA MOTTA DE ALMEIDA GOUVEIA, AUDES DIÓGENES DE MAGALHÃES FEITOSA, ANTONIO EDUARDO CAVALCANTI SANTOS, AFONSO BARRETO FILHO, RAPHAEL DE ATAIDE FERREIRA E UBIRACI SANTIAGO MARIANO JUNIOR

Hospital Dom Hélder Câmara, Cabo de Santo Agostinho, PE, BRASIL.

Introdução: O infarto do miocárdio é uma condição frequente e associada à elevada mortalidade. Entre os territórios vasculares, a coronária direita costuma estar associada a um melhor prognóstico, pois apenas cerca de 25% do miocárdio está sob sua responsabilidade. No entanto, quando o acometimento da artéria coronária direita é proximal pode ocasionar bradiarritmias e disfunção aguda do ventrículo direito, condições associadas a pior prognóstico. **Objetivo:** Descrever a evolução de uma paciente com oclusão de óstio da coronária direita. **Relato do caso:** Mulher, 72 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, foi admitida com infarto do miocárdio em parede inferior na fase subaguda. Como ainda apresentava dor torácica, foi submetida a cateterismo cardíaco que mostrou oclusão ostial de coronária direita. Tentada a angioplastia coronária com stent convencional no vaso afetado, sem sucesso. A paciente evoluiu com bradicardia juncional (implantado marcapasso provisório) e choque cardiogênico sendo necessário o uso de inotrópicos e vasopressores. Ecocardiograma mostrou função ventricular esquerda preservada (FE 54% - Simpson), discreta hipocinesia em parede inferior segmento basal, contudo apresentou importante hipocinesia em ventrículo direito (TAPSE 0,6 cm) e diâmetro de veia cava inferior de 2,2 cm sem colapsabilidade inspiratória. Oito horas após a admissão hospitalar a paciente evoluiu para óbito. **Comentários finais:** A oclusão proximal da artéria coronária direita provoca infarto de ventrículo direito em 30% dos pacientes. A tríade de hipotensão, murmúrio vesicular normal e pressão venosa jugular (PVC) elevada é característica dessa condição. O reconhecimento precoce é importante para melhora dos desfechos. Tratamento das bradiarritmias com restauração da sincronia átrio-ventricular, manejo cuidadoso da volemia guiado por PVC e suporte inotrópico são as opções terapêuticas quando não se consegue a reperfusão coronária. Suporte circulatório mecânico como ECMO pode ser útil em pacientes selecionados. **Conclusão:** A oclusão proximal de coronária direita requer vigilância intensiva quanto a bradiarritmias e associação com infarto do miocárdio no ventrículo direito. A ocorrência dessas condições aumenta sobremaneiramente a mortalidade nessa população.

46668

Apnéia obstrutiva do sono em pacientes com doença coronariana

JULIANE M SANTOS, CLÁUDIA R S ARAÚJO, BIANCA P G SILVA, SINTYA T CHALEGRE, MARTINHA M B CARVALHO E RODRIGO P PEDROSA

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Olinda, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Resumo: A interrupção da ventilação respiratória durante o sono é definida como Apneia Obstrutiva do sono (AOS) quando ocasionada por colapso de via aérea faríngea com pausa ≥ 10 segundos. AOS é uma doença de caráter crônico, progressivo e incapacitante, e embora esteja associada à maior predisposição de eventos cardiovasculares, ainda tem sido subdiagnosticada clinicamente.
Objetivo: Estimar a prevalência de AOS e demais fatores de risco de doenças cardiovasculares em pacientes que serão submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.
Metodologia: Trata-se de um estudo observacional analítico, do tipo corte transversal, no qual foram incluídos - no período de agosto de 2015 a março de 2016 - pacientes no pré-operatório de revascularização do miocárdio, admitidos no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco – PROCAPE, adultos de ambos os sexos, de 30 a 75 anos de idade, para avaliação diagnóstica da AOS através de polígrafo portátil, antes da realização da cirurgia. Foram excluídos os casos com indicação operatória de urgência. Foram utilizados os questionários de Epworth e Berlim para avaliação de sonolência e risco de AOS.
Resultados: A amostra consistiu em 94 pacientes com idade média de 61 anos. Desse grupo, classificamos a AOS de acordo com intensidade e evolução da doença, dentre os quais 53% apresentaram episódios de apneia leve ou normal, 32% AOS de grau moderado, e 15% AOS grave. Em relação à presença de outros fatores de risco, 80% da amostra apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 33% Diabetes Mellitus (DM). O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) esteve presente em 68% do grupo avaliado.
Conclusão: Diante da elevada prevalência da AOS na amostra estudada, chegando a 47% dos pacientes classificados com grau de moderado a grave, concluímos ser de extrema relevância a instituição da prática investigatória da presença da AOS, de forma que seja possível estabelecer critérios para seu controle e melhor prevenção de novos eventos cardiovasculares.

46669

Fibroelastoma duplo em valva mitral competente: Utilidade diagnóstica do ecocardiograma transesofágico tridimensional

ANDRÉA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA, SANDRO GONÇALVES DE LIMA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, EDUARDO SOUZA DE MELO, EUGENIO SOARES DE ALBUQUERQUE, ROBERTO DE OLIVEIRA BURIL, EDUARDO CAVALCANTI LAPA SANTOS, LUZIA KEYNE SOUSA CARNEIRO FROTA, MONICA DE MORAES CHAVES MENDONÇA, GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE E MICHELLE MOURA DE SOUZA

Universidade Federal de Pernambuco , Recife, PE, BRASIL - PROCAPE-Pronto-socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: o fibroelastoma papilífero é uma rara neoplasia benigna primária cardíaca. A terceira mais frequente, após os mixomas e lipomas, porém a mais comum nas válvulas cardíacas. A sua prevalência varia 4,4-8,0% dos tumores primários cardíacos. Embora a maioria dos pacientes seja assintomático, pode estar associado a complicações graves como acidente vascular encefálico (AVE), síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca, síncope, isquemia mesentérica, embolia pulmonar e morte súbita devido à embolização. **Relato de caso:** 31 anos, masculino com antecedente de HAS, dislipidemia, tabagismo ativo e dois AVE isquêmicos aos 24 e aos 29 anos de idade, com déficit motor discreto à esquerda e disfonia. Exame físico cardiovascular e o eletrocardiograma eram normais. Ecocardiograma transtorácico revelou dimensões de câmaras e função ventricular normais e presença de uma imagem arredondada séssil em face atrial de folheto anterior (porção A2) da mitral compatível com fibroelastoma com dimensões de 2X5mm. O ecocardiograma transesofágico 3D visualizou duas imagens sésseis nas localizações A2 (3X2mm) e A3 (5X4mm) com valva mitral competente. **Conclusão:** o diagnóstico diferencial do fibroelastoma inclui outros tumores cardíacos, trombo, vegetação e excrescências de Lambl. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica em pacientes sintomáticos ou assintomáticos com tumores à esquerda iguais ou maiores que 10 mm. Quando o envolvimento valvular está presente, a excisão com a reparação ou substituição da válvula é curativa. Com a utilização da ecocardiografia transesofágica 3D podemos aumentar a sensibilidade do diagnóstico desses tumores inferiores a 10 mm e programar a reparação cirúrgica, aumentando a probabilidade de preservação da valva nativa.

46671

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com insuficiência cardíaca crônica em hospital universitário.

INGRID C CIPRIANO, CAMILA M PAFFER, MARIANA L FONTE, RHAYSSA B VASCONCELOS, THUANNY G M MONTEIRO, CRISTINA CARRAZONI, CAMILA SARTESCHI, MARIA G A MELO, CAROLINA A MEDEIROS, SILVIA M MARTINS E WILSON A O JUNIOR

AMBULATÓRIO DE DOENÇA DE CHAGAS E IC - PROCAPE - UPE, RECIFE, PE, BRASIL

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico. Entretanto, apesar do crescente reconhecimento sobre sua importância, ainda há carência de dados epidemiológicos, dificultando a definição de prioridades para elaboração de estratégias e uma melhor condução. **OBJETIVO:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de IC crônica de ambulatório especializado em hospital universitário. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, de base ambulatorial com análise de 176 prontuários entre março e junho de 2016 em hospital universitário. Foram analisados: idade, sexo, raça, procedência, grau de instrução, renda familiar e situação laborativa. Entre os dados clínicos, avaliou-se: etiologia, classe funcional na admissão, estágio evolutivo, frações de ejeção atual e na admissão, comorbidades, tabagismo e etilismo. **RESULTADOS:** Foram avaliados 176 pacientes, com média de idade de 57 anos, variando de 15 a 111, sendo 57% homens. Houve predomínio da cor preta (35,2%), seguida da parda (34,7%); a maior parte dos pacientes era procedente da Região Metropolitana do Recife (55%), com baixa escolaridade (67%) e recebiam até 1 salário mínimo (49%). A maioria encontra-se aposentada ou em benefício social (58%), apenas 15% trabalham, 12% estavam desempregados e os demais (15%) não se enquadram nas categorias anteriores. As principais etiologias foram cardiopatia hipertensiva (36%), Doença de Chagas (20%) e idiopática (13%). As classes funcionais II (36%) e III (17%) predominaram na admissão dos doentes e somente 8% se apresentavam na classe IV. A fração de ejeção média no ecocardiograma de admissão foi de 37%, enquanto que a média da fração de ejeção mais recente foi de 43%. Entre as comorbidades, a hipertensão foi identificada em 71%, seguida de diabetes melito (25%); 18% dos pacientes eram etilistas e 12% tabagistas. **CONCLUSÃO:** O perfil dos doentes estudados evidenciou uma patologia grave, com acometimento precoce para a doença, perfil socioeconômico muito baixo, alta frequência de comorbidades e etiologias possíveis de serem evitadas, refletindo o padrão e o nível de atenção à saúde no Brasil. Conhecer o perfil epidemiológico e clínico envolvido auxilia a conduta médica e pode possibilitar a criação de políticas públicas de saúde, melhorando a prevenção da doença, assim como, o seu manejo e a sua terapêutica.

46672

Perfil do paciente com cinecoronariografia angiograficamente normal em hospital universitário de Recife

NELSON ANTONIO MOURA DE ARAUJO, EDUARDO DE ANDRADE CAMPOS, EDGARD VICTOR FILHO E BRIVALDO MARKMAN FILHO

Hospital das Clínicas, Recife, PE, BRASIL.

OBJETIVO - IDENTIFICAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE CINECORONARIOGRAFIA (CINE) ANGIOGRAFICAMENTE NORMAL EM PACIENTES SUBMETIDOS AO MÉTODO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE.
MÉTODO - ESTUDO OBSERVACIONAL NO QUAL FORAM INCLUIDOS PACIENTES COM INDICAÇÃO ELETIVA DE CINE DE FORMA CONSECUTIVA E PROSPECTIVA EM BANCO DE DADOS, NO PERIODO DE ABRIL DE 2015 A FEVEREIRO DE 2016. AS INFORMAÇÕES COMO SEXO, IDADE, FATORES TRADICIONAIS DE RISCO PARA DAC, QUADRO CLINICO DE ANGINA ESTÁVEL, TIPO DE TESTE INDUTOR DE ISQUEMIA (TII), INCLUINDO TESTE ERGOMÉTRICO, CINTILOGRAFIA OU ECO ESTRESSE FORAM TABULADOS, ASSIM COMO ALTERAÇÃO SEGMENTAR À ECOCARDIOGRAFIA (ALT. SEGMENTAR), INDICAÇÃO DE CINE PRÉ-OPERATÓRIA À CIRURGIA NÃO CORONARIANA (PRÉ-OP) E PRESENÇA DE DAC À CINE. DAC ANGIOGRÁFICA FOI DEFINIDA COMO IRREGULARIDADES PARIETAIS E/OU OBSTRUÇÃO CORONARIANA ≥ 10%. FORAM EXCLUIDOS CASOS AGUDOS OU NÃO ELETIVOS.
RESULTADO – FORAM INCLUIDOS 307 PACIENTES, OS QUAIS TINHAM EM MÉDIA 61 ANOS. CERCA DE 10% ERAM ≥ 75 ANOS. A MAIORIA ERA MASCULINA (55%) E HIPERTENSA (76%). APROXIMADAMENTE 27% ERAM DIABÉTICOS, UM TERÇO TABAGISTA E 22% DISLIPIDÊMICO. INDICAÇÕES DE CINE, VER TABELA. DAC FOI ENCONTRADA EM 68% DOS PACIENTES, DOS QUAIS DOIS TERÇOS APRESENTAVAM ALT. SEGMENTAR E NÃO POSSUIAM TII. PORÉM, CERCA DE 81% DAQUELES COM APENAS ALT. SEGMENTAR TINHAM DAC À CINE E 8% TINHAM DOENÇA VALVAR.

INDICAÇÕES DE CINE	%
ANGINA ESTÁVEL	80
TESTE INDUTOR POSITIVO	37
ALT. SEGMENTAR	20
PRÉ-OP	14

CONCLUSÃO – NESTE ESTUDO, UM TERÇO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CINE APRESENTOU CORONÁRIAS ANGIOGRAFICAMENTE NORMAIS. A MAIORIA NÃO APRESENTAVA TII, APESAR DE ELEVADA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO TRADICIONAIS E QUADRO CLÍNICO DE ANGINA ESTÁVEL. A ALT. SEGMENTAR EM REPOUSO AO ECO TEM ESTREITA CORRELAÇÃO COM PRESENÇA DE DAC À CINE.

46674

Rabdomioma gigante no período neonatal: relato de caso

CLEUSA CAVALCANTI LAPA SANTOS, LUZIENE ALENCAR BONATES DOS SANTOS, TEREZA ARREAS DE ALENCAR PINHEIRO, FABIANA GOMES ARAGÃO, KARINA TAVARES DE MELO NOBREGA, MARIANA DE ALMEIDA ROMA E FLAVIA JERÔNIMO DA SILVA

Instituto de Medicina Integral de Pernambuco, RECIFE, PE, BRASIL.

Introduçao: Os tumores cardíacos primários são achados raros em pacientes de todas as idades e apresentam prevalência aproximada de 0,01%. Quanto aos tipos histológicos, o rabdomioma cardíaco representa a linhagem histológica mais comum no período perinatal. Recentemente, observou-se incremento no diagnóstico desses tumores durante o período pré-natal, graças à contribuição da ecocardiografia fetal. **Objetivo:** relatar o caso de recém-nascido portador de tumor intracardíaco gigante, diagnosticado em ultrassonografia obstétrica, apresentando características sugestivas de rabdomioma. **Relato:** RN, sexo feminino, nascida de parto cesáreo com 36 semanas e 6 dias, peso 2555g, boas condições de vitalidade . Genitora foi encaminhada ao pré-natal de alto risco do IMIP, por apresentar episódio de taquicardia sinusal, na 32º semana de gestação. Evidenciado batimento cardiofetal irregular com bradicardia. USG obstétrica evidenciou formação expansiva nodular sólida, ecogênica, de contornos lobulados, medindo cerca de 7,4 x 6,8 x 3,0 cm de aparente origem no septo interventricular, estendendo-se para o ventrículo e átrio direitos, ocupando praticamente toda cavidade cardíaca deste lado. Lesão associada a bradiarritmia que, diante dos achados, a principal hipótese a ser considerada era rabidomioma. Realizado ecocardiografia fetal e ressonância nuclear magnética que corroboraram as características tumorais. Admitida na enfermaria de cardiologia pediátrica com 7 dias de vida, apresentando cianose discreta com restante do exame físico sem alterações. Ecocardiograma transtorácico confirmou os achados intraútero. Holter mostrou ritmo de fibrilação atrial, sendo optado por iniciar betabloqueador. Paciente segue estável aguardando definição cirúrgica. **Considerações finais:** o caso relatado mostra a importância da ultrassonografia obstétrica no diagnóstico inicial de tumores cardíacos, além de levantar a discussão a cerca da raridade e da grande variedade de apresentação clínica, a depender do tamanho, mobilidade e localização do tumor.

46676

Morte súbita abortada durante holter de 2Conclusão : O caso apresentado mostrou ocorrência de TV sustentada seguida de FV abortada, flagrado em Holter de 24 horas , em paciente que foi vista área de f

JOAO EVANILDO PEDROZA DE OLIVEIRA, AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE, RAFAEL CARVALHO VOUZELA E PRISCILLA BARBOSA ARAUJO

Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE/UPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução : A Fibrição Ventricular é uma causa comum de Morte Súbita Cardíaca , e é algumas vezes precedida por Taquicardia Ventricular Monomórfica ou Polimórfica . A doença arterial coronária é a principal causa de MSC, além de outras causas como Miocardites, Insuficiência Cardíaca.Paciente sexo masculino, 60 anos atendido na emergência do PROCAPE, proveniente de UPA onde foi atendido com quadro de mal estar, vômitos , e hipotensão (70 x 40 mmHg). ECG de entrada mostrou taquicardia ventricular, sendo realizada cardioversão elétrica. Exames laboratoriais mostraram alterações de marcadores de necrose miocárdica na UPA . Encaminhado ao PROCAPE foi submetido á Cateterismo em que mostrou coronárias isentas de ateromatose . Paciente foi então posto sob monitorização com Holter 24 horas , que mostrou ritmo sinusal de base, arritmia supraventricular de alta incidência, além de arritmia ventricular complexa: TV polimórfica não sustentada + TV sustentada. Durante o exame , Paciente apresentou PCR por fibrilação ventricular, sendo realizada desfibrilação, com retorno da circulação espontânea, e depois Amiodarona : ataque e depois manutenção endovenosa para impregnação . Paciente apresentou Potássio de 2,7 além das alterações de MNM. Realizado ECO TT com diâmetros normais, FE= 64%, além de acinesia apical do septo. Portador de HAS , e ex-tabagista , não fazia uso de medicações antes da admssão. Durante o internamento foi transferido para enfermaria . Na continuação da investigação foi proposto realização de Ressonância Cardíaca para melhor elucidação do caso, realizada em que mostrou : dilatação moderada de ventrículo esquerdo, disfunção sistólica discreta, alterações de contratilidade segmentar, presença de fibrose miocárdica nos segmentos inferolateral da região basal, inferior da região medial, e anterior, inferior e septal da região apical e do ápice, e aneurisma apical. A Massa de fibrose era de 20g, correspondente a cerca de 13,8% da massa do VE. Diante deste achado foi discutido caso com a Arritmologia sendo decidido implante de CDI. Evolui estável, recebendo alta sem novos episódios de arritmia.**Conclusão :** O caso apresentado mostrou ocorrência de TV sustentada seguida de FV abortada, flagrado em Holter de 24 horas , em paciente que foi vista área de fibrose significativa em RMN , e hipocalemia . Pelo percentual de Fibrose encontrado , num paciente que apresentou Morte Súbita abortada , de etiologia não totalmente definida foi indicado implante de CDI .

46678

Dissecção espontânea de coronária

VANESSA ALVES DE CARVALHO, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS, MARIA DO SOCORRO DUARTE LEITE E RICARDO PONTES DE MIRANDA

PROCAPE, RECIFE, PE, BRASIL.

Introdução: A Dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) é uma condição clínica rara e, na maioria dos casos apresenta-se como síndrome coronariana aguda (SCA) em pacientes jovens do sexo feminino, sem fatores de risco para doença arterial coronariana. Caracteriza-se por uma separação não iatrogênica e não traumática da parede arterial coronária por hemorragia intramural criando uma falsa luz. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, portadora de doença reumática crônica, fibrilação atrial paroxística e hipotireoidismo, admitida no setor de emergência com queixa de precordialgia em aperto, com irradiação para mandíbula e membro superior esquerdo há 1 semana, que durava poucos minutos, intermitente, com piora 24h antes da admissão. Apresentou ECG à admissão que evidenciou ritmo sinusal, regular e presença de discreto infradesnivelamento do segmento ST-T nas derivações de V4-V6. Havia realizado cateterismo cardíaco prévio em 2008 e 2013 para avaliação de valvopatia mitral, entretanto sem evidência de doença coronariana obstrutiva. Evoluiu durante internamento com novos episódios de dor precordial e com alterações do padrão do ECG que apresentou supradesnivelamento do segmento ST-T isolado em V3 e, posteriormente, evolução para supradesnivelamento do segmento ST-T nas derivações V2-V4. A dosagem de enzimas cardíacas evidenciou Troponina 1,250 ng/ml (VN: até 0,014) e CK MB 20,38 ng/ml (VN: até 4,94). A paciente foi submetida a cateterismo cardíaco que evidenciou imagem de linha de dissecção de coronárias – nas artérias descendente anterior e circunflexa desde os seus óstios, com fluxo distal TIMI III. Paciente evoluiu com melhora clínica após otimização terapêutica, recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** DEAC é considerada uma causa rara de síndrome coronariana aguda e morte súbita cardíaca, respondendo por 0,1%-4% de todos os casos de SCA. O mecanismo etiopatogênico ainda não foi totalmente esclarecido. O diagnóstico é realizado pela cineangiocoronariografia, entretanto Ultrassom intracoronário é uma ferramenta fundamental e deve ser usado na avaliação diagnóstica e do resultado terapêutico nesses casos. Ainda não há um consenso a respeito do tratamento e as opções dependem de vários fatores como: a apresentação clínica, o estado hemodinâmico do paciente, a anatomia coronária e a extensão da dissecção, bem como, o número de vasos envolvidos e o fluxo coronário distal.

46679

Elevação da troponina ultrassensível indica apenas infarto do miocárdio?

RAFAEL ALESSANDRO, ALUISIO ROBERTO ANDRADE MACEDO JUNIOR, MILENA MOTTA DE ALMEIDA GOUVEIA, AUDES DIÓGENES DE MAGALHÃES FEITOSA, ANTONIO EDUARDO CAVALCANTI SANTOS, RAPHAEL DE ATAIDE FERREIRA, AFONSO BARRETO FILHO E UBIRACI SANTIAGO MARIANO JUNIOR

Hospital Dom Hélder Câmara, Cabo de Santo Agostinho, PE, BRASIL.

Introdução: Na era das troponinas ultrassensíveis (Tn), deve-se ter atenção para o diagnóstico diferencial da sua elevação na urgência. Condições extracardíacas podem cursar com aumento de seus níveis e nos casos em que a história clínica e o eletrocardiograma não auxiliam na definição diagnóstica de infarto do miocárdio, deve-se alertar para a possibilidade de condições tão graves como dissecção de aorta, sepse e embolia pulmonar. **Objetivo:** Descrever um caso de embolia pulmonar simulando infarto do miocárdio. **Relato do caso:** Mulher, 81 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, obesidade mórbida e com passado recente de acidente vascular encefálico (AVC), foi admitida com dor torácica associado a episódios eméticos e de sudorese súbitos. Sem cardiopatia conhecida. Eletrocardiografia demonstrou taquicardia sinusal com bloqueio de ramo direito e alteração inespecífica na repolarização ventricular. Rx tórax sem alterações. Apresentou elevação de Tn (0,980 ng/mL). Submetida a cateterismo cardíaco com achado de lesão severa apenas no segmento distal da ventricular posterior. Conduzida conservadoramente do ponto de vista coronário. Após 24 horas, cursou com febre, dispneia e hipotensão. Iniciado vasopressores e inotrópicos. Ecocardiograma demonstrou função ventricular preservada, sem déficit contrátil segmentar, no entanto foi vista disfunção sistólica importante do ventrículo direito (TAPSE 1,0 cm), artéria pulmonar dilatada, hipertensão arterial pulmonar importante, veia cava inferior dilatada sem colapsabilidade. Devido a instabilidade hemodinâmica rapidamente progressiva, não foi possível transferir a doente para arteriografia com embolectomia. Trombolítico era contraindicado pelo AVC recente. Paciente evoluiu para óbito por choque refratário. **Comentários:** Embolia pulmonar cursando com choque obstrutivo é uma condição grave com elevada mortalidade e deve ser reconhecida precocemente. A suspeição clínica é fundamental nos doentes admitidos por dor torácica sem achados eletrocardiográficos ou de imagem que corroborem para o diagnóstico de infarto do miocárdio, ainda que apresentem elevação da Tn. A avaliação de probabilidade mediante escores de risco para embolia pulmonar, como o de Wells, é uma alternativa nessas situações. **Conclusão:** A Tn não se altera apenas no contexto de infarto do miocárdio. Lembrar das condições extracardíacas que também elevam esses marcadores pode ser definidor no prognóstico dos doentes admitidos por dor torácica.

46680

Treinamento muscular inspiratório associado à Reabilitação Cardíaca melhora a performance diafragmática avaliada pela ultrassonografia: um estudo piloto.

JESSICA C LEITE, SIMONE C S BRANDAO, ARMELE DORNELAS DE ANDRADE, SHIRLEY LIMA CAMPOS, BRUNA T S ARAÚJO, ADRIANE B CARDIM, HELEN K B FUZARI, AMINA M S LIMA, JASIEL NASCIMENTO, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) promove alterações na musculatura estriada esquelética, que podem intensificar não só os sintomas respiratórios, mas também levar à fadiga. Além do acometimento muscular periférico, os músculos respiratórios, em especial o diafragma, podem sofrer modificações decorrentes do acometimento sistêmico na IC. O treinamento muscular inspiratório (TMI) tem sido uma excelente alternativa em programas de reabilitação cardíaca (RC), para fortalecimento desta musculatura. A ultrassonografia quando aplicado à avaliação diafragmática, tem sido utilizada avaliando desde espessura até a mobilidade. **OBJETIVOS:** Avaliar o impacto do TMI em associação a um programa de RC sobre a espessura e mobilidade do músculo diafragma em pacientes com IC. **MÉTODOS:** Foram incluídos pacientes com IC de todas as etiologias, idade entre 21 e 60 anos, classe funcional II e III pela New York Heart Association (NYHA), fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) menor que 50% e fraqueza da musculatura inspiratória com PImáx < 70% do predito. Os mesmos foram alocados em grupo experimental (RC+TMI) e grupo controle (RC+Sham). Realizou-se a ultrassonografia do músculo diafragma para avaliação da mobilidade e espessura. A média e desvio padrão dos resultados obtidos em cada grupo foram calculados por meio do Software SPSS Statistics versão 20.0. **RESULTADOS:** Avaliaram-se sete pacientes com IC (4 pacientes do grupo RC+TMI e 3 pacientes no grupo RC+Sham), a média de idade foi 55,5±4,96 anos, a média de peso 70,8±14,01 Kg e da FEVE 36,2±6,69%. Ambos grupos apresentaram valores maiores de mobilidade, espessuras e taxa de espessamento na avaliação final. Entretanto, o grupo que realizou TMI associado a RC, obteve um incremento maior nos valores finais da espessura avaliada durante a PImáx (45,2% a mais que o valor inicial) e da taxa de espessamento do diafragma (28,6% a mais), quando comparado ao que não realizou TMI. **CONCLUSÃO:** Nossos dados apontam que a RC melhora a performance diafragmática avaliada pelo USG e quando associa-se TMI, esta performance se mostra mais pronunciada pelo aumento da espessura diafragmática durante o esforço máximo, bem como a taxa de espessamento. Considerando que a performance diafragmática está intimamente ligada à morbidade de pacientes com IC, a RC associada ao TMI surge como terapêutica não-farmacológica coadjuvante no tratamento destes doentes.

46681

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA EM PACIENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - RELATO DE CASO

NICEAS ALVES FERREIRA NETO, RAFAEL CARVALHO VOUZELA, PRISCILLA BARBOSA ARAUJO E JOAO EVANILDO PEDROZA DE OLIVEIRA

PROCAPE, Recife , PE, BRASIL.

Introdução: O uso da terapia antirretroviral (TARV) aumentou a expectativa de vida de pacientes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Com a sobrevida prolongada e melhor controle da suscetibilidade infecciosa, complicações vasculares têm emergido como uma fonte de significativa morbimortalidade nesses pacientes. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 45 anos, soropositiva sem Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em TARV chega à Emergência Cardiológica com quadro de edema progressivo de membros inferiores há dois meses, estando ao nível dos joelhos na admissão. Paciente nega variação do edema no decorrer do dia, bem como ao acordar. Refere surgimento, no mesmo período, de edema abdominal e dispneia há uma semana. Em uso de Hidroclorotiazida 25 mg após diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Nega Doença Arterial Coronariana, diabetes mellitus, asma, tabagismo, etilismo, e apresenta epidemiologia negativa para esquistossomose. Eletrocardiograma de admissão com taquicardia sinusal, desvio de eixo à direita, bloqueio incompleto de ramo direito. Também foi realizado Ecocardiograma Transtorácico, que mostrou câmaras direitas dilatadas, insuficiência tricúspide importante, hipertensão arterial pulmonar grave e artéria pulmonar dilatada, além de leve derrame pericárdico. Não foram constatadas anormalidades nas câmaras esquerdas. A Tomografia Computadorizada do tórax mostrou derrame pleural à direita, área cardíaca aumentada (também observada em Radiografia ântero-posterior de tórax), opacidades em vidro fosco com consolidação em lobo superior esquerdo. Não foram observados sinais de Tromboembolismo Pulmonar. Também foi observado aumento hepático, assim como do calibre da veia cava inferior intra-hepática, sendo solicitada Ultrassonografia de abdome total, que comprovou a hepatomegalia. Após estabelecido o diagnóstico de Hipertensão Arterial Pulmonar, a paciente foi liberada para acompanhamento ambulatorial em uso de Sildenafil® e Obensatana®. **Conclusões:** A HAP predispõe a várias disfunções, primeiramente limitadas ao sistema cardiopulmonar, e posteriormente atinge outros sistemas, constituindo importante fator para diminuição da expectativa de vida do paciente. Quando a HAP ocorre em soropositivos, então, o prognóstico pode ser ainda mais reservado caso o diagnóstico não seja estabelecido precocemente.

46682

Correlação entre atividade adrenérgica cardíaca e capacidade funcional na insuficiência cardíaca

JESSICA C LEITE, SIMONE C S BRANDAO, ARMELE DORNELAS DE ANDRADE, SHIRLEY LIMA CAMPOS, BRUNA T S ARAÚJO, BEATRIZ DE SOUSA MONTEIRO, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, POLYNE SALES, RAFAELY V S COSTA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) cursa com diversas alterações hemodinâmicas e complexos mecanismos neuro-hormonais compensatórios intrínsecos, como as disfunções no sistema nervoso autônomo. A avaliação da atividade e da inervação simpática cardíaca nestes pacientes podem ser feitas através da cintilografia cardíaca com 123I-MIBG. Sabe-se que hiperatividade simpática cardíaca e capacidade funcional reduzida são marcadores de gravidade. Na IC, o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) é considerado padrão-ouro para avaliar capacidade funcional e resposta terapêutica. Uns dos principais parâmetros avaliados por meio deste teste é o consumo máximo de oxigênio (VO2máx) e o consumo máximo de oxigênio no primeiro limiar aeróbico (VO2máxLV1). **OBJETIVOS:** Verificar a correlação entre a capacidade funcional e a atividade adrenérgica cardíaca em pacientes com IC. **MÉTODOS:** Foram incluídos pacientes com IC de todas as etiologias, idade entre 21 e 60 anos, de ambos sexos, classe funcional II e III pela New York Heart Association e fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) menor que 50%. Foi realizada cintilografia cardíaca com 123I-MIBG, sendo medidos a relação coração/mediastino (RC/M) precoce e tardia e a taxa de Washout (TW) do 123I-MIBG, em percentual. O TCPE foi usado para avaliação da capacidade funcional. A correlação de Pearson avaliou o grau de associação entre VO2máx, VO2máxLV1 e os índices da cintilografia cardíaca com 123I-MIBG. RESULTADOS: Nove pacientes (idade média 54±7 anos, FEVE média 32±11%) participaram deste estudo. Foi observada uma forte correlação inversa entre o VO2máx (r= -0,76; p< 0,05), o VO2máxLV1 (r= -0,71; p< 0,05) e a RC/M precoce. A RC/M tardia e a TW não mostraram correlação com as variáveis do TCPE. **CONCLUSÃO:** Em pacientes com IC, a capacidade funcional foi inversamente proporcional ao grau da atividade simpática cardíaca. A RC/M precoce parece ser o melhor índice da cintilografia cardíaca com 123I-MIBG para avaliar esta correlação.

46683

Treinamento muscular inspiratório associado a um programa de reabilitação melhora atividade simpática de pacientes com insuficiência cardíaca

JESSICA COSTA LEITE, SIMONE C S BRANDAO, BRUNA T S ARAÚJO, AMINA M S LIMA, HELEN K B FUZARI, RAFAEL J C MAIA, SILVIA MARINHO MARTINS, DAYANNE K S HENRIQUES, MEIRIELY R S SILVA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) leva a um desequilíbrio no sistema nervoso autônomo. A atividade e a inervação simpática cardíaca podem ser avaliadas através da cintilografia cardíaca com 123I-MIBG. A inclusão do Treinamento Muscular Inspiratório (TMI) dentro dos programas de reabilitação cardíaca (RC) vem sendo uma boa estratégia para melhora dos achados clínico-funcionais em pacientes com IC. **OBJETIVOS:** Avaliar o impacto do TMI associado a um programa de RC na modulação da atividade simpática cardíaca de pacientes com IC. **MÉTODOS:** Estudo preliminar onde foram incluídos seis pacientes (idade média 54± 8 anos, FEVE média 35± 11%) com IC de todas as etiologias, classe funcional II e III pela New York Heart Association e fraqueza da musculatura inspiratória com PImáx < 70% do predito. Dos seis pacientes, 3 foram alocados no grupo experimental (RC+TMI) e 3 pacientes no grupo controle (RC+Sham). Foi realizada cintilografia cardíaca com 123I-MIBG, sendo medidos a relação coração/mediastino (RC/M) precoce e tardia e a taxa de Washout (TW) do 123I-MIBG, em percentual. Foi usado para análise estatística o Software SPSS Statistics versão 20.0 para Windows. **RESULTADOS:** Os valores da RC/M precoce e tardia aumentaram na avaliação final de ambos os grupos após 12 semanas de RC, com ou sem TMI. Entretanto, o comportamento da TW foi satisfatório apenas no grupo que realizou RC+TMI, com uma redução média de 12,2%. Em contrapartida, no grupo que realizou a RC sem TMI, houve um aumento médio de 35,3% no valor final da TW. **CONCLUSÃO:** A RC associada ao TMI pode reduzir a TW de pacientes com IC, refletindo um melhor tônus simpático cardíaco.

46684

O Glittre ADL-Test se correlaciona com o teste de exercício cardiopulmonar na avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca

JESSICA C LEITE, VANESSA R RESQUETI, SIMONE C S BRANDAO, ARMELE DORNELAS DE ANDRADE, BEATRIZ S MONTEIRO, BRUNA T S ARAÚJO, ALITA P L NOVAES, MEIRIELY R S SILVA, ENDY B N HORA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Introdução: Indivíduos com Insuficiência Cardíaca (IC) frequentemente apresentam fadiga e a dispneia, o que leva à inatividade, prejudicando sua função cardiovascular e muscular periférica ocasionando redução da capacidade funcional. O Teste Ergoespirométrico é o principal instrumento de avaliação da capacidade funcional, porém é um método caro, de variáveis complexos, além de grande sofisticação tecnológica. Isso justifica a necessidade de utilizar outros testes mais baratos e acessíveis, porém igualmente eficientes, a exemplo do Glittre ADL-Test. **Objetivo:** Verificar a aplicabilidade do Teste Glittre na avaliação da capacidade funcional de pacientes com IC, e sua correlação com as variáveis do Teste máximo ergoespirométrico. **Métodos:** 22 voluntários de 21 a 65 anos, diagnóstico de Insuficiência cardíaca de todas as etiologias e classe funcional II-III pela NYHA, realizaram a Ergoespirometria e o Glittre ADL-Test. Os dados foram analisados através do pacote estatístico SPSS 20.0, o teste Shapiro-Wilk para testar a normalidade das variáveis e a correlação de Spearman para associação entre as mesmas. **Resultados:** Correlacionamos o tempo total despendido no Glittre ADL-Test com as variáveis ergoespirométricas (VO2pico, VO2 no LV1, VE/VCO2 no LV1, VE/VCO2 slope, Tempo VO2 pico, Tempo LV1, T ½ e Potência máxima). O tempo médio despendido na realização do teste Glittre foi de 295,88 + 80,10 segundos, com o mínimo de 207 segundos e máximo de 531 segundos, apresentando correlações moderada com o VO2max (r=-0,4, p=0,05), e com a Potência máxima (r=-0,597, p=0,002). As demais variáveis não mostraram correlação significativa. **Conclusões:** Sendo assim, o Teste Glittre parece ser uma ferramenta promissora na avaliação da capacidade funcional de indivíduos com IC, podendo ser incluído dentre os testes submáximos para avaliação da capacidade funcional em cardiopatas. Além disso, apresenta maiores vantagens em relação a outros testes pois considera fatores importantes que levam a diminuição de capacidade funcional nestes pacientes, como a fadiga dos membros superiores e inferiores.

46685

Preditores ecocardiográficos de mortalidade hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada em um hospital terciário de Recife-Pe

THIAGO GABRIEL FREIRE, SILVIA MARINHO MARTINS, CAROLINA DE ARAUJO MEDEIROS, CAMILA SARTESCHI, SERGIO JOSE OLIVEIRA DE AZEVEDO E SILVA, MARIA CELITA DE ALMEIDA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, PAULA CORREIA OLIVEIRA, SERGIO TAVARES MONTENEGRO E PAULO SERGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

RealCor/Procardio, Recife, PE, BRASIL.

FUNDAMENTO: Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD) possuem elevada mortalidade hospitalar. A identificação de fatores prognósticos propicia melhor entendimento dos aspectos fisiopatológicos da doença e condução terapêutica mais adequada. São escassos os estudos dedicados a identificar preditores ecocardiográficos de mortalidade hospitalar em pacientes com ICD.
OBJETIVO: Analisar e identificar os parâmetros ecocardiográficos que são preditores de mortalidade hospitalar nos pacientes internados com ICD em um hospital terciário de Recife-Pe.
MÉTODO: Foram registrados 369 pacientes internados com ICD e que realizaram ecodopplercardiograma no internamento entre 04/2007 a 12/2015. Para as variáveis qualitativas foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando necessário. O teste t-Student foi utilizado para a comparação de medias das variáveis quantitativas. O nível de significância assumido foi de 5%, e as análises foram realizadas no SPSS v. 21.0.
RESULTADOS: A média de idade foi de 72 anos (DP=13), predominância do sexo masculino (60%), HAS (87%), DM (52%), etiologia isquêmica (53%) e FEVE<45% (58%), com duração média de internação de 15 dias. A mortalidade intra-hospitalar foi de 15% e esteve associada ao aumento de ventrículo direto (p=0,002) e à insuficiência tricúspide (p=0,41). Outras variáveis como fração de ejeção (p=0,17) e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (p=0,36), insuficiências aórtica (p=0,59) e mitral (p=0,89), pressão sistólica na artéria pulmonar (p=0,66) e tamanho do átrio esquerdo (p=0,47) não tiveram correlação com óbito durante internamento.
CONCLUSÃO: As variáveis ecocardiográficas que se mostraram preditores de mortalidade hospitalar, na amostra analisada, foram aumento do ventrículo direito e insuficiência tricúspide. Parâmetros de função ventricular esquerda, assim como regurgitações valvares não foram eficazes em prever evolução para óbito durante internamento.

46686

A disautonomia cardíaca interfere na função pulmonar e mobilidade diafragmática de pacientes com Insuficiência Cardíaca

ANA C S SANTOS, JESSICA C LEITE, SIMONE C S BRANDAO, ADRIANE B CARDIM, ANA IRENE CARLOS DE MEDEIROS, AMINA M S LIMA, ENDY B N HORA, JACQUELINE M BARCELAR, HERICA N CORREIA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Botsuana - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) provoca redução da capacidade de exercício, e esta é decorrente da múltipla interação entre os sistemas cardiovascular, respiratório, metabólico, muscular, todos modulados pelo sistema nervoso autônomo. Portanto, qualquer desequilíbrio nessa interação pode ser um indicativo de pior prognóstico. **Objetivo:** Analisar a interferência do sistema nervoso autônomo na função pulmonar e mobilidade diafragmática de insuficientes cardíacos. **Métodos:** 22 pacientes diagnosticados com Insuficiência cardíaca (NYHA II-III), realizaram Ultrassonografia para avaliação da mobilidade diafragmática, Espirometria para mensuração do VEF1, CVF e do índice de Tiffeneau e a Ergoespirometria para determinação da Frequência cardíaca (FC) de recuperação no primeiro minuto após esforço máximo, considerado presença de disautonomia, a recuperação da FC <12 bpm, os pacientes foram divididos em dois grupos, com Disautonomia (G1-8) e sem (G2-14). A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk, e a comparação de médias pelo teste-t, sendo considerada nível de significância <0,05. Resultados: Os pacientes apresentaram média de idade de 48,91±9,18 anos, peso médio de 81,17±17,90 Kg, fração de ejeção de 31,13±12,62%, sendo 56,5% do sexo masculino. Comparando a média do grupo, encontramos significância das médias para o VEF1 (G1= 1,67; G2=2,55; p= 0,01), e seu valor predito (G1=51,2; G2=79,7; p<0,01), para a CVF (G1=2,01; G2=3,08; p<0,01) e seu valor predito (G1=50,1; G2=79,1; p<0,01), e para a mobilidade do músculo diafragma (G1=54,9; G2=73,2; p<0,01). **Conclusões:** Nossos achados reforçam o que a literatura tem mostrado até agora, que a Disautonomia pode causar redução da capacidade de exercício e por consequência, inatividade física, diminuição da capacidade oxidativa do músculo esquelético com menor perfusão muscular e disfunção endotelial, favorecendo o aparecimento da fadiga muscular e dispneia. Além disso o correto funcionamento do sistema parassimpático tem importante papel na modulação do tônus da musculatura das vias aéreas, com repercussões na função pulmonar.

46687

Relação entre a frequência cardíaca de recuperação e a capacidade funcional em indivíduos com Insuficiência Cardíaca.

JESSICA C LEITE, SIMONE C S BRANDAO, AMINA MARIA SOARES DE LIMA, JACQUELINE M BARCELAR, JASIEL NASCIMENTO, BRUNA THAYS SANTANA DE ARAÚJO, GUILHERME H S PEREIRA, BEATRIZ S MONTEIRO, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é caracterizada pelo desequilíbrio do sistema nervoso autônomo e consiste na exacerbação do sistema simpático e supressão do parassimpático, fato responsável por desencadear intolerância ao exercício e redução da capacidade funcional, desfechos importantes por refletirem a mortalidade nessa população. **Objetivo:** Observar a correlação entre a FC de recuperação (FCR) após o Teste Ergoespirométrico (TE) e a Capacidade Funcional (VO2pico), e tolerância ao exercício representadas pelo Tempo para atingir o primeiro Limiar Ventilatório (TLV1) e a Potência relativa (W/Kg) na população de indivíduos com IC. Método: Realizou-se a avaliação de 30 indivíduos de ambos os sexos com IC, com NYHA II-III e FE < 55%. Foi realizado o TE pela Esteira Ergo PC® e a análise dos gases expirados pelo Cortex – Metalyzer II no qual foram avaliadas: a capacidade funcional, a tolerância ao exercício e registrada após o intervalo de 1 minuto de término do teste a FC de recuperação. **Resultado:** A amostra foi composta por 30 indivíduos de ambos os sexos, sendo 60% do sexo masculino e idade de 47,43± 12,03 anos. As médias das variáveis foram: FCR (22,10±16,53 bpm), VO2pico (19,44±8,85 mL/Kg x min), TLV1 (331,9±97,3 segundos) e Potência relativa (3,26±2,3 W/Kg). A FCR mostrou correlações positivas com o VO2pico (r=0,40; p<0,05) e com a Potência relativa (r=0,44; p=0,01). As demais variáveis não apresentaram correlações significativas. **Conclusões:** A presença de correlação moderada entre as variáveis FCR, VO2pico e Potência relativa confirmam que um desequilíbrio simpatovagal tem consequência na capacidade funcional de indivíduos com IC, e, portanto, deve ser rotineiramente avaliado.

XXX

Reprodutibilidade do Glittre ADL-Test em indivíduos com insuficiência cardíaca

JESSICA C LEITE, VANESSA R RESQUETI, SIMONE C S BRANDAO, SHIRLEY LIMA CAMPOS, BEATRIZ DE SOUSA MONTEIRO, CAROLINA A MEDEIROS, BRUNA T S ARAÚJO, MEIRIELY R S SILVA, ENDY B N HORA, MARIA INES REMIGIO DE AGUIAR E DANIELLA C BRANDÃO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da UFPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Introdução: A capacidade funcional está relacionada diretamente com a morbidade de pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) e pode ser avaliada por vários métodos, porém até o momento nenhum teste foi capaz de incorporar tarefas funcionais. Nessa esfera, podemos citar o Teste Glittre, que surgiu com o objetivo de avaliar a limitação funcional em pacientes de forma submáxima, através de ações que procuram refletir atividades da vida diária. Ele foi especificamente desenvolvido para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), porém considerando as semelhanças relacionadas às alterações na estrutura e função pulmonar, na musculatura periférica e nas limitações funcionais entre estas duas doenças, este instrumento pode ser útil na avaliação de pacientes com IC. **Objetivo:** Avaliar a reprodutibilidade intra-observador do Teste Glittre na população com IC. **Métodos:** 22 pacientes diagnosticados com IC (NYHA II-III) de diferentes etiologias, foram convocados para dois dias de avaliação. No 1º dia foi coletado a história clínica, a antropometria e realizado o Teste Glittre 1 (TG1), no 2ª dia os pacientes realizaram o Teste Glittre 2 nas mesmas condições experimentais. O Tempo total dispendido em ambos os testes foi comparado, a fim de determinar a confiabilidade do mesmo. Foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) com modelo two-way mixed/consistency e o coeficiente de variação para medidas duplicadas (CV). Resultados: A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos (63,6% homens), com média de idade de 46,6±11,2 anos, IMC médio de 29,03±4,95 Kg/m² e fração de ejeção de 30,07±12,1%. O tempo total médio do TG1 foi de 284±65,01 segundos, do TG2 de 255,5±47,45 segundos e da diferença de tempo entre os testes foi de -28,50±28,10 segundos. O CCI mostrou boa confiabilidade com valor de 0,87 e p<0,01, o CV foi de 10,37% o que é considerado aceitável. **Conclusões:** O teste Glittre mostrou ser uma medida de avaliação complementar confiável, pois sofre pouca influência da variabilidade entre os sujeitos sob análise. Além disso reportar as características de um instrumento de avaliação pode contribuir para a melhoria da qualidade nas pesquisas em fisioterapia cardiovascular.

ÍNDICE REMISSIVO
POR AUTOR E Nº DO TEMA

A

Alana de Carvalho Silva - 46630

Aline dias Ribeiro de Andrade Lima - 46576

Ana C S Santos - 46686

Andréa Bezerra de Melo da Silveira - 46651, 46669

Andréia S Passos - 46631

Anna P L Melo - 46597

C

Camila Sarteshi - 46598

Carolina de Araujo Medeiros - 46635

Cleusa Cavalcanti Lapa Santos - 46674

D

Danielle Cristina Pimentel Cabral - 46663, 46664

Diego Santos de Oliveira - 46634

Diogo L M Ferraz - 46457

E

Elba A Santos - 46602

Elindice Maria dos Prazeres Almeida - 46655

Erika Maria Santos da Silva - 46583, 46584

F

Felipe J A Falcão - 46548

G

Gabriela Marques Pereira de Alencar - 46581

Gabriela Paiva Cavalcanti - 46571

Glory Eithne Sarinho Gomes - 46661

Gustavo Henrique Belarmino de Goes - 46585, 46589, 46590, 46591, 46594

Gustavo Sérgio Lacerda Santiago Filho - 45727, 45904

H

Hygor Duarte de Lemos - 46568, 46586, 46587, 46588

I

Ingrid C Cipriano - 46671

J

Jannine M P B C Andrade - 46632

Jessica C Leite - 46680, 46682, 46684, 46687, 46688

Jessica Cordeiro de Siqueira Campos - 46575

Jessica Costa Leite - 46683

Joao Evanildo Pedroza de Oliveira - 46676

Jonathas Carlos de Lima - 46639

José Breno de Souza Neto - 46582

Jose Gildo de Moura Monteiro Junior - 45802

Juciano Silvino de S Silva - 46494

Juliana Rodrigues Neves - 46580

Juliane M Santos - 46668

L

Leonardo José de Cupertino Barreto da Ro - 46636, 46637, 46638

Luana de Sousa Lima Reboucas - 46592

Luzia Keyne Sousa Carneiro Frota - 46648

M

Maira Azevedo Ximenes - 46662

Marcus Vinicius Dantas da Nobrega - 46562

Mariana Vaz Carvalho de Queiroz - 46666

Milena A M Bonafe - 46593

N

Nelson Antonio Moura de Araujo - 46672

Niceas Alves Ferreira Neto - 46660, 46681

P

Priscilla Barbosa Araujo - 46650, 46652, 46654, 46656, 46658

R

Rafael Alessandro - 46604, 46667, 46679

Rodrigo de Lemos Soares Patriota - 46002

T

Thamires Tavares da Silva - 46572, 46573

Thiago Gabriel Freire - 46685

V

Vanessa Alves de Carvalho - 46678

Victor Ramires Reynaux Borba - 46659