



ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Resumo das
Comunicações**

Volume	Número	Suplemento
120	5	2
Maio 2023		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

1º CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DA MULHER - DCM 2023

SÃO PAULO - SP



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Corpo Editorial

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editor de Mídias Sociais

Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa

Ruhong Jiang

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti (coeditora)

Cardiologia Cirúrgica

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas

Vitor C. Guerra

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Nuno Bettencourt

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Genética

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES – Brasil

Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

Andrei Carvalho Sposito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Angelo Amato Vincenzo de Paola Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP – Brasil

Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRCS), Porto Alegre, RS – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (Incor HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Celso Amodeo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cleoneice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Précoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emilio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Buffolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Expedido E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), Salvador, BA – Brasil

Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Gilson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Glaucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – Assist. Medica Internacional LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil

Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP – Brasil

Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil

José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil

José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil

José Pérciles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil

Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil

Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ) São Paulo, SP – Brasil

Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil

Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil

Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Max Grinberg – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil

Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Roberto S. Brofman – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR – Brasil

Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil

Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil

Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Silvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil

Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil

Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil

William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Alan Maisel – Long Island University, Nova York – EUA

Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina

James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – EUA

João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – EUA

John G. F. – Cleland Imperial College London, Londres – Inglaterra

Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal

Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha

Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica

Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – EUA

Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – EUA

Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Conselho Administrativo – Mandato 2023 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Leste

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ) – Presidente do Conselho Administrativo

Região Paulista

Celso Amodeo (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG) – Vice-presidente do Conselho Administrativo
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Região Sul

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Ibraim Masciarelli Francisco Pinto (SP)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque	SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior	SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho
SBC/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva	SBC/MT – Fábio Argenta	SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira
SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena	SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto	SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos
SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto	SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues	SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade
SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza	SBC/PB – Guilherme Veras Mascena	SOCERON – Marcelo Salame
SBC/ES – José Aírton de Arruda	SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque	SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira
SBC/GO – Humberto Graner Moreira	SBC/PI – Jônatas Melo Neto	SOCESP – Ieda Biscegli Jatene
SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho	SBC/PR – Olímpio R. França Neto	
SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto	SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima	

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad	SBCCV – João Carlos Ferreira Leal	DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro
SBC/DCC – Bruno Caramelli	SOBRAC – Fatima Dumas Cintra	DCC/GECO – Roberto Kalil Filho
SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins	SBHCI – Ricardo Alves da Costa	DEIC/GEICPED – Estela Azeka
SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida	DCC/GECIP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira	DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões
SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon	DCC/GECOP – Maria Verônica Câmara dos Santos	DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira
SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior	DCC/GEPREVIEW – Isabel Cristina Britto Guimarães	DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva
SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior	DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari	DERC/GEEN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira
SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho	DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior	DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento
SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende	DCC/GECETI – João Luiz Fernandes Petriz	
SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães	DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva	
SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida	DCC/GEECG – Nelson Samesima	

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 120, Nº 5, Supl. 2, Maio 2023

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

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

deste suplemento

DCA Consulting & Events

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.



Resumo das Comunicações

**1º CONGRESSO DE CARDIOLOGIA
DA MULHER - DCM 2023**

SÃO PAULO - SP

22224

Existe associação entre o sexo feminino e a mortalidade após a cirurgia de revascularização do miocárdio?

MAXIM GONCHAROV, ERLON OLIVEIRA DE ABREU SILVA, PEDRO GABRIEL DE MELO BARROS E SILVA, ADRIANA COSTA MOREIRA, LUCAS TRAMUJAS, FABIANE LETÍCIA DE FREITAS, ALEXANDRE BIASI CAVALCANTI, FÁBIO BISCEGLI JATENE, IEDA BISCEGLI JATENE e CLAUDIA MARIA RODRIGUES ALVES.

HCor Research Institute, Hospital do Coração (Hcor), São Paulo, SP, BRASIL - Department of Cardipneumology, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Distinções relacionadas ao sexo feminino foram relatadas na apresentação clínica e no tratamento de pacientes com doença coronariana. Com relação à cirurgia de revascularização do miocárdio, são notadas diferenças significativas entre os estudos, além disso as diferenças regionais devem ser consideradas na análise. **Objetivo:** Analisar os dados de um centro brasileiro em cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) isolada no decorrer de 27 anos, concentrando-se na comparação de resultados intra-hospitalares entre mulheres e homens. **Delineamento e Métodos:** Um banco de dados hospitalar entre os anos de 1995 a 2022, analisado retrospectivamente, incluindo análise da qualidade dos dados, estatística descritiva, comparação entre homens e mulheres através da regressão logística multivariada. **Resultados:** Um total de 9845 pacientes com 1947 mulheres (19,8%) foram investigadas no estudo. Em comparação com os homens, as mulheres eram mais velhas ($66,7 \pm 10,03$ vs $62,19 \pm 10,15$, $p < 0,001$), com IMC mais baixo ($26,91 \pm 4,87$ vs $27,64 \pm 4,28$, $p < 0,001$) e diabetes mellitus (34,0% vs 31,6%, $p = 0,045$). As mulheres apresentaram classes funcionais mais severas de dispnéia e angina ($p < 0,001$) e maior permanência pós-operatória ($14,84 \pm 10,96$ dias vs $13,13 \pm 8,5$ dias, $p < 0,001$), embora menos infarto do miocárdio prévio (28,2% vs 32,1%, $p = 0,001$) e insuficiência renal (2,5% vs 3,5%, $p = 0,04$) tenham sido observados. As taxas de mortalidade foram mais altas nas mulheres (4,8% vs 2,4%, $p < 0,001$) e após regressão logística múltipla, o sexo feminino foi fortemente associado à morte hospitalar (OR 1,51, CI95% 1,15-1,99, $p = 0,003$). **Conclusão:** Em um centro cardíaco privado especializado, o sexo feminino foi um fator prognóstico independente para a mortalidade intra-hospitalar após a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Palavras-chave:** cirurgia de revascularização do miocárdio; feminino; desfecho cirúrgico; fatores de risco para doenças cardíacas.

22234

Gravidez em portadoras de próteses mecânicas: complicações materno-fetais de acordo com a anticoagulação adotada: Registro INCOR

YASMIN VERHALEN AMORIM, WALKIRIA SAMUEL AVILA, ISABELLE NUNES LEMOS DE FREITAS, TALITA CARLA STRATTI MOREIRA, MARILIA MORO, MARIA RITA LEMOS BORTOLOTTI e FLAVIO TARASOUTCHI.

InCor, Instituto do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os efeitos teratogênicos e hemorrágicos dos anticoagulantes usados na gravidez (varfarina e heparina) constituem sérios problemas enfrentados por gestantes portadoras de próteses mecânicas (PM). Esquemas de anticoagulação propostos para a prevenção de tromboembolismo na gravidez não asseguram o sucesso da gravidez. **Objetivo:** Analisar a evolução materno-fetal relacionada a anticoagulação adotada em mulheres portadoras de prótese mecânicas durante a gravidez. **Métodos:** Foram estudadas 50 gestantes portadoras de PM (média de $28,6 \pm 7,0$ anos), destacando-se 29 (58%) em posição mitral, 14 (28%) em aórtica, 21 (42%) de etiologia Tromb Hem e 19 (38%) congênitas, divididas em: G1, que aderiu ao esquema sequencial de anticoagulação e G2, que adotou outra forma de anticoagulação. O esquema sequencial compreendeu o uso da heparina de baixo peso molecular (HBPM) no 1º trimestre e após a 36ª semana de gestação com interrupção para o parto e reintrodução no puerpério sob controle do fator anti-Xa e a varfarina no intervalo que foi interrompida a HBPM com controle do INR. Os desfechos estudados foram óbito materno, hemorragia, tromboembolismo, prematuridade, abortamento e malformação fetal. Considerou-se sucesso da gravidez quando a gestação chegou ao termo (IG >37 semanas) e sem nenhuma complicação para mãe e feto. **Resultados:** Dentre as 50 gestantes estudadas, 33 formaram o G1 e 17 o G2, sendo registrado o sucesso materno-fetal em 23 (46%) gestantes. O G1 teve menor número de complicações materno-fetais ($p = 0,036$). Tabela 1 no (%) Sucesso Tromb Hem óbito Abortos Prem Hemorragia CC m e/feto materno n(%) fetal n(%) G1-33pts 19(57.5) 5(15.1) 1(1.1) 2(6.0) 4(12.1) 1(5.8) 1 G2-17pts 4(23.5%) 1(5.8) 2(11.7) 0 8(47.0) 4(23.0) 0 3(17.6). Dentre os 5 casos de tromboembolismo no G1 (2 na gestação e 3 no puerpério) um foi trombose de prótese aórtica seguida de óbito materno. Os eventos, 2 óbitos maternos no G1, um infarto do miocárdio por trombose coronária no G2 e 2 casos de hematoma pós cesariana no G2, todos foram sob uso da HBPM. Referente aos desfechos fetais, houve 12 (24%) abortos, um caso de hemorragia parenquimatosa cerebral na 29 semana de gestação em uso da varfarina e 4 (8%) casos de cardiopatias congênitas nos recém-nascidos. **Conclusão:** As adversidades do sucesso materno-fetal e os elevados percentuais de complicações a despeito do esquema de anticoagulação empregado permite desaconselhar a gravidez em portadoras de PM. Caso haja o desejo da concepção, a paciente deve ser alertada sobre os desfechos desfavoráveis. **Palavras-chave:** varfarina; prótese; mecânica; teratogênicos; gravidez; anticoagulação; complicações; materno, fetais.

22235

Gravidez e estenose aórtica crítica: a importância do atendimento terciário

ISABELLE NUNES LEMOS BORGES DE FREITAS, TALITA CARLA STRATTI MOREIRA, MARILIA MORO, MARIA RITA LEMOS BORTOLOTTI, FLAVIO TARASOUTCHI e WALKIRIA SAMUEL AVILA.

Instituto do Coração HC, São Paulo, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A válvula aórtica bicúspide é uma malformação cardíaca congênita com incidência de 1 a 2% da população, podendo complicar e evoluir com estenose aórtica (EAO) crítica. Ao se tratar de mulheres gestantes, há baixa tolerância ao aumento do débito cardíaco e suas oscilações durante a gravidez, parto e puerpério e, apresentando alto risco de insuficiência cardíaca (IC), angina e arritmias graves. A deterioração da função cardíaca pode exigir intervenção cirúrgica representando riscos para a mãe e o feto. O relato deste caso mostra a falta de alternativa para o tratamento clínico da IC em gestante portadora de (EAO) crítica. **Relato de caso:** L.C., 32 anos, primigesta foi atendida na 20ª semana de uma gestação não planejada, com história de sopro cardíaco identificado aos cinco anos de idade e perda de seguimento cardiológico após. A paciente relatava piora progressiva da dispnéia com limitação aos mínimos esforços. O exame físico mostrava pressão arterial 95×63 mmHg, frequência cardíaca de 85 bpm, ritmo regular e sopro sistólico em foco aórtico 3+/6+. A ausculta pulmonar não apresentava alterações. O eletrocardiograma registrava ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda e alteração de repolarização ventricular. O ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciava ventrículo esquerdo sem disfunção, hipertrofia miocárdica concêntrica de grau importante e índice de massa 147 g/m^2 . A morfologia biválvula aórtica tinha sinais de fibrocalcificação importante com redução da mobilidade, gradiente sistólico médio de 85 mmHg e área valvar estimada em $0,5 \text{ cm}^2$. Em discussão com o Heart Team, foi considerado que diante do diagnóstico de IC em gestante com EAO crítica congênita, havia benefícios na indicação de valvuloplastia percutânea por cateter balão (VPCB). O procedimento foi realizado com a devida proteção do abdômen materno e transcorreu sem complicações, além do achado casual de coarctação de aorta com gradiente de 30 mmHg, a qual optou-se pelo tratamento conservador. O ETT após o procedimento mostrou gradiente sistólico médio ventrículo esquerdo-aorta de 34 mmHg e área valvar de $1,1 \text{ cm}^2$. A paciente teve alta hospitalar com melhora importante dos sintomas e, com 37 semanas de gestação, realizou parto cesáreo sob anestesia geral. A paciente deu à luz a recém-nascido saudável com peso de 2960g, APGAR 8/9/9, obtendo alta da maternidade e amamentando sob orientação realizar implante subcutâneo de progesterona como método de contracepção. **Conclusão:** Mulheres com EAO crítica devem ser desaconselhadas a engravidar antes do tratamento percutâneo, quando ele é possível, da válvula aórtica. Contudo, caso aconteça uma gravidez não programada, é fundamental que esse acompanhamento seja em centro terciário de cardiologia com equipe interdisciplinar especializada. **Palavras-chave:** estenose; aórtica; crítica válvula; gestante; gestação; valvuloplastia; cateter; balão.

22236

Recuperação rápida da função miocárdica com Cabergolina na cardiomiopatia periparto: ressonância magnética

KÉCIA CRISTINA FARIA DE OLIVEIRA AMORIM e REGINA COELI MARQUES DE CARVALHO.

Hospital Anís Rassí, Goiânia, GO, BRASIL - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, SESA, Fortaleza, CE, BRASIL - HGF, Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia periparto (CMPP) é uma forma idiopática e fatal de disfunção sistólica do ventrículo esquerdo que ocorre no período pós-parto (60-70% dos casos) ou meses subsequentes da gravidez, com uma incidência relatada de 1/15.000 nascidos vivos em todo o mundo. A patogênese da CMPP ainda não é clara, sendo sugerido a via vasculohormonal com a participação da prolactina (PRL) e fatores anti-angiogênicos placentários como o sFlt-1. Dentre os fatores de risco destacamos a predisposição genética. Como os sintomas da CMPP se sobrepõem aos da gravidez a termo ou do pós-parto imediato esse diagnóstico é um desafio na prática clínica. **Relato de caso:** Mulher 35 anos, eutrófica, branca, G2P2A0C2, primeira gestação sem intercorrências; deu entrada no PS, no 6º dia do pós-parto, com queixa de dispnéia aos mínimos esforços, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, desconforto precordial, palpitações e edema de membros inferiores. Ao exame físico apresentava-se orientada, taquipnéica com palidez cutânea-mucosa, hidratada. PA=170/80 mmHg, FC 41 bpm, FR 24 l/rpm em repouso. RCR 2T, BNF, sem sopros, MV diminuído com crepitações nas bases, turgência jugular a 45°, abdome normal, extremidades inferiores com edema(+++/4+). Negou história familiar de cardiomiopatia. Exames: ECG bradicardia sinusal. Biomarcadores: NT-pró-BNP=1135, PCR-US=64, Prolactina DE 115,8 ng/ml e Proteína de 24hs DE 100 mg. Angiotomografia de tórax sem sinais de TEP e com área cardíaca aumentada; Ecodopplercardiograma transtorácico: hipocinesia difusa com insuficiência mitral e tricúspide moderadas e FE 45%, PSAP 47 mmHg. Evoluiu com internação em UTI e iniciado furosema 60 mg ev/dia, espirinolactona 25 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, cabergolina 1 mg por semana. Dois dias após a primeira dose de cabergolina foi realizada a ressonância magnética do coração que mostrou FEVE 63%, câmaras cardíacas esquerdas com diâmetros aumentados, derrame pleural bilateral mínimo, derrame pericárdico mínimo. **Discussão:** A supressão da produção de prolactina pelos agonistas do receptor D2 de dopamina com a cabergolina representou uma nova abordagem terapêutica na CMPP que pode mudar o curso da doença e diminuir a morbimortalidade materna associada. A bromocriptina tem efeitos adversos graves que limitam seu uso. A cabergolina apresenta uma maior afinidade para os receptores D2, sendo assim ainda mais eficaz do que a bromocriptina como um inibidor de prolactina além de ter meia vida longa podendo ser administrada uma vez por semana aumentando a adesão do paciente ao tratamento impactando o desfecho e o prognóstico da doença. **Palavras-chave:** cardiomiopatia periparto; disfunção ventricular; cabergolina; ressonância magnética.

22239

Particularidades da gravidez em portadoras de Tetralogia de Fallot. Registro INCOR

MARCELA SANTANA DEVIDO, STEPHANIE ONDRACEK LEMOUCHE, NANA MIURA IKARI e WALKIRIA SAMUEL ÁVILA.

InCor, Instituto do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A grande maioria das pacientes operadas de Tetralogia de Fallot (T4F) tem boa tolerância às modificações fisiológicas impostas pela gravidez. Contudo arritmias ventriculares e a insuficiência pulmonar, eventuais ao pós-operatório tardio, podem interferir no resultado da gestação. **Objetivo:** Analisar a evolução materno-fetal das gestações em portadoras de T4F. **Métodos:** No período entre 2016 e 2021, foram estudadas 66 pacientes (idade = 25, 2dp: $\pm 5,4$) portadoras de T4F, destas 8 (12,1%) apresentavam valva pulmonar monocuspíde e 12 (18,2%) com prótese biológica pulmonar. Em 29 pacientes foi realizado o estudo do ventrículo direito pela ressonância magnética cardíaca antes da gestação. O acompanhamento interdisciplinar das gestantes seguiu até 12 meses após o parto, incluindo a realização do ecocardiograma materno e fetal. **Resultados:** Não ocorreu morte materna e verificou-se 7 (10,6%) casos de arritmias não complexas e um caso de fibrilação atrial aguda não revertida pela presença de trombo no átrio direito identificada no ecocardiograma transesofágico. Não houve diferenças entre as medidas ecocardiográficas do ventrículo direito antes e após gestação ($p=0,056$ - teste de Wilcoxon). Houve 5 (7,5%) perdas fetais, a idade gestacional do parto foi em média de 38 semanas e peso do recém-nascidos foi de 2755 ± 614 g. Foi realizado estudo de 45 fetos (68,2%) com ecocardiograma fetal ou neonatal, sendo 10 casos (22,2%) de cardiopatia congênita. **Conclusão:** A gestação em portadoras de T4F teve excelente evolução materna e não influenciou nas medidas estruturais do coração. Contudo o elevado percentual de cardiopatias congênitas nos recém-nascidos é um fator de reflexão no aconselhamento reprodutivo, incluindo o estudo genético dessas mulheres. Palavras-chave: Tetralogia de Fallot; cardiopatia congênita; gestação.

22226

Microfistula coronária associada à hipertrofia septal assimétrica e coronariopatia obstrutiva: múltiplas causas de dor torácica: relato de caso

PATRICIA CAROLINE RICARDO, CHARLENE TROIANI DO NASCIMENTO e FÁBIO ROSSETTO LEÃO.

Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, BRASIL.

Fundamento: A dor torácica é uma das principais causas de busca por atendimento em serviços de emergência e transferências para serviços terciários. No Brasil, anualmente cerca de 4 milhões de atendimentos são realizados por tal queixa. Diversas patologias causam dor ou desconforto torácico. Tais patologias podem envolver variados sistemas como gastrointestinal, cardiovascular, musculoesquelético, dentre outros. **Relato de caso:** O presente estudo trata-se de um relato de caso de uma paciente de 76 anos com dispnéia crônica progressiva com piora importante na última semana, associada a dor torácica inframamária esquerda irradiada para dorso que piorava a respiração profunda e náuseas. Referia também edema de membros inferiores. Apresentava eletrocardiograma com alteração de repolarização ventricular esquerda e padrão de sobrecarga de ventrículo esquerdo. Como histórico patológico apresentava: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-dependente, hipotireoidismo e infarto agudo do miocárdio prévio, o qual a paciente não sabia relatar a data do ocorrido (cateterismo prévio sem lesões obstrutivas em artérias coronárias) e miocardiopatia hipertrofica septal assimétrica em ecocardiograma prévio. Na admissão, os marcadores de lesão miocárdica - Troponina, CK e CK-MB mostraram-se negativos em três amostras. Sendo assim, paciente foi encaminhada a enfermagem da cardiologia, realizado ecocardiograma com stress farmacológico (dobutamina) que mostrou função sistólica global e segmentar preservada; hipertrofia concêntrica com predomínio septal assimétrica com gradiente em via de saída de ventrículo esquerdo em repouso de 29,8mmHg com progressivo aumento conforme aumento da dose de dobutamina e insuficiência mitral de grau discreto/moderado. Após resultado desse exame, devido possibilidade de intervenção cirúrgica futuramente, fora solicitado cateterismo cardíaco que evidenciou microfistula coronária cavitária da descendente anterior para ventrículo esquerdo de grau discreto, coronária direita com estenose de 70% no terço médio e ocluída totalmente no terço distal, descendente anterior com estenose de 70% no terço médio, com angioplastia desta última. **Conclusão:** Visto isso, o relato de caso nos desperta a busca por diagnósticos diferenciais para dor torácica, visando tratamento adequado e diminuindo morbimortalidade com consequente melhora da qualidade de vida do paciente. O mesmo foi elaborado através de revisão de prontuário físico e eletrônico, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, os quais foram realizados no seguimento de investigação diagnóstica e internação de programação terapêutica associado à revisão da literatura nacional e internacional pertinente ao relato nos bancos de dados pubmed, scielo, capes e ebco. Palavras-chave: dor torácica; coronariopatia obstrutiva; microfistula coronária; hipertrofia septal assimétrica.

22227

Morte súbita em lactante portadora de prolapso da válvula mitral arritmogênica

ÉRIKA OLIVIER VILELA BRAGANÇA.

RitmoCheck, São José dos Campos, SP, BRASIL.

Fundamento: O prolapso da válvula mitral (PVM) afeta 2 a 3% da população, é caracterizado pelo Ecocardiograma, sem regurgitação em geral tem curso benigno e um pequeno subgrupo mal definido apresenta alto risco de arritmias malignas e morte súbita (MS). **Relato de caso:** JAS, feminina, 27 anos, casada e internada há 13 meses após parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo chocável segundo relatório e reanimada com sucesso. Permaneceu internada 18 dias, realizou ECGs sem alterações significativas, Ecocardiograma com dilatação leve a moderado de átrio esquerdo, válvula mitral mixomatosa com prolapso significativo de suas cúspides e insuficiência valvar moderada, dilatação ventricular esquerda moderada com função de preservada (AE 45mm, DDVE 66mm e FEVE 67%), cinecoronariografia sem lesões obstrutivas e segundo relatório médico sem necessidade de prolongar internação para investigação adicional e PCR de causa indeterminada. Intercorrências: pneumonia broncoaspirativa, insuficiência renal que necessitou hemodiálise e AVCI em região parietal esquerda. Recebeu alta sem medicações e orientada a procurar o posto de saúde. Após a alta engravidou e gestação sem anormalidades, parto cesariana com 38 semanas por indicação do cardiologista. Veio na primeira com um bebê de 2 semanas, em aleitamento materno com queixa de cansaço aos moderados esforços. Antecedentes pessoais de arritmia desde a infância e os demais supracitados em relatório de alta hospitalar. Não apresentava antecedentes familiares relevantes. No exame físico à ausculta cardíaca um sopro sistólico em foco mitral +/4+ com irradiação para axila e o restante era normal. O ECG era ritmo sinusal, BIA de 1 grau, fragmentação de R em D1 e a VL, ectopia ventricular com morfologia de BRD, eixo superior, QRS predominantemente negativo em V5 e QRS 195ms - sugestivo de origem em músculo papilar posterior. Holter de ECG de 24h com frequência média 68bpm e 2.449 (3%) ectopias ventriculares bímórficas, das quais 2.428 isoladas, 9 pares e 1 TVNS de 3 batimentos e 121bpm, 1 ectopia atrial isolada, alterações difusas da repolarização ventricular com prolongamento do intervalo QTc. A hipótese diagnóstica foi de PVM arritmogênico em paciente recuperada de MS e o desfibrilador (CDI) foi indicado. A paciente recusou o implante, a despeito de todas as orientações. Solicitou retornar em consulta com o marido, no entanto uma semana antes da data agendada a paciente apresentou novo quadro de PCR reanimada sem sucesso. **Conclusão:** O não reconhecimento da entidade PVM arritmogênica na internação após morte súbita recuperada levou a um atraso na indicação do CDI, possibilitou a paciente ter uma gestação, e sofrer nova morte súbita 2 meses após o parto com desfecho desfavorável. Palavras-chave: prolapso válvula mitral; morte súbita; desfibrilador.

22231

Relato de caso: miocardiopatia periparto em puérpera pós-parto cesárea de gestação múltipla

MARIANA VIEIRA BARBOSA, CAROLINA BURGARELLI TESTA, MARIA RITA DE FIGUEIREDO LEMOS BORTOLOTO, ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO e MARCELO ZUGAIO.

Clínica Obstétrica, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia periparto é uma miocardiopatia idiopática reconhecida como importante causa de insuficiência cardíaca relacionada ao final da gestação ou aos meses subsequentes ao parto. Os sintomas como dispnéia, edema e fadiga podem ser confundidos com sintomas da gravidez e puerpério. O diagnóstico usualmente se baseia no ecocardiograma em que há disfunção de ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção (FE) <45% quando excluídas outras causas de insuficiência cardíaca. O atraso no diagnóstico se associa a piores resultados e maior incidência de eventos graves. **Relato de caso:** Mulher de 36 anos, sem comorbidades prévias, parda, terçigesta com antecedente de 1 parto vaginal e 2 partos cesárea anteriores, queixava-se de falta de ar importante há 1 dia quando procurou pronto-socorro no 4º pós-operatório de parto cesárea eletivo por gestação gemelar monócônica de 36 semanas em que não houve intercorrências. Exame físico de admissão era compatível com edema agudo pulmonar (EAP), taquipnéia e uso de musculatura acessória com necessidade de intubação orotraqueal devido refratariedade ao tratamento inicial. Ecocardiograma com fração de ejeção (FE) de ventrículo esquerdo (VE) de 23% e disfunção sistólica importante. Foi admitida em UTI para tratamento de EAP por provável miocardiopatia periparto. Realizado tratamento com vasodilatador intravenoso, diurético, beta-bloqueador, vasodilatador periférico, inibidor da enzima conversora de angiotensina e trombolitico com enoxaparina. Após exclusão de demais etiologias, iniciou-se tratamento com cabergolina por conta da severidade do quadro. Recebeu alta 11 dias após admissão para seguimento ambulatorial com melhora do quadro clínico, novo ecocardiograma com FE de 28% comprometimento sistólico importante e disfunção diastólica discreta de VE. **Discussão:** Apesar do alto índice de recuperação na miocardiopatia periparto, a morbimortalidade da doença não é bem definida e pode ser significativa ocasionando disfunção severa persistente e necessidade de transplante cardíaco. O tratamento com bromocriptina ou cabergolina parece melhorar o prognóstico em quadros severos. A abordagem multidisciplinar é fundamental e tem impacto no prognóstico desde a intervenção inicial rápida até a orientação de risco em possíveis gestações subsequentes e correta orientação contraceptiva. Palavras-chave: miocardiopatia periparto; cardiopatia e gravidez; puerpério; insuficiência cardíaca aguda; gestação múltipla.

22240

Perfil epidemiológico das mulheres privadas de liberdade recuperandas em uma APAC de Belo Horizonte, MG.

ANA CLARA PAULINO SALES, GABRIELA CECILIA ARAÚJO VALE, GABRIELLA NAZÁRIO CIRILO, GUILHERME FERNANDES DE OLIVEIRA, MARIA CRISTINA COSTA DE ALMEIDA, MARIA GABRIELA COSTA DE ALMEIDA, PAULO VITOR ROZARIO DA SILVA e SILVIA QUINTÃO SAVERGINI.

UNIBH, Belo Horizonte, MG, BRASIL - UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade (MPL) no processo de enfermagem em presídios se comprova pela prevalência de infecções, má assistência à saúde reprodutiva, transtornos mentais, uso abusivo de drogas e piora de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para reverter este cenário, criou-se a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), promovendo a humanização e recuperação das MPL, além da restauração de seus papéis na sociedade. Nela, as MPL são responsáveis por sua recuperação, oferecendo atividades em várias áreas. **Objetivo:** Traçar um perfil epidemiológico das recuperandas de uma APAC, estabelecer uma causa às diferenças utilizando a revisão literária prévia, com o objetivo de promover uma assistência em saúde específicas. **Métodos:** O presente trabalho trata de uma análise descritiva, transversal e quantitativa, de 80 dos 136 prontuários médicos de MPL de determinada APAC (cerca de 56,6% do total). As informações coletadas foram analisadas a partir do aplicativo EpiInfo. **Resultados e Discussão:** A avaliação dos prontuários foi afetada pela falta ou ausência de informações, dificultando a análise sobre os fatores de risco para DCNT como obesidade e hipertensão, a partir do momento em que não foi possível estabelecer as diferenças de PA e peso ao longo do tempo em muitas fichas. Dos prontuários em que a PA foi documentada, constou-se mais pré-hipertensões (15,27%) do que hipertensões (13,9%). Sobre os dados antropométricos, 49,12% das MPL tinham IMC normal, 24,56% tinham sobrepeso e 26,31% tinham obesidade. Ademais, a idade média das MPL foi de 38,28 anos e 63,1% tinham ≥3 gestações. O tempo de permanência médio na APAC foi de 22 meses. O uso abusivo de drogas ilícitas pré-cárcere envolvia 50,68%, e os remédios mais usados no cárcere foram os psiquiátricos (61,03%), observando-se 66,23% mulheres com algum transtorno. Delas, 23,52% tinham histórico de tentativas de autoextermínio e mutilação. Neste cenário, observa-se a discrepância entre o número de psicotrópicos usados versus quantas MPL possuem diagnóstico psiquiátrico, justificada pela falta nos registros ou por uso indiscriminado das drogas. Destaca-se também, o alto número de MPL tabagistas (46,75%) e quantidade, ≥20 cigarros fumados por dia (44,44%). Estas, reduziram para 3 cigarros/dia em horários determinados pela APAC. A complexidade do cenário justifica-se pela redução de danos do tabagismo, quanto o uso abusivo de outras medicações como substituição ao cigarro. **Conclusão:** Levando-se em conta o perfil traçado, ações voltadas à saúde mental, combate ao tabagismo, uso indiscriminado de medicamentos, hábitos de vida saudáveis, seriam aquelas com maior potencial para impactar positivamente na qualidade de vida delas. Palavras-chave: saúde da mulher; doenças crônicas não transmissíveis; mulheres privadas de liberdade; saúde mental.

22242

Relato de caso de forame oval patente (FOP) em paciente tratada como ansiedade

SHEYLA CRISTINA TONHEIRO FERRO DA SILVA, THIAGO DE MENDONÇA LOPES, CAROLINA BASÍLIO LUCCHESI, CAMILLA RADIMACK SANTOS DE SOUZA, VICTOR RAVEL SANTOS MACEDO e RAFAEL BARROS FONTES.

Cemise Oncoclinicas, São José, Aracaju, SE, BRASIL - Hospital São Lucas Dor e Hospital Primavera, São José, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: O forame oval patente (FOP) é persistência dele na vida adulta. Presente no feto, a comunicação entre os átrios fecha espontaneamente em 70% da população após o parto e nos 30% restantes a formação de trombos em shunt direito-esquerdo, ocasiona fenômenos embólicos. **Relato de caso:** FOP com prótese Amplatzer PFO 25/19, sem intercorrências. Suspensão Apixabana pós-implante, retornando ao clopidogrel. Atualmente a Mulher, 67 anos, ativa, hipertensa desde 2004. Queixa de cefaleia. Dislipidemia e com trombose de membros inferiores há 10 anos. Uso de antihipertensivo/hipolipemiante de forma irregular. Ecocardiograma transtorácico (ECO) e eletrocardiograma (ECG) normais. 2010, quadro de angina estável. ECG, bloqueio incompleto do ramo direito, cintilografia do miocárdio normal. Iniciou candesartana e rosuvastatina. 2012, foi à urgência com queixa de parestia de membros inferiores simétrica. Tomografia do crânio (TC) normal, diagnóstico de ansiedade e alta. Solicitado eco-transesofágico (ETE), não fez por não permissão do marido. ECO e holter normais. 2019, hemiparesia esquerda (HPE) e afasia, foi à urgência, quadro revertido após 2h, TC normal e diagnóstico de acidente isquêmico transitório. Pedido ETE, com recusa. Iniciado clopidogrel. Mudança para valsartana e diurético com estabilização pressórica. Janeiro/2021 apresentou em casa, déficit motor esquerdo e disartria, foi à urgência com reversão de sinais, diagnóstico de crise de ansiedade e alta. Na alta, fez pico hipertensivo, déficit motor, convulsão parcial, baixa de sódio sérico, após reposição; liberada. Retorno em 48h com HPE. TC, ECO, sódio normais, reversão do déficit, internamento por 48h e alta hospitalar pronta. Após novo pedido do médico assistente, realizado ETE com microbolhas evidenciado FOP, presença de shunt esquerda-direita ao doppler e direita-esquerda após a infusão venosa, demais parâmetros normais. Suspensão clopidogrel e iniciado Apixabana. Em 11/02/2021, realizado fechamento de sintomática, uso de valsartana, AAS, rosuvastatina e clopidogrel. Sem intercorrências após 3 meses da intervenção. **Conclusão:** A persistência do FOP tem avaliação individualizada principalmente após evento cardiovascular. A investigação exaustiva em sintomático com ETE torna-se indispensável para o diagnóstico. A queixa feminina subvalorizada não é incomum nas urgências/ambulatorios e o atraso decorrente da não investigação ampla, pode levar ao aumento da morbimortalidade na mulher. Palavras-chave: mulher; forame oval patente; ansiedade.

22243

Interrupção da gestação devido doença cardíaca materna

FELIPE FAVORETTE CAMPANHARO, DANIEL BORN, DAVID B DA SILVA PARES, NELSON SASS, SUE Y SUN e ROSIANE MATTAR.

Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, BRASIL.

Fundamento: No Brasil, a lei permite a interrupção voluntária da gravidez em casos de violência sexual, quando a gravidez representa uma condição potencialmente ameaçadora à vida materna e em casos de anencefalia. **Objetivo:** Relatar os casos em que a para interrupção da gestação (IDG) foi realizada devido a riscos maternos ligados à cardiopatia e descrever o fluxograma para tal. **Métodos:** Revisão retrospectiva dos casos atendidos em uma unidade obstétrica brasileira de referência no período de dezembro de 2007 a setembro de 2019. **Resultados:** Foram identificados 13 casos, sendo 10 submetidos ao IDG e outros 3 que embora tivessem a IDG considerada, evoluíram com perda gestacional espontânea - T4F não reparado (1), síndrome de Marfan com envolvimento da aorta (4), hipertensão pulmonar (2), miocardiopatia de Chagas (1), cardiopatia congênita complexa (3), cardiomiopatia periparto prévia com comprometimento da função ventricular esquerda (1) e cardiomiopatia dilatada (1). Características individuais, obstétricas e relacionadas a cardiopatia se encontram pormenorizadas em quadro a seguir. **Conclusão:** Embora o planejamento familiar e a contracepção sejam importante ferramenta para redução da mortalidade materna, as gestações não planejadas correspondem a até 50% de todas as gestações. Assim, em casos onde ocorreu a gravidez não planejada e a paciente apresenta comorbidades graves com alto risco de morbimortalidade a possibilidade de interrupção da gestação deve ser lembrada como direito garantido por lei. Palavras-chave: Interrupção da gravidez; aborto legal; morte materna; condição potencialmente ameaçadora a vida.

22245

Estenose de bioprótese mitral em gestante com miocardiopatia hipertrófica assimétrica de ventrículo esquerdo: relato de caso

PATRICIA SABINO VIEIRA DE SÁ e ROBERTO MAGNO VIEIRA DE OLIVEIRA.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: Alterações hemodinâmicas próprias da gravidez ocorrem de maneira fisiológica durante a gestação. Na mulher previamente valvulopata, essa demanda hiperdinâmica pode gerar exacerbação sintomática, com menor tolerância à estenose valvar, considerando a inabilidade do sistema cardiovascular em adaptar-se ao aumento do volume circulante, sendo a gravidade dos sintomas diretamente proporcional à gravidade da estenose. **Relato de caso:** EVM, 26 anos, em sua segunda gestação, com histórico de um parto natural prévio e nenhum aborto, em acompanhamento de pré-natal de alto risco devido à miocardiopatia hipertrófica assimétrica de ventrículo esquerdo (VE) e troca valvar mitral aos 10 anos de idade devido à doença reumática, com implante de bioprótese na ocasião. Não apresenta outras comorbidades associadas. Evolui a partir da 30ª semana gestacional com dispnéia progressiva e ortopneia, em classe funcional IV, sem síndrome edemigênica associada. Realizado ecodopplercardiograma transtorácico que evidenciou hipertrofia septal assimétrica sem gradiente significativo ventricular ou de via de saída de VE, bem como estenose de bioprótese mitral com gradiente médio de 22mmHg e hipertensão grave de artéria pulmonar (51mmHg). Em seguimento conjunto com obstetria e cardiologia, foi realizado manejo hemodinâmico com diurético e betabloqueador, com interrupção gestacional às 37 semanas através de parto cesariano, com desfecho favorável. **Conclusão:** Complicações perinatais em mulheres com estenose de bioprótese mitral refletem a interação desfavorável entre alterações fisiológicas da gestação e a valva mitral estenótica. As obstruções de via de saída limitam o débito cardíaco fisiológico da gravidez, podendo restringir a circulação materno-fetal e gerar piora de classe funcional na gestante através da restrição de enchimento diastólico do VE, resultando em um gradiente transmitral elevado e hipertensão arterial esquerda. O caso descrito é relevante em países subdesenvolvidos devido a prevalência de valvopatia reumática em mulheres de idade fértil, e, qualifica-se como classe III da Classificação Modificada para o Risco Cardiovascular Materno estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, necessitando de acompanhamento regular cardiológico durante a gestação, devido ao aumento significativo de morbimortalidade materna. Palavras-chave: bioprótese mitral; estenose mitral na gestação; valvopatia reumática; miocardiopatia hipertrófica assimétrica.

22246

Relato de caso: dissecções coronarianas múltiplas espontâneas em puerpéra, em hospital privado de São Paulo, Brasil

ARTHUR VILAR DE OLIVEIRA MALHEIROS, DANIELE SILVA PONTES, ANTONIO TITO PALADINO FILHO, EDINALDO JORGE PIEDADE MALHEIROS e CARLOS GUN.

Universidade de Santo Amaro, UNISA, Santo Amaro, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital e Maternidade SEPACO, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) é uma entidade clínica rara que se apresenta como síndrome coronariana aguda. É descrita como a ruptura das camadas que compõem a parede arterial não associada à aterosclerose, trauma ou intervenção médica. Ocorre predominantemente em mulheres jovens e de meia idade sem fatores de risco cardiovasculares tradicionais e considerada a principal causa de IAM entre as gestantes com a maioria dos eventos ocorrendo durante o primeiro mês pós-parto. Essa condição é mais comum durante a gestação, devido às mudanças significativas que ocorrem nesse período e coloca o sistema cardiovascular sob altos níveis de estresse. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 36 anos, 11ª dia de puerpério de seu 3º parto normal, o qual foi curto, mas intenso. Queixa de dor torácica em opressão há 6 dias com duração de 40 minutos e veio ao serviço pela dor há 3 horas. ECG apresentou onda T invertida em parede anterior extensa sem supra desnivelamento de ST. Angiotomografia de Tórax evidenciou Tromboembolismo Pulmonar Subsegmentar. Paciente foi encaminhada à UTI. BNP e Troponina estavam elevados. Realizada anticoagulação plena. Paciente apresentava sintomatologia compatível com insuficiência cardíaca em perfil clínico-hemodinâmico B. Ecocardiograma evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 38% e aberta suspeita de Miocárdio Puerperal, Takotsubo e Dissecção Coronariana. Encaminhada para cateterismo cardíaco o qual evidenciou dissecções em coronárias descendente anterior, direita e 3ª marginal. Optado por tratamento clínico otimizado. Paciente volta a ter dor 2 dias depois e pico febril. Novo cateterismo mostrou infarto e foram colocados 5 stents na coronária direita. Paciente evoluiu a insuficiência cardíaca de perfil B para C. Iniciado tratamento com drogas vasoativas. Evoluiu para choque cardiogênico que foi revertido. Com melhora, paciente foi tratada de forma intensiva e evoluiu com hipertensão sintomática. Após 18 dias de internação, encontrava-se estável e teve alta. Foi prescrito Bisoprolol, Digoxina, Entresto, Eliquis, Rosuvastatina e Clopidogrel. **Conclusão:** A DEAC ocorre como resultado da liberação de protease secundária a uma vasculite eosinofílica, resultando em ruptura do vaso que parece surgir da combinação de um fator precipitante sobreposto a uma arteriopatia subjacente. Alguns gatilhos podem iniciar o processo principalmente estresse emocional, exercício extenuante e trabalho de parto. O estresse produzido pela gravidez provoca alterações na ultraestrutura dos miócitos e aumento do tamanho do coração. A dissecção da artéria coronária na gestação e periparto, embora rara, vem apresentando um risco cada vez mais reconhecido para as mulheres em idade fértil. Palavras-chave: dissecção coronariana; síndromes coronarianas agudas; gravidez; dissecção espontânea da artéria coronariana; mulher.

