INTERNATIONAL JOURNAL OF

Cardiovascular SCIENCES

TEMAS LIVRES 2024

41º Congresso de Cardiologia da SOCERJ
30 de abril a 1º de maio de 2024

https://ijcscardiol.org/

Volume 37 - Suplemento 4 | ISSN impresso 2359-4802 | ISSN online 2359-5647

INTERNATIONAL JOURNAL OF

Cardiovascular SCIENCES

ISSN 2359-4802 / IJCS ONLINE: ISSN 2359-5647

Editor

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Social Media Editor

Ariane Binoti Pacheco – Multiscan Inteligência Diagnóstica, Vitória, ES – Brazil

Associated Editors

Pedro Adragão (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital da Luz – Lisboa, Portugal

Ricardo Alkmim Teixeira (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital Renascentista, Pouso Alegre, MG – Brazil

Ana Carolina do A. H. de Souza (Cardiovascular Imaging Area) – Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts – USA

Gláucia Maria Moraes de Oliveira (Clinical Cardiology Area) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Guilherme Vianna e Silva (Interventionist Cardiology Area) – Texas Heart Institute, USA

Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva (Interventionist Cardiology Area) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN – Brazil

Christianne Brêtas Vieira Scaramello (Multiprofessional Area) – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Solange Amorim Nogueira (Multiprofessional Area) – Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo, SP – Brazil

Miguel Mendes (Ergometric and Cardiac Rehabilitation Area) – Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Portugal

Renata Castro (Cardiovascular Physiology Area) – Harvard University, Massachusetts – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha (Heart Failure and Myocardiopathy Area) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Stuardo Wyss Quintana (Hypertension) – Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala – Guatemala

Maria Alexandra Arias Mendoza (Ischemic Heart Disease) – Instituto Nacional de Cardiología – Mexico

Fernando Augusto Alves da Costa (Ischemic Heart Disease) – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Clínica Paulista de Doenças Cardiovasculares, São Paulo, SP – Brasil

Isabel Cristina Britto Guimarães (Pediatric Cardiology) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brazil

Thaís Rocha Salim (Pediatric Cardiology) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandro Cadaval Gonçalves (Hemodynamics) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital Moinhos de Vento e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

EDITORIAL BOARD

Andréia Biolo, MD, PhD
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Angelo Amato Vincenzo de Paola, MD, PhD
Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brazil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Ari Timerman, MD, PhD
Unidades de Internação, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brazil

Armando da Rocha Nogueira, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Carísi Anne Polanczyk, MD, PhD
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Carlos Eduardo Rochitte, MD, PhD
Departamento de Cardiopneumologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brazil

Carlos Vicente Serrano Júnior, MD, PhD
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brazil

Cláudio Gil Soares de Araújo, MD, PhD
Instituto do Coração Edson Saad, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Cláudio Pereira da Cunha, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR – Brazil

Cláudio Tinoco Mesquita, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denílson Campos de Albuquerque, MD, PhD
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denizar Vianna Araujo, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Erika Maria Gonçalves Campana, MD, MSc, PhD, FESC
Hospital SAMCORDIS, São Gonçalo; Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Esmeralci Ferreira, MD, PhD
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Evandro Tinoco Mesquita, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Nobre, MD, PhD
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brazil

Gabriel Blacher Grossman, MD, PhD
Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS – Brazil

Henrique César de Almeida Maia, MD, PhD
Governo do Distrito Federal (GDF), Brasília, DF – Brazil

Humberto Villacorta Júnior, MD, PhD
Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Iran Castro, MD, PhD
Fundação Universitária de Cardiologia (FUC), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC), Porto Alegre, RS – Brazil

João Manoel Theotonio dos Santos, MD, PhD, FESC, FAHA, FACC
Universidade Anhembi Morumbi, Inspirali Educação, Ânima Educação, São José dos Campos, SP – Brazil

João Vicente Vitola, MD, PhD
Quanta Diagnóstico e Terapia (QDT), Curitiba, PR – Brazil

José Márcio Ribeiro, MD, PhD
Clínica Médica (Ambulatório), União Educacional Vale do Aço (UNIVAÇO), Ipatinga, MG – Brazil

Leonardo Silva Roever Borges, PhD
Departamento de Pesquisa Clínica, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG – Brazil

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

Luís Alberto Oliveira Dallan, MD, PhD
Serviço Coronariopatias, Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP – Brazil

Marcelo Iorio Garcia, MD, PhD
Clínica de Insuficiência Cardíaca, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcelo Westerlund Montera, MD, PhD
Centro de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró-Cardíaco (PROCARDIACO), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcio Luiz Alves Fagundes, MD
Divisão de Arritmia e Eletrofisiologia, Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marco Antonio Mota Gomes, MD
Fundação Universitária de Ciências da Saúde Governador Lamenha Filho (UNCISAL), Maceió, AL – Brazil

Marco Antonio Rodrigues Torres, MD, PhD
Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

Marcus Vinicius Bolivar Malachias, MD, PhD
Instituto de Pesquisas e Pós-graduação (IPG), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brazil

Maria Eliane Campos Magalhães, MD, PhD
Departamento de Especialidades Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Mário de Seixas Rocha, MD, PhD
Unidade Coronariana, Hospital Português, Salvador, BA – Brazil

Maurício Ibrahim Scanavacca, MD, PhD
Unidade Clínica de Arritmia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP – Brazil

Nadine Oliveira Clausell, MD, PhD
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Nazareth de Novaes Rocha, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Nelson Albuquerque de Souza e Silva, MD, PhD
Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim, MD, PhD
Liga de Hipertensão Arterial, Universidade Federal de Goiás (UFGO), Goiânia, GO – Brazil

Ronaldo de Souza Leão Lima, MD, PhD
Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Salvador Manoel Serra, MD, PhD
Setor de Pesquisa Clínica, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs, MD, PhD
Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Thaís Rocha Salim, MD, PhD
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Tiago Augusto Magalhães, MD, PhD
Ressonância Magnética e Tomografia Cardíaca, Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP – Brazil

Walter José Gomes, MD, PhD
Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UFESP), São Paulo, SP – Brazil

Washington Andrade Maciel, MD, PhD
Serviço de Arritmias Cardíacas, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Wolney de Andrade Martins, MD, PhD
Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Amalia Peix, MD, PhD
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Havana – Cuba

Amelia Jiménez-Heffernan, MD, PhD
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva – Spain

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

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

Ana Teresa Timóteo, MD, PhD
Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Charalampos Tsoumpas, PhD
University of Leeds, Leeds – England

Chetan Patel, MD
All India Institute of Medical Sciences, Delhi – India

Edgardo Escobar, MD
Universidad de Chile, Santiago – Chile

Enrique Estrada-Lobato, MD
International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Erick Alexanderson, MD
Instituto Nacional de Cardiología – Ignacio Chávez, Ciudad de México – Mexico

Fausto Pinto, MD, PhD
Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Ganesan Karthikeyan, MD
All India Institute of Medical Sciences, Delhi – India

Guilherme Vianna e Silva, MD
Texas Heart Institute, Texas – USA

Horacio José Faella, MD
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Caba – Argentina

James A. Lang, PhD
Des Moines University, Des Moines – USA

James P. Fisher, PhD
University of Birmingham, Birmingham – England

João Augusto Costa Lima, MD
Johns Hopkins Medicine, Baltimore – USA

Jorge Ferreira, MD
Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

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

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

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

Massimo Francesco Piepoli, MD, PhD
Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza – Italy

Nuno Bettencourt, MD, PhD
Universidade do Porto, Porto – Portugal

Raffaele Giubbini, MD
Università degli Studi di Brescia, Brescia – Italy

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

Shekhar H. Deo, PhD
University of Missouri, Columbia – USA

BIENNIUM BOARD 2024/2025

ADMINISTRATIVE COUNCIL - MANDATE 2024 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY)

North/Northeast Region
Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Eastern Region
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ)

Paulista Region
Ricardo Pavanello (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Central Region
Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO) – *President of the Administrative Council*

South Region
Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR) – *Vice-President of the Administrative Council*

PRESIDENTS OF DEPARTAMENTS AND STUDY GROUPS

DCC/CP - Ana Paula Damiano

DEIC - Lídia Ana Zytynski Moura

DA - Jose Francisco Kerr Saraiva

DERC - Luiz Eduardo Fonteles Ritt

DIC - Silvio Henrique Barberato

DECAGE - Jessica Myrian De Amorim Garcia

SOBRAC - Alexsandro Alves Fagundes

DCM - Glaucia Maria Moraes de Oliveira

DHA - Joao Roberto Gemelli

DEMCA - Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

DCC - João Ricardo Cordeiro Fernandes

DERC/GERCPM - Susimeire Buglia

DERC/GECN - Adriana Soares Xavier de Brito

DERC/GECESP - Rodrigo Otavio Bougleux Alô

DEIC/GETAC - Fabiana Goulart Marcondes Braga

DEIC/GEMIC - Evandro Tinoco Mesquita

DEIC/GEICPED - Estela Azeka

DCC-CP/GECCA - Vivian de Biase

DCC/GEDORAC - Luciana Sacilotto

DCC/GECO - Wolney de Andrade Martins

DCC/GECETI - Alexandre de Matos Soeiro

DCC/GAPO - Luciana Savoy Fornari

SBCCV - Vinicius José da Silva Nina (MA)

SBHCI - Rogerio Eduardo Gomes Sarmento Leite

PRESIDENTS OF STATE AND REGIONAL BRAZILIAN SOCIETIES OF CARDIOLOGY

SBC/AL - Roberta Rodrigues Nolasco Cardoso

SBC/AM - Marcia Regina Silva

SBC/BA - Claudio Marcelo Bittencourt das Virgens

SBC/CE - Ulysses Vieira Cabral

SBC/DF - João Poeys Junior

SBC/ES - Jorge Elias Neto

SBC/GO - Alberto de Almeida las Casas Junior

SBC/MA - Maria Jacqueline Silva Ribeiro

SBC/MG - Luiz Guilherme Passaglia

SBC/MS - Amanda Ferreira Carli Benfatti

SBC/MT - Danilo Oliveira de Arruda Junior

SBC/PA - Edson Roberto Silva Sacramento

SBC/PB - Glauco de Gusmão Filho

SBC/PE - Anderson da Costa Armstrong

SBC/PI - Thiago Nunes Pereira Leite

SBC/PR - Willyan Issamu Nazima

SBC/RN - Carla Karini Rocha de Andrade Costa

SBC/RO - Marcos Rosa Ferreira

SBC/SC - Guilherme Loureiro Fialho

SBC/SE - Wersley Araújo Silva

SBC/TO - Daniel Janczuk

SOCERJ - Marcelo Heitor Vieira Assad

SOCERGS - Luis Beck da Silva Neto

SOCESP - Maria Cristina de Oliveira Izar

SBC/NNE - Gentil Barreira de Aguiar Filho

DIRETORIA SOCERJ – BIÊNIO 2024-2025

Presidente
Marcelo Heitor Vieira Assad

Diretor Vice-Presidente
Pedro Pimenta de Mello Spineti

Diretor Administrativo
Fernando Bassan

Diretor Financeiro
Andre Casarsa Marques

Diretor Científico
Marcelo Iorio Garcia

Diretor de Integração Regional
Carlos Eduardo Soares Cordeiro

Diretor de Comunicação
Ronaldo Altenburg Odebrecht Curi Gismondi

Diretor de Qualidade Assistencial
Rodrigo Freire Mousinho

Diretora SOCERJ/FUNCOR
Helena Cramer Veiga Rey

Coordenador de Residência em Cardiologia
Renato Kaufman

Coordenador das Embaixadas
Bruno Azevedo da Cruz

DEPARTAMENTOS

Departamento de Arritmias, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia
Presidente: Rodrigo do Souto da Silva Sá

Departamento de Cardio-Oncologia
Presidente: Tatiana Abelin Saldanha Marinho

Departamento de Cardiogeriatria
Presidente: Roberto Gamarski

Departamento de Cardiologia Clínica
Presidente: Paulo Roberto Pereira de Sant'Ana

Departamento de Cardiologia da Mulher
Presidente: Danielle Brandão

Departamento de Cardiopediatria e Cardiopatias Congênitas
Presidente: Maria Eulália Thebit Pfeiffer

Departamento de Doença Coronária (DAC)
Presidente: Paolo Blanco Villela

Departamento de Ecocardiografia
Presidente: Marcio Aloysio Freitas Siqueira Junior

Departamento de Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva – DERCAD/RJ
Presidente: Fabiula Schwartz de Azevedo

Departamento de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular
Presidente: Ricardo Bedirian

Departamento de Hipertensão
Presidente: Monica Amorim de Oliveira

Departamento de Imagem Molecular e Medicina Nuclear em Cardiologia
Presidente: Julia Barroso

Departamento de Insuficiência Cardíaca e Cardiomiopatias
Presidente: Gustavo Luiz Gouvêa de Almeida Junior

Departamento de Ressonância e Tomografia Cardiovascular
Presidente: Ilan Gottlieb

Departamento de Valvulopatias
Presidente: Clara Weksler

SEÇÕES REGIONAIS

Seção Regional Baixada Fluminense
Presidente: Fabiano de Souza Ramos

Seção Regional Lagos
Presidente: Anderson Wilnes Simas Pereira

Seção Regional Leste Fluminense
Presidente: Joelma Dominato Rocha Carvalho

Seção Regional Norte e Noroeste Fluminense
Presidente: Marco Antonio Teixeira

Seção Regional Serrana
Presidente: Bruno Santana Bandeira

Seção Regional Sul Fluminense
Presidente: Gabriel Quintino Lopes

DIRETORIA SBC – MANDATO 2024

CONSELHO ADMINISTRATIVO

Região Leste
Andréa Araujo Brandão (RJ)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)

Região Central
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO) – *Presidente do Conselho Administrativo*
Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)

Região Sul
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR) – *Presidente do Conselho Administrativo*
Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)

Região Norte/Nordeste
Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Paulista
Ricardo Pavanello (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

CONSELHO FISCAL – CONFI

Membros Titulares
Carlos Eduardo Rochitte
Eduardo Costa Duarte Barbosa
Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Membros Suplentes
Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto
Dilma do Socorro Moraes de Souza
Ricardo Alkmim Teixeira

COMISSÃO ELEITORAL E DE ÉTICA PROFISSIONAL – CELEP

Membros Titulares
Osni Moreira Filho (PR)
Henrique Patrus Mundim Pena (MG)
Ieda Biscegli Jatene (SP)
Fábio Argenta (MT)
Nasser Sarkis (DF)

Membros Suplentes
Ricardo Simões (MG)
Evandro José Cesarino (SP)
Oscar Pereira Dutra (RS)
André Luiz Cerqueira de Almeida (BA)
Pedro Pimentel (RS)

CONSELHO DE NORMATIZAÇÕES E DIRETRIZES – CONDIR

Membros
Mário de Seixas Rocha (BA) – *Coordenador*
Carisi Anne Polanczyk (RS)
Helena Cramer (RJ)
Humberto Graner Moreira (GO)
Pedro Gabriel Melo de Barros e Silva (SP)

COMISSÃO JULGADORA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA 2024/25

Coordenador
Gustavo Eugênio Martins Marinho (MG)

Membros
Daniela do Carmo Rassi Frota (GO)
Diana Patrícia Lamprea Sepúlveda (PE)
Barbara Campos Abreu Marino (MG)
Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich (ES)
Fernando Oswaldo Dias Rangel (RJ)
Joberto Pinheiro Sena (BA)
Jose Knopfholz (PR)
Tiago Luiz Luz Leiria (RS)
Paolo Blanco Villela (RJ)
David Costa Souza Le Bihan (SP)
Márcio Jansen de Oliveira Figueiredo (SP)

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

Editor-Chefe
Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional
João Lima

Editor de Mídias Sociais
Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa
Ruhong Jiang

Editores Associados
Alexandre Siciliano Colafranceschi
Gláucia Maria Moraes de Oliveira
Marcio Sommer Bittencourt
Marina Politi Okoshi
Mauricio Scanavacca
Natália Quintella Sangiorgi Olivetti
Nuno Bettencourt
Paulo Cesar B. V. Jardim
Pedro A. Lemos
Ricardo Stein
Vitor C. Guerra
Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

MENSAGEM

Prezados colegas,

Neste suplemento do International Journal of Cardiovascular Sciences (IJCS), temos a honra de publicar os resumos dos Temas Livres aprovados no 41o. Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ).

A partir de um número recorde de envios, todos os resumos foram avaliados de maneira cega por profissionais com ampla experiência nas áreas de atuação disponíveis para o envio dos temas.

Contando com abrangência nacional dos autores, 376 resumos foram aprovados incluindo 49 da área multiprofissional, e aqueles com as melhores notas foram selecionados para apresentação oral em sessões dedicadas aos Temas Livres durante o Congresso. Os três melhores trabalhos científicos nas categorias Pesquisador, Residente e Iniciação Científica foram premiados na sessão de encerramento do Congresso.

Desta forma, o material que será apresentado a seguir é o produto de uma multiplicação de esforços da diretoria e da equipe administrativa da SOCERJ, da comissão científica do 41º. Congresso da SOCERJ, e dos editores da Revista IJCS, que atuando em conjunto e apoiados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), permitem o estímulo à pesquisa científica e a busca pela excelência assistencial.

Parabéns aos autores e à comissão de temas livres do 41º. Congresso da SOCERJ.

Paolo Villela
Daniel Setta
Coordenadores de Temas Livres 2024

ORGANIZAÇÃO / COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES

41º Congresso de Cardiologia da SOCERJ

Coordenação:
Paolo Blanco Villela
Daniel Xavier de Brito Setta

Julgadores:
Adriana Munford Pimentel
Adriana Pereira Glavam
Adriana Soares Xavier de Brito
Alexandre Bahia Barreiras Martins
Alexandre Siciliano Colafranceschi
Alyne Freitas Pereira Gondar
Ana Flavia Malheiros Torbey
Ana Ines da Costa Bronchtein
Ana Luiza Ferreira Sales
Anderson Wilnes Simas Pereira
Andrea Araujo Brandao
Andrea de Melo Leite
Andrea do Carmo Ribeiro Barreiros London
Andrea Ferreira Haddad
Andrea Rocha de Lorenzo
Angelo Leone Tedeschi
Antonio Carlos Botelho da Silva
Antonio Jose Lagoeiro Jorge
Aristarco Gonçalves de Siqueira Filho
Armando da Rocha Nogueira
Aureo do Carmo Filho
Aurora Felice Castro Issa
Bruno de Souza Paolino
Bruno Ferraz de Oliveira Gomes
Bruno Reznik Wajsbrot
Bruno Vogas Lomba Tavares
Camillo de Lellis Carneiro Junqueira
Carlos Eduardo Soares Cordeiro
Carlos Scherr
Clara Weksler
Clarissa Thiers Bento
Claudia Caminha Escosteguy
Claudia Lucia Barros de Castro
Claudio Buarque Benchimol
Claudio Catharina
Claudio Tinoco Mesquita
Constantino Gonzalez Salgado
Denilson Campos de Albuquerque
Eduardo Nani
Elias Antonio Yunes
Elizabete Viana de Freitas
Elizabeth Silaid Muxfeldt
Erika Maria Gonçalves Campana
Esmeralci Ferreira
Fabio de Souza
Fabricio Braga da Silva
Felipe Neves Albuquerque
Felipe Souza Maia da Silva
Fernando Bassan
Fernando Oswaldo Dias Rangel
Gabriel Cordeiro Camargo
Glaucia Maria Moraes de Oliveira
Gustavo Salgado Duque
Hélio Roque Figueira
Henrique Thadeu Periard Mussi
Hugo Zamponi
Humberto Villacorta
Iara Atie Malan
Ilan Gottlieb
Isaac Roitman
Jacob Atie
Jader Cunha de Azevedo
Joao Luiz Fernandes Petriz
José Antônio Caldas Teixeira
Jose Ary Boechat e Salles
Jose Geraldo Castro Amino
Juliano Carvalho Gomes de Almeida
Larissa Franco de Andrade
Leandro Assumpçao Cortes
Leila Maria Catucá Ribeiro Pastore
Lilian Soares da Costa
Lilian Vieira Carestiato
Louise Freire Luiz
Luiz Antonio de Almeida Campos
Luiz Carlos do Nascimento Simoes
Luiz Eduardo Montenegro Camanho
Luiz Maurino Abreu
Marcelo Bueno da Silva Rivas
Marcelo Iorio Garcia
Marcelo Luiz da Silva Bandeira
Marcelo Westerlund Montera
Marcia Bueno Castier
Marcio Jose Montenegro da Costa
Marco Antonio de Mattos
Maria Carolina Terra Cola
Maria de Fatima Martins Gil Dias
Maria Eliane Campos Magalhaes
Maria Eulalia Thebit Pfeiffer
Maria Michel El-Khouri
Mauricio Sales de Oliveira
Mauro Alves
Mauro Augusto dos Santos
Maximiliano Freire Dutra
Michelle Bou Dib El Khouri
Miguel Antonio Neves Rati
Olga Ferreira de Souza
Pablo Marino Corrêa Nascimento
Paolo Blanco Villela
Paulo Henrique Godoy
Paulo Roberto Pereira de Sant´Ana
Pedro Paulo Nogueres Sampaio
Pedro Pimenta de Mello Spineti
Plinio Resende
Rachel Matos Fernandes Magalhães
Rafael Santiago Floriano

Renata Christian Martins Felix
Renata Mattos Silva
Renata Rodrigues Teixeira de Castro
Renato Vieira Gomes
Renee Sarmento de Oliveira
Ricardo Bedirian
Ricardo Crespo Corvisier
Ricardo Guerra Gusmao de Oliveira
Ricardo Mourilhe-Rocha
Ricardo Vivacqua Cardoso Costa
Roberta Siuffo Schneider
Roberto Esporcatte
Roberto Muniz Ferreira
Roberto Osorio Ferreira
Roberto Pozzan
Rodrigo Caetano Pimentel
Rodrigo Coelho Segalote
Rogerio Tasca
Ronaldo Altenburg Odebrecht Curi Gismondi
Sabrina Andrade de Godoy Bezerra
Salvador Manoel Serra
Serafim Ferreira Borges
Sergio Bronchtein
Sergio Emanuel Kaiser
Silvia Helena Cardoso Boghossian
Telma Lima Martins
Thiago Bicchieri Dias
Vitor Moreira Alvarenga
Viviane Belidio Pinheiro da Fonseca
Washington Andrade Maciel
Wilson Braz Correa Filho
Wolney de Andrade Martins

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES DAS JORNADAS MULTIDISCIPLINARES

Julgadores:

Carla de Azevedo Vianna
Cledia Calixto Deberaldini
Fabricio Braga da Silva
Glorimar Rosa
Grazielle Vilas Boas Huguenin
Hudson Carmo de Oliveira
Joao Carlos Moreno de Azevedo
Juliana Faria Campos
Luciana Nicolau Aranha
Michel Silva Reis
Michelle Bou Dib El Khouri
Rafael Santiago Floriano
Sonia Carvalho Santos
Vinicius Marinho Coelho

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SCIENCES

Volume 37, Supplement 4, July 2024
Indexing: Index Medicus Latino-Americano – LILACS and Scientific Electronic Library Online - SciELO

Commercial Department
Telephone Number: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Editorial Production
SBC – Scientific Department

Graphic Design and Diagramming (IJCS)
SBC – Scientific Department

Diagramming (Supplement 4)
MMM Design & Editoração

Former SOCERJ Magazine (ISSN 0104-0758) up to December 2009; Revista Brasileira de Cardiologia (print ISSN 2177-6024 and online ISSN 2177-7772) from January 2010 up to December 2014. International Journal of Cardiovascular Sciences (print ISSN 2359-4802 and online ISSN 2359-5647) from January 2015.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC
PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED BIMONTHLY
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SCIENCES
(INT J CARDIOVASC SCI)

This work is available per guidelines from the Creative Commons License. Attribution 4.0 International. Partial or total reproduction of this work is permitted upon citation.

The International Journal of Cardiovascular Sciences (ISSN 2359-4802)
is published bimonthly by SBC:
Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brazil
Tel.: (21) 3478-2700
e-mail: revistaijcs@cardiol.br
http://ijcscardiol.org/

SUMÁRIO

• TEMAS LIVRES

1. Arritmias, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia ____ 01
2. Aterosclerose, Dislipidemia e Fatores de Risco CV ____ 07
3. Cardiologia Clínica ____ 11
4. Cardiologia da Mulher ____ 28
5. Cardiologia Intervencionista ____ 31
6. Cardio-Oncologia ____ 37
7. Cardiopeditria e Cardiopatias Congênitas ____ 40
8. Ciência Básica e Translacional ____ 47
9. Cirurgia Cardiovascular ____ 49
10. Doença Coronária ____ 52
11. Ecocardiografia ____ 61
12. Eletrocardiograma, Holter e ECGAR ____ 65
13. Epidemiologia ____ 67
14. Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva ____ 75
15. Espiritualidade e Medicina Cardiovascular ____ 78
16. Hipertensão Arterial, MAPA e MRPA ____ 80
17. Imagem Molecular e Medicina Nuclear em Cardiologia ____ 85
18. Insuficiência Cardíaca / Cardiomiopatias ____ 88
19. Ressonância e Tomografia Cardiovascular ____ 99
20. Valvulopatias ____ 101
21. Outros - Medicina ____ 107
22. Educação Física ____ 118
23. Enfermagem ____ 120
24. Fisioterapia ____ 124
25. Nutrição ____ 129

• ÍNDICES DOS TRABALHOS POR ÁREA E POR AUTOR

Índice dos Trabalhos por Área ____ 133
Índice Remissivo por Autor ____ 153

1
Arritmias, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia

252

Morte Súbita Abortada em Menina de 12 Anos – Uma Manifestação Rara de uma Doença Comum

MARINA MARINS; IARA ATIÉ; WILLIAM SOUZA; PEDRO TZIRULNIK; JAVIER PINTO; YASMIN ARAUJO; HERICA MACHADO; ADRIANA INNOCENZI
Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Menina, sem comorbidades prévias, apresentou 2 eventos de morte súbita (MS) abortada, aos 6 e 12 anos, sendo diagnosticada com síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW). Apesar da MS ser uma apresentação rara da doença, em alguns pacientes ela pode ser a primeira manifestação. WPW é uma patologia comum mas que traz desafios diagnósticos e terapêuticos quando associada a anomalias congênitas (AC). **Relato do Caso:** Paciente de 12 anos, após MS abortada, foi submetida a reanimação cardiopulmonar e necessidade de intubação orotraqueal devido a convulsões recorrentes e pneumonia broncoaspirativa, sendo extubada cinco dias após, sem sequelas neurológicas. Paciente foi transferida para hospital de referência em cardiologia, onde foi diagnosticada com WPW. Apresentava ecocardiograma transtorácico sem alteração estrutural. Submetida a duas tentativas de ablação nas quais não foi possível identificar a origem da via acessória (VA). Diante da dificuldade de localização, foi solicitada angiotomografia de tórax que evidenciou divertículo em óstio de seio coronário. Realizada nova ablação, com identificação da VA no interior do divertículo, feita ablação com sucesso neste local, demonstrando interrupção imediata da pré-excitação. Dois dias após o procedimento a paciente recebeu alta hospitalar assintomática, com eletrocardiograma sem pré-excitação. Seguimento de 3 meses sem pré-excitação. **Discussão:** O risco de anual de MS no WPW é de 0.1% em pacientes assintomáticos. Os fatores de risco incluem: período refratário anterógrado efetivo (PRAE) da VA <250ms; Indução de arritmias; Múltiplas VA; AC; Sexo masculino; Idade e síncope. A primeira linha de tratamento é a ablação com eficácia próxima a 100% e mortalidade <0.2%. O divertículo de seio coronário é uma AC rara e está associado com VA posteriores em 7-11% dos casos. Essa associação comumente se apresenta com VA de PRAE curto e rápida capacidade de condução atrioventricular, aumentando o risco de MS. Quando há dificuldade de localização da região alvo da via acessória, exames complementares podem ser eficazes para afastar anomalias e prevenir complicações aumentando a taxa de sucesso do tratamento ablativo.

254

Flutter Atrial Típico em Criança sem Cardiopatia Estrutural

MARINA MARINS; IARA ATIÉ; WILLIAM SOUZA; PEDRO TZIRULNIK; JAVIER PINTO; HERICA MACHADO; ADRIANA INNOCENZI; YASMIN ARAUJO
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Apesar de incomuns na população pediátrica, arritmias macro reentrantes podem ocorrer após cirurgias cardíacas, por vezes com apresentações graves. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 7 anos, 21 Kg, sem comorbidades prévias, diagnosticado com flutter atrial (FLA) típico aos 4 anos após investigação de síncope recorrente, em uso de propranolol. Internou devido a queixa de palpitações. Fez uso de amiodarona oral apresentando bradicardia sintomática (30min), sendo esta então suspensa, com recorrência do FLA. Admitido no serviço com eletrocardiograma evidenciando FLA de alta resposta, sem instabilidade, o qual foi refratário às tentativas de cardioversão elétrica (CVE). Ecocardiograma transtorácico com forame oval patente, shunt E-D sem repercussão hemodinâmica. Ressonância Magnética cardíaca com ausência de substrato arritmogênico. É então encaminhado para ablação (ABL), ecocardiograma transesofágico (ETE) evidenciando trombo em átrio direito, optado por realização de anticoagulação (ACO) plena por 4 semanas e nova tentativa de ABL após. ETE após 4 semanas sem trombo, durante o procedimento houve reversão espontânea para ritmo juncional. Realizada ABL em topografia de istmo cavo-tricuspídeo com obtenção de linha de bloqueio bidirecional. Foi evidenciado tempo de recuperação do nodo sinusal >1,5 seg. Suspenso betabloqueador. Paciente retorna para enfermaria em ritmo juncional com recuperação do ritmo próprio, sinusal, espontaneamente após algumas horas. Holter evidenciando pausas sinusais de até 2,8seg, sem outras alterações. Recebe alta assintomático, em ritmo sinusal com FC de 75 bpm e orientação de ACO plena por 4 semanas. Seguimento ambulatorial não demonstrou recorrência do FLA. **Discussão:** O FLA é uma arritmia rara na infância, principalmente na ausência de cardiopatia estrutural. Normalmente apresenta-se antes dos 2 anos de idade, em pacientes assintomáticos. Insuficiência cardíaca congestiva pode ocorrer e está relacionada com a duração da taquicardia. A CVE apresenta boa resposta terapêutica, sendo o tratamento de primeira linha, embora o FLA possa apresentar reversão espontânea na maioria dos casos. No FLA refratário em crianças a ABL deve ser indicada considerando o risco x benefício em relação ao peso do paciente. Após reversão para ritmo sinusal o prognóstico é excelente com baixas taxas de recorrência, sem necessidade de terapia antiarrítmica à longo prazo.

256

Perda Súbita de Consciência em Adolescente com Pausa Sinusal e Bloqueio Atrioventricular

DANIELA CAPUTI; CARLOS FILIPE PIMENTA; SABRINA BARBOSA PACHECO; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSE XAVIER LOPEZ ROSAS; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A perda súbita de consciência em adolescente é uma queixa comum aos cardiologistas. O quadro costuma preocupar os pais e pode ter um impacto relevante na qualidade de vida do paciente. O diagnóstico etiológico é importante para guiar o tratamento correto e para evitar tratamentos invasivos desnecessários que agregam risco ao paciente. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino,15 anos, sem comorbidades, nascido de parto cesárea com 37 semanas de gestação. Irmã com diagnóstico de BAVT congênito. Encaminhado para investigação de perda súbita de consciência iniciada aos 5 anos, sempre precedidas de mal-estar e fraqueza. Sem abalos ou cianose. Relata como fatores desencadeantes a sudorese intensa, micção, evacuação e exercício físico. Paciente deixou de fazer exercícios físicos, de participar de brincadeiras e reduziu a ingesta hídrica por receio de síncope. Sem alterações ao exame físico. ECG de admissão mostrava BAV Moritz 1. Holter de 24 horas, mostrou frequência cardíaca (FC) <50 bpm por 16h, uma pausa sinusal de 2,8s na vigília, assintomático. EEG e ECOTT dentro da normalidade. Encaminhado para avaliação de marca-passo. Realizou teste ergométrico, que apresentou episódios de pausa sinusal com escape juncional no repouso e no esforço até o 5° minuto, depois evoluiu com incremento fisiológico da FC e intervalo PR normal. Na recuperação, aumento progressivo do intervalo PR, bradicardia sinusal e pausa sinusal de 3,6s associada à hipotensão. O quadro foi associado à tonteira, mal-estar e síncope. No Tilt Test, aos 36 min de ortostase, apresentou tonteira, mal-estar e síncope, coincidindo com hipotensão (PAS 60 mmHg) e discreta redução de FC (para 59 bpm) – vasovagal mista. Iniciado tratamento não medicamentoso, com orientação para aumentar a ingesta hidrossalina, ensinadas manobras de contrapressão isométricas e conscientizado sobre a benignidade do caso. Sem necessidade de implante de marcapasso. Paciente evolui sem novos episódios de síncope há 5 meses, retornando às atividades habituais. **Discussão:** Paciente com síndrome vasovagal e estado vagotônico, o que explica as pausas sinusais e o BAV em repouso. Tratamento de escolha é não-farmacológico, que demonstra importante melhora sintomática quando há adesão. A vagotonia parece responder a medicações que aumentam o automatismo sinusal e a condução pelo nó atrioventricular. O implante de marcapasso está indicado em maiores de 40 anos, com mecanismo cardioinibitório, podendo não impedir totalmente as síncopes caso tenham mecanismo vasodepressor associado.

269

Múltiplas Vias Acessórias em Criança com Apresentação Grave de Wolff-Parkinson-White

PEDRO CUNHA TZIRULNIK; IARA ATIE; WILLIAM SOUZA; MARINA MARTINS; JAVIER PINTO
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Wolff-Parkinson-White é uma síndrome congênita associada à presença de pré-excitação ventricular que pode resultar arritmias cardíacas. O ECG de repouso ajuda a identificar a localização da via acessória, mas é importante considerarmos a presença de múltiplas vias, principalmente em pacientes jovens com manifestações graves. **Relato do Caso**: Apresentamos o caso de um paciente de 5 anos, masculino, portador de transtorno do espectro autista em investigação para possível síndrome genética, internado com história de taquicardia de QRS largo atendida em outro hospital. Na ocasião foi suspeito o diagnóstico de TRAV antidrômica, sendo administrada adenosina, sem sucesso na reversão da arritmia. Optado por administração de amiodarona endovenosa, após a qual a paciente evolui com PCR rapidamente revertida com manobras de reanimação, sendo solicitada transferência para centro especializado. Admitido na unidade de terapia intensiva infantil de nosso instituto estável hemodinamicamente, em uso de amiodarona, suspensa na admissão. Eletrocardiograma de 12 derivações apresentava ritmo sinusal com pré-excitação sugestiva de via acessória em região mediosseptal. Realizado ecocardiograma transtorácico que não evidenciou alterações estruturais. Diante da evidência de pré-excitação e relato de taquicardia antidrômica com parada cardiorrespiratória, optado por estudo eletrofisiológico e ablação da via acessória. Ao início do estudo o paciente se apresentava em ritmo sinusal com mesmo padrão de pré-escitação observado na internação. TRAV ortodrômica era facilmente induzida com manipulação do cateter. Foi mapeado o anel tricúspide com identificação de boa precocidade e fusão de potenciais em região lateral direita. Aplicada RF com observação de mudança do padrão de pré-excitação, agora sugestivo de via lateral esquerda. Optado por abordagem retroaórtica, com identificação de via póstero lateral esquerda. Após aplicação, houve nova mudança do padrão de pré-excitação, identificando-se potenciais de interesse em região lateral e anterolateral esquerda. Após a última aplicação, observado término de pré-excitação e não era mais possível indução de arritmias. **Discussão:** A presença de múltilplas vias acessórias em crianças com WPW sem cardiopatia estrutural não é tão incomum, podendo chegar a cerca de 10% em algumas séries. Em relação a vias única, está mais associada a taquicardias antidrômicas e apresentações graves, sendo uma causa potencialmente curável de morte súbita através de ablação por cateter.

410

Arritmias no Esforço tem Maiores Diâmetros do Ventrículo Esquerdo em Pacientes com Fração de Ejeção Normal

PEDRO HENRIQUE RAPOSO COELHO; EDUARDO WILNES; MARCUS VINICIUS GROSS; JULIANA CRUZ BRUM; LEONARDO SANTOS PEREIRA; EDUARDO BARBOSA LIMA; BRUNO WILNES; ANDERSON WILNES SIMAS PEREIRA
Faculdade UNILAGOS – Araruama – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: As arritmias induzidas durante o teste ergométrico (TE) são uma preocupação na avaliação cardiológica, podendo refletir uma doença coronariana subjacente, miocardiopatias ou anormalidades metabólicas. O TE combinado com o ecocardiograma (ECO) é crucial na detecção inicial dessas anormalidades cardiovasculares. O presente estudo visa explorar a interconexão das variáveis do TE e ECO, na identificação de elementos associados a pior prognóstico com exames de baixo custo e do cotidiano dos pacientes, para detecção precoce e melhor manejo clínico. **Objetivo:** Isolar os parâmetros do ECO e TE que configuram preditores independentes de arritmia ao esforço. **Materiais e Métodos:** Foram incluídos nesse estudo 69 pacientes que apresentavam dados completos acerca de ecocardiograma e teste ergométrico. Todos os exames foram realizados em um mesmo centro. Variáveis numéricas foram descritas como mediana (P25-P75).Visando isolar os preditores independentes de arritmias ao esforço durante o TE, um modelo de regressão logística multivariável foi construído a partir de parâmetros clinicamente relevantes do ECO e do TE. P<0,05 foi considerado estatísticamente significativo. A análise estatística foi realizada no SPSS v. 24.0. **Resultados:** 20 pacientes (29,0%) apresentaram arritmia ao esforço durante o TE. O VO2 máximo ao TE foi de 34,5ml/kg/min (27,1-41,4ml/kg/min), e 7 indivíduos (10,1%) apresentaram mets ruim ou moderado. A fração de ejeção do VE (FEVE) foi de 71% (67-75%), com todos os pacientes apresentando FEVE preservada. O aumento leve ou moderado do VE e do átrio esquerdo foi observado em 8 (11,6%) e 18 (26,1%) pacientes, respectivamente. As variáveis citadas foram incluídas no modelo multivariável. De forma importante, o aumento leve ou moderado do VE ao ECO foi o único preditor independente de arritmia ao esforço no TE, resultando em chance 8,1 vezes maior de se manifestar arritmia ao esforço em comparação com indivíduos com VE de volume normal (OR 8.079, IC 95% 1.015-64.334, P=0.048). **Conclusões:** O aumento do diâmetro diastólico do VE ao ecocardiograma, mesmo com fração de ejeção preservada, pode estar associado ao aparecimento de arritmias esforço induzido. Esta estratificação de risco arrítimico deve ser amplamente estimulada, uma vez que se trata de um exame largamente disponível e acessível.

560

Além dos Limites: Explorando o Potencial do Estudo Eletrofisiológico em Paradas Cardiorrespiratórias Extra Hospitalares. Relato de um Caso Emblemático

JOSE XAVIER LÒPEZ; LEIVY ZUCKET CYTRYN; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO; DANIELA CAPUTI; SABRINA BARBOSA PACHECO
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/HUPE – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A parada cardiorrespiratória (PCR) em ambiente extra hospitalar continua sendo um significativo problema de saúde pública, com alta taxa de morbimortalidade. A intervenção precoce e eficaz é essencial para o aumento de sobrevida, bem como a determinação precoce da sua etiologia. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 66 anos, previamente hígida, apresentou uma PCR diante de estudantes da área da saúde que estavam em aula prática sobre o tema em local público. Iniciou-se as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, com retorno para circulação espontânea após 19 minutos, sendo após transferida para um hospital terciário. Lá, foi evidenciado Bloqueio Atrioventricular (BAV) de segundo grau Mobitz I e após foi transferida para um hospital quaternário para realização de estratificação invasiva no contexto de Bradiarritmia sem causa aparente. A coronariografia revelou doença arterial coronariana obstrutiva grave em artéria descendente anterior (ADA) com lesão obstrutiva de 90% em terço médio e ramos descendente posterior com lesão obstrutiva de 70% na sua origem. Prosseguiu com angioplastia na ADA e na coronária direita (CD) com sucesso, mas durante o procedimento a paciente apresentou taquicardia ventricular (TV) polimórfica não sustentada sobreposta a um bloqueio atrioventricular total (BAVT) sendo necessário o implante de um marcapasso (MP) transvenoso para estabilização. Após três dias, a paciente retornou ao ritmo sinusal com o eletrocardiograma (ECG) demostrando presença de triplo bloqueio fascicular além de apresentar troponina desse período, dentro da faixa de normalidade. Dado ao questionamento sobre a etiologia da morte súbita abortada - isquêmica x arrítmica - optou-se pela realização do EEF. Os intervalos basais obtidos foram: AA: 970ms PA: 18ms AH: 89ms HV: 92ms QRS: 137ms QT: 450ms O ponto de Wenckebach foi de 580ms, com registro de bloqueio infra hissiano, supra hissiano e prolongamento do intervalo HV. O tempo de recuperação do nódulo sinusal foi normal. Determinou-se então distúrbio da condução intra e infra hissiana e optou-se por implantação de MP definitivo, evoluindo sem complicações. **Discussão:** Apesar de sua raridade, a presença da bradiarritmia proporcionou ao aparecimento da TV polimórfica pelo provável alargamento do intervalo QT evoluindo como causa elétrica para a morte súbita. A presença de coronariopatia obstrutiva grave foi um achado ocasional, apesar da sua necessidade em ser excluída, que retardou e confundiu a investigação de sua real etiologia.

460

Fibrilação Atrial Aguda como Apresentação Inicial de Hashitoxicose: um Relato de Caso

CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; MARIA PAULA MICELI PORTHUN; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; JEFERSON FREIXO GUEDES
Escola de Medicina Souza Marques – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Federal de Bonsucesso – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais comum na prática clínica, havendo incidência e prevalência crescentes diante do envelhecimento populacional. Diversos fatores de risco cardiovasculares relacionam-se com a ocorrência de FA, que pode se manifestar clinicamente com palpitações, dispnéia, dor torácica, tontura e síncope, além do risco cardioembólico elevado (acidente vascular cerebral, embolizações arteriais e viscerais). Disfunções tireoidianas, como o hipertireoidismo primário e tireoidites podem desencadear repercussões cardiovasculares, incluindo arritmias. A FA ocorre entre 10 a 19% dos pacientes com tireotoxicose, sobretudo em idosos. Dentre as doenças tireoidianas, a Tireoidite de Hashimoto é mais prevalente, cerca de 10 vezes mais frequente no sexo feminino, cursando com hipotireoidismo na maioria dos pacientes. No entanto, uma minoria dos casos de Tireoidite de Hashimoto apresenta-se inicialmente com tireotoxicose transitória antes da evolução para o hipotireoidismo, recebendo a denominação de Hashitoxicose. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino de 81 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, inicia quadro de palpitações taquicárdicas. Foi admitida com fibrilação atrial de resposta ventricular acelerada (141 batimentos por minuto), sem instabilidade hemodinâmica, dor torácica, dispnéia e outros sintomas. Houve reversão farmacológica com amiodarona, seguindo com anticoagulação oral. O ecocardiograma transtorácico evidenciou dimensões cavitárias, espessuras parietais e função sistólica global biventricular normais. Exames laboratoriais demonstraram Hormônio Tireoestimulante (TSH) suprimido (<0,01 mU/L, valor de referência 0,4 a 4,5 mU/L) e tiroxina livre (T4L) aumentada (3,0 ng/dL, valor de referência 0,7 a 1,8 ng/dL). Foi iniciado Metimazol 30 mg/dia, mantido atenolol 100 mg/dia e anticoagulação oral. A elevação de autoanticorpos (Anti-tireoperoxidase e Ant-tireoglobulina) confirmou a Tireoidite de Hashimoto. Em 4 meses de seguimento ambulatorial, manteve-se em ritmo sinusal, sem sintomas cardiovasculares e com melhora de níveis hormonais tireoidianos (TSH: 13mU/L T4L: 0,2 ng/dL), neste momento suspendeu-se o metimazol (já em dose reduzida de 10 mg) e iniciou-se levotiroxina 25 mcg. **Discussão:** A relevância desta caso fundamenta-se na identificação de fibrilação atrial aguda como manifestação isolada da forma incomum de apresentação inicial de Tireoidite de Hashimoto (Hashitoxicose) em paciente idosa.

585

Relato de Caso: Implante de Monitor Cardíaco e Ablação por Cateter na Detecção e Tratamento de Fibrilação Atrial Paroxística Subclínica

RODRIGO ELIAS DA COSTA; ANA INÊS BRONCHTEIN; SERGIO BRONCHTEIN; ANDREA BRUNO; EDUARDO WAJNBERG
Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
HSCor – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O presente trabalho pretende relatar caso clínico do mundo real, em que a decisão de anticoagulação plena em paciente com suspeita de fibrilação atrial e a indicação de implante de monitor de eventos para efetivo diagnóstico e tratamento da arritmia impactaram significativa mente no prognóstico e história natural da patologia. **Relato do Caso:** Paciente de 76 anos, hipertensa leve, portadora de disfunção renal (clearence creatinina em torno de 50) dislipidêmica, portadora de hipotireoidismo em tratamento, com relato de palpitações mal definidas, sem documentação de fibrilação atrial sustentada. Vinha e uso empírico de apixabana em dose plena e propafenona 600 mg/dia por conta de instabilidade atrial frequente ao Holter de 24 horas. Durante avaliação nefrológica, a dose de apixabana foi reduzida devido à redução discreta da função renal. Evoluiu então com síndrome cerebrovascular compatível com acidente vascular encefálico hemisférico secundário a oclusão total de artéria cerebral média esquerda, evidenciando à angiotomografia de crânio "focos de difusão restrita com hipersinal em FLAIR na região núcleo-capsular e córtico-subcorticais subinsulares à esquerda". Manteve-se sob anticoagulação plena desde então e foi submetida a implante de monitor de eventos que confirmou o diagnóstico de fibrilação atrial. Foi encaminhada a ablação por cateter – isolamento elétrico das veias pulmonares guiado por ecocardiograma intracardíaco e mapeamento eletroanaômico. Mantém-se assintomática e sem registros de FA desde o procedimento sem antiarritmos orais. **Discussão:** Em torno de 33% dos casos de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVCi) têm etiologia criptogênica. Os monitores cardíacos implantáveis se mostram bastante superiores a outros métodos de monitoramente eletrocardiográficos na detecção de fibrilação atrial subclínica, permitindo assim introdução de anticoagulação precocemente, reduzindo significatvamente a incidência de AVEi relcionados à arritimia. Da mesma forma, permitem o tratamento precoce por ablação, melhorando o resultado a médio e longo prazo, bem como, fornecem dados de acompanhamento pós-operatório constantes, facilitando a detecção de eventuais recorências e permitindo abordagem mais efetiva.

603

Síncope em Paciente com Estenose Aórtica

GIULIA FACINA CARVALHO DE LEMOS; JULIANNY FREITAS RAFAEL
Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Síncope é a perda transitória da consciência, secundária a hipoperfusão cerebral. A doença valvar que mais se manifesta com síncope é estenose aórtica (EAo). Devido à grande gama de doenças que podem causar síncope, as causas devem ser amplamente discutidas e investigadas. **Relato do Caso:** M.C.M.M., paciente feminina, 54 anos, em acompanhamento cardiológico desde 2018, quando em exame foi detectado sopro e solicitado ecocardiograma transtorácico que mostrou valva aórtica bicúspide com EAo moderada (área valvar de 1,1cm² /gradiente máx 56 e médio de 39mmHg), função sistólica preservada e HVE. Evoluiu com quadros de síncope, entendidos como evolução da EAo, sendo encaminhada para preparo de troca valvar e aorta ascendente. Foi, então, para avaliação nutricional e psicológica e preparo pré-operatório de reabilitação cardíaca visando emagrecimento e melhora funcional pré cirúrgica. Porém, durante avaliação pré-esforço no teste cardiopulmonar foi detectado bloqueio atrioventricular avançado, sendo encaminhada para internação. Holter de 24 horas com pausas maiores do que 6 segundos. Angiotomografia de coronárias sem lesões obstrutivas e valva aórtica com exuberante calcificação subvalvar, direcionada ao septo interventricular alto, na topografia do nódulo AV. Realizado implante de marca-passo (MP) definitivo bicameral em 19/04/23, sem intercorrências. Evolutivamente não apresentou novos episódios de síncope ou outros sintomas, manteve medicações de uso prévio e aguarda ser reavaliada a estratégia de troca valvar. **Discussão:** Temos uma paciente com o diagnóstico prévio de EAo moderada que evoluiu com síncopes, inicialmente entendidas como sintoma de gravidade da doença valvar, o que levou a uma indicação cirúrgica. No entanto, foi flagrado em exames pré-operatórios, BAV completo que justificaria os episódios. Nos deparamos com hipóteses que mudariam drasticamente o seguimento da paciente. Após o implante do MP e ausência de sintomas, ficou entendido que as síncopes estavam ocorrendo devido a bradiarritmia e não como um marcador de gravidade da EAo. Com isso, vemos a importância de ver os pacientes como um todo e da necessidade de conhecer mecanismos fisiopatológicos e diagnósticos diferenciais das doenças cardiovasculares, visando, assim, evitar intervenções inadequadas. Dessa forma, esse caso clínico nos ensina sobre diferentes causas de síncope e seus tratamentos, além do manejo da EAo, principalmente em pacientes mais jovens, em que agregar morbimortalidade tem impacto no futuro e sua qualidade de vida.

616

Fibroelastoma da Válvula Pulmonar Identificado pelo Ecocardiograma Intracardíaco

CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO; GUSTAVO VIGNOLI SANTOS; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; LUCAS CARVALHO DIAS; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA
Hospital Pró-Cardíaco RJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Samaritano – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Fibroelastoma é um tumor pouco frequente, correspondendo a menos de 10% dos tumores cardíacos benignos. Em 90% dos casos, acomete as valvas cardíacas, podendo ser encontrados nos músculos papilares, cordas tendíneas e endocárdio. Em sua maioria, é único, pequeno, menor de 20 mm, e acomete, preferencialmente, a válvula aórtica (44%), seguida de mitral (35%), tricúspide (15%) e pulmonar (8%). Trata-se de relato de caso de tumor cardíaco infrequente, de localização incomum, diagnosticada através do ecocardiograma intracardíaco. **Relato do Caso:** P.M.A.B., 60 anos, dislipidêmico, com queixas de palpitação recorrente com documentação de fibrilação atrial paroxística, tratado com Propafenona 150 mg 2x/dia, Rivaroxabana 20 mg/dia e Atovarstatina 20 mg/dia. após recorrência da arritmia a despeito do uso de antiarrítmicos, foi indicada ablação de fibrilação atrial através do isolamento elétrico de veias pulmonares guiado pelo ecocardiograma intracardíaco (ICE). Durante o posicionamento do cateter ICE no ventrículo direito, para visualização do espaço pericárdico no início do procedimento, foi identificada imagem móvel, arredondada, de aproximadamente 10mm de comprimento, relacionada à face ventricular da válvula pulmonar, que prolapsava para a artéria pulmonar. O cateter ICE foi então avançado para o trato de saída do ventrículo direito, através de torque horário, na região imediatamente abaixo da válvula pulmonar, onde foi possível contemplar com detalhes o que sugeria ser uma tumoração primária da válvula pulmonar. A ablação por cateter foi então realizada sem intercorrências, o paciente foi submetido, após a alta hospitalar, a ressonância cardíaca que identificou os mesmos achados, sendo indicada a excisão cirúrgica da massa valvar, identificada à anatomia patológica como fibroelastoma de válvula pulmonar. **Discussão:** Além de oferecer segurança e efetividade ao procedimento de ablação, monitorizando a formação da lesão e eventuais complicações do procedimento, o ecocardiograma intracardíaco também permite o diagnóstico precoce de imagens móveis intracardíacas, como trombos, vegetações e tumores cardíacos, sendo uma ferramenta indispensável no laboratório de eletrofisiologia moderno.

608

Taquicardiomiopatia Pós *Holiday Heart Syndrome*: um Relato de Caso

MARCOS MORAIS DE MEIS; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; RENATO DE MEIS DIAS COSTA; PEDRO MORAIS DE MEIS; SEBASTIANA BESSA PORTO; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O termo "Holiday Heart Syndrome" (HHS) é utilizado para descrever as arritmias cardíacas manifestadas após período de ingesta alcoólica considerável. A principal arritmia desencadeada é a Fibrilação Atrial (FA) aguda, que habitualmente remite espontaneamente. No entanto, em casos mais complexos, pode ocorrer uma alta resposta ventricular e evoluir para uma taquicardiomiopatia com disfunção ventricular grave e insuficiência cardíaca congestiva. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 24 anos, branco, sem comorbidades, etilista social, com história familiar de morte súbita precoce (pai e avó). Comparece à emergência cardiológica com relato de hipotensão postural, palpitação e pré síncope após libação alcoólica. O Eletrocardiograma (ECG) evidenciou ritmo cardíaco irregular e frequência cardíaca (FC) de 220. Foi diagnosticado com FA de alta resposta ventricular, somente após tentativa de cardioversão com adenosina, sendo administrado propafenona e metoprolol. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica durante tentativa de cardioversão química da FA, mas com melhora espontânea. Foi realizado Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) após cardioversão, que identificou disfunção sistólica global grave de ventrículo esquerdo (VE) com hipocinesia difusa, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) de 28% (Teichholz) e pressão sistólica em artéria pulmonar (PSAP) de 32mmHg. Durante a internação, novos ECGs apontaram manutenção de ritmo sinusal e ECOTT evidenciou melhora parcial do quadro, com evolução para disfunção sistólica leve e FEVE de 52% (Teichholz), permitindo alta hospitalar e seguimento ambulatorial. Foi prescrito tromboprofilaxia com apixabana, durante 3 meses, bisoprolol, losartana e espironolactona, sendo os dois últimos descontinuados devido a hipotensão. Contudo, durante seguimento ambulatorial, paciente manteve disfunção sistólica leve do VE de forma persistente, sendo investigado com Ressonância Magnética e Angiotomografia cardíaca para descartar diagnósticos diferenciais. Após 6 meses, paciente mantém-se com disfunção sistólica, embora assintomático, e segue em acompanhamento. **Discussão:** A ascensão do etilismo no ocidente levanta preocupações sobre a HHS e suas complicações cardiovasculares em jovens hígidos. Apesar de incomum, a taquicardiomiopatia pode desencadear prejuízos duradouros nos pacientes acometidos. Desse modo, estudos sobre as consequências tardias desse quadro, assim como seus fatores predisponentes, mostram-se necessários.

621

Relato de Caso: Terapia de Ressincronização Cardíaca em Paciente Portadora de Veia Cava Esquerda Persistente

RODRIGO ELIAS DA COSTA; ANA INES BRONCHTEIN; SERGIO BRONCHTEIN
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
HSCor – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O presente trabalho pretende relatar caso clínico de paciente portadora de mal-formação congênita rara, a persistência de veia cava esquerda, submetida a implante de ressincronizador cardíaco com sucesso. **Relato do Caso**: Persistência de veia cava esquerda é uma condição rara, cuja prevalência pode chegar a 0,5%, por vezes incidentalmente diagnosticada durante o implante de dispositivos cardíacos. Relato de caso: Paciente de 75 anos, portadora de miocardiopatia idiopática, classe funcional II, fração de ejeção de 35%, disfunção sinusal e fibrilação atrial persistente. O ECG em ritmo sinusal evidenciava bradicardia sinusal e BAV de 1º grau e bloqueio completo do ramo esquerdo, inviabilizando o uso de drogas cronotrópicas negativas. Foi então encaminhada a implante de ressincromizador cardíaco. Durante o procedimento, após acessada a veia axilar esquerda, observou-se trajeto anômalo de fios guias, sugerindo cava esquerda persistente, confirmada por flebografia. Visando a evitar nova incisão contralateral e ciente de que tal variação pode interferir na morfologia da circulação venosa direita, optou-se por canular ramo tributário do seio coronariano e seguir com o implante à esquerda. Os eletrodos foram assim posicionados respectivamente: **1.** Ventricular direito – via de saída ventricular; **2.** Ventricular esquerdo – ramo lateral do seio coronariano; **3.** atrial foi posicionado na região lateral do átrio direito. O tempo de procedimento foi de 1 hora e 50 minutos. **Discussão:** A persistência da veia cava esquerda constitui variação anatômica rara, assintomática, eventualmente associada a um maior tempo de procedimento e incidência de complicações. Entretanto, o conhecimento prévio desta condição e a utilização dos recursos adequados aumentam a chance de sucesso no implante de ressincronizador cardíaco.

676

Uso do Dispositivo Zero-Gravity em Implante de Marcapassos para Estimulação do Sistema de Condução. Compensando Exposição com Proteção

CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR; GUSTAVO VIGNOLI SANTOS; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; LUCAS CARVALHO DIAS; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Samaritano – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A estimulação do sistema de condução é uma técnica de estimulação cardíaca que tem por objetivo a inscrição de complexo QRS estimulado estreito, potencialmente preservando a função ventricular ou restaurando o sincronismo ventricular em pacientes portadores de cardiopatia dilatada. Esta técnica necessita de mapeamento mais detalhado que um implante convencional, resultando, porém, em um tempo mais prolongado de exposição à radiação ionizante da fluoroscopia, com potencial de risco radiológico cumulativo ao operador. O dispositivo Zero-Gravity é uma ferramenta de proteção radiológica que consiste de uma veste de chumbo com 1,0mm de equivalência de proteção radiológica (2 a 4 vezes mais espessa que uma veste de chumbo normal), mantida elevada por um braço de aço, de forma que o peso da proteção radiológica não seja transmitido ao operador. **Objetivo:** Mostrar os dados de segurança e efetividade do uso do dispositivo Zero-Gravity em implantes de marcapassos para estimulação do sistema de condução. **Materiais e Métodos:** 4 pacientes, idade média de 69±6 anos, submetidos a implante de marcapasso para estimulação do sistema de condução (eletrodo de estimulação do ramo esquerdo e eletrodo atrial) de março a junho/2023, em serviços com disponibilidade do dispositivo Zero-Gravity. Foram coletados dados demográficos, o tempo de fluoroscopia emissão de radiação em MGy, dados eletrocardiográficos pré e pós-implante, e dados do acompanhamento ambulatorial. **Resultados:** O tempo médio de fluoroscopia foi de 12,5±2 minutos, com exposição total (Air Kerma) médio de 170 MGy, semelhantes aos obtidos em implantes no sistema de condução, mas com proteçao radiológica superior ao operador. As indicações para implante em dois pacientes era doença do nódulo sinusal (QRS pré implante de 90 ms e pós 102 ms) e nos outros dois pacientes era Bloqueio atrioventricular total com QRS alargado (pré de 142 ms e pós-implante de 110 ms). O dispositivo Zero-Gravity permite desconexão temporaria em momentos sem visualização fluoroscópica. O tempo total de procedimento não foi quantificado. No acompanhamento médio de 8 meses, não houve casos de infecção do dispositivo, complicações relacionadas ao procedimento ou mudança no padrão de estimulação do sistema de condução. **Conclusões:** O uso do dispositivo Zero-Gravity para implante de dispositivos cardíacos implantáveis, especificamente de marcapassos para estimulação do sistema de condução, é seguro e efetivo, permitindo proteção adicional em procedimentos com mais exposição radiológica.

742

Combinação de Marcapasso sem Eletrodo e Cardioversor Desfibrilador em Paciente com Endocardite Infecciosa de Difícil Tratamento

GUSTAVO VIGNOLI DOS SANTOS; JESSICA ARAUJO; CHARLES SLATER; LUIZ ANTONIO INACIO DE OLIVEIRA JUNIOR; NATALIA DA SILVA PAIS; EDUARDO BENCHIMOL SAAD
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Samaritano – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa é uma condição grave e potencialmente fatal tanto em pacientes portadores de prótese cardíaca valvar quanto em portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, sendo a taxa de mortalidade da endocardite de etiologia fúngica nesses pacientes em torno de 40-60%, de acordo com a literatura. Entre as complicações relacionadas a dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), a infecção apresenta morbidade entre 6 a 14%, com mortalidade de aproximadamente 20% em um ano, incluindo o período após a alta hospitalar. A principal abordagem terpêutica nos pacientes portadores de próteses cardíacas e complicação infecciosa envolve a extração completa do sistema. Sendo a estratégia para o novo implante pós extração uma decisão muitas vezes difícil. Atualmente, visando menor risco de complicação infecciosa, existem o marcapasso atrioventricular epicárdico, o marcapasso sem eletrodo (leadless pacemaker) e o cardioversor-desfibrilador subcutâneo (SICD). **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, portador de cardiomiopatia hipertrófica, com passado de miectomia, troca valvar mitral biológica em 2014 e implante de CDI em 2012. Realizou troca de unidade geradora do CDI durante internação hospitalar por fibrilação atrial. No pós operatório evoluiu com febre e hematoma de loja da unidade geradora, tratado de maneira conservadora. As culturas iniciais de sangue e urina foram negativas. Ecocardiograma transesofágico mostrou aneurisma apical com imagem sugestiva de trombo intracavitário, sem vetagação. Evoluiu coom dispneia e dessaturação, tendo realizado tomografia de tórax que evidenciou espessamento cutâneo e densificação do subcutâneo junto ao marcapasso e infiltrado pulmonar bilateral compatível com SDRA, sendo necessária ventilação mecânica. Neste momento foi realizada extração do sistema (unidade geradora e eletrodos), com implante de eletrodo de fixação ativa para estimulação provisória. Durante a internação o paciente apresentou novas bacteremias, sendo realizadas mais duas trocas de eletrodo de fixação ativa. Ecocardiograma transesofágico visualizou estrutura ecogênica, filamentar, de contorno irregular, no interior do átrio direito, sugestiva de vegetação aderida ao cabo de marcapasso e hemocultura positiva para Candida parapsilosis. Após controle infeccioso e culturas negativas, foi realizado implante de marcapasso sem eletrodo e CDI subcutâneo. **Discussão:** As novas opções de DCEI são efetivas e apresentam menor risco de complicações infecciosas.

730

Fibrilação Atrial Pré-Excitada: Diretrizes para o Generalista

RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; CAMILLA ROSARIO CHIORINO; MARCELA USBERTI GUTIERRE
BP – Beneficência Portuguesa de SP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A pré-excitação ventricular é uma condição rara (0,1-3% da população mundial),que, quando associada a taquiarritmias sintomáticas, caracteriza a síndrome deWolff-Parkinson-White.[1,2] O período refratário da via acessória, em geral, é menor que o da via normal, propiciando arritmias. A segunda taquiarritmia mais comum nesses pacientes é a fibrilação atrial (FA), com risco de degeneração para a fibrilação ventricular (FV) e morte súbita. **Objetivo:** Reforçar as atuais diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) para o manejo da FA pré-excitada por médicos generalistas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Descrição do caso: Homem, 39 anos, previamente hígido, compareceu na UPA por episódio suplemento de cafeína e taurina. Ao exame, ligeiramente hipotenso (PA 90x60 mmHg), com 150 a 180 batimentos por minuto, sem demais alterações. Submetido ao eletrocardiograma (ECG). FA de alta resposta ventricular, com períodos de condução pela via acessória. Menor intervalo RR = 240 ms. ECG realizado às 00:11. Até aquele momento, havia sido administrada uma ampola de metoprolol, sem melhora. Realizada teleconsultoria com equipe de cardiologia após 10 minutos, que orientou cardioversão elétrica sincronizada (CVES). Houve retorno ao ritmo sinusal com 100 joules. ECG pós CVES. Ritmo sinusal com pré-excitação ventricular por via acessória póstero-septal esquerda – ondas deltas positivas em V1 (vermelho) e negativas em DII, DIII, aVF (azul). **Discussão:** Na FA pré excitada de alta resposta ventricular (sobretudo com intervalos RRinferiores a 250 ms) há maior potencial de degeneração para FV e morte súbita.[3,4,7] Aconduta preconizada é a CVES, devendo-se evitar o uso de betabloqueadores, bloqueadoresde canal de cálcio, digoxina e adenosina, que podem exacerbar a condução pela via acessória e, assim, piorar o desfecho do paciente.[5] Em casos estáveis hemodinamicamente, o uso endovenoso de amiodarona como alternativa à CVES ainda é controverso. **Conclusão**: Dada a natureza potencialmente fatal da FA em pacientes com WPW, sobretudo se incorretamente medicados, todos os médicos devem ser capacitados a reconhecer e manejar os casos no contexto de emergência.

809

Crioablação de Taquicardia Atrial Parahisiana em Mulher Jovem

TAYENE ALBANO QUINTELLA; NILSON ARAUJO OLIVEIRA JR; RAFAEL AUGUSTO LETHIER RANGEL; CLAUDIO MUNHOZ DA FONTOURA TAVARES; OLGA FERREIRA DE SOUZA; MARTHA VALERIA PINHEIRO; LEONARDO REZENDE SIQUEIRA; RODRIGO PERIQUITO COSENZA
Rede D'Or – Niterói D'Or – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A ablação por radiofrequência (RFA) de taquicardias próximas ao feixe de His (HB) está relacionada a um risco aumentado de dano irreversível ao nó atrioventricular (AVN). A crioablação (CRiA) devido às suas características de progressão mais lenta da lesão, adesão do cateter durante a aplicação e o tipo de lesão causada, tem se mostrado um método eficaz e seguro para ablação das taquicardias parahissianas (TPH), com muúltiplos relatos na literatura de casos de ablação das vias acessórias parahisianas. Apesar disso, alguns defendem que há um menor índice de sucesso com essa tecnologia. **Relato do Caso**: Paciente GSM, 41 anos, sexo feminino, diagnóstico de Hipotireoidismo há 15 anos em uso de Levotiroaxina, apresentou internação hospitalar em 2022 por Fibrilação Atrial (FA) que segundo a paciente era o segundo episódio sintomático, sem tolerância ao uso de medicações antiarrítmicas por bradicardia. Apresentava ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca sem alterações dignas de nota. Naquele momento foi optado por ablação de Fibrilação Atrial com mapeamento eletroanatomico tridimensional (MEA) para isolamento das veias pulmonares. Durante ablação, que transcorreu sem intercorrências, apresentou indução espontânea de taquicardia atrial, sendo realizado mapeamento em taquicardia demonstrando foco arritmogênico na topografia do feixe de His (FH) e onde havia maior precocidade para ablação, havia registro do potencial elétrico do FH. Naquele momento a opção foi tratamento clínico, visto que não havia registro prévio desta arritmia e o risto iminente de lesão irreversível do sistema de condução era elevado. Paciente apresentou múltiplas crises de taquicardia atrial, sustentadas, com internação hospitalar. Optado então por novo procedimento, desta vez com MEA e cateter de ablação (CAb) por crioenergia (Crio). O MEA novamente demonstrou a região de interesse na região paraHisiana, posicionado CAb na região de maior precocidade, com pequeno registro do FH. A técnica de criomapping demonstrou segunraça para aplicação, em taquicardia, com reversão após cerca de 30 segundos, sendo continuado por 240s + 180s de reforço. Ao final, os intervalos basais estavam preservados e não mais induzimos taquicardia, mesmo sob ação de Isoprenalina. **Discussão:** O diagnóstico das TPH ainda hoje é uma situação complexa onde o risco x benefício do tratamento deve ser ponderado amplamente com o paciente, visto que o risco de lesões do sistema de condução é iminente. A técnica de Crio demosntra segurança e eficácia nestes casos.

820

Síncope Convulsiva como Apresentação Atípica de BAVt Paroxístico

DANIELA PIRES DE CASTRO MIRANDA; ROBERTA PEREIRA DA SILVA; SERGIO BRONCHTEIN; ANA INÊS COSTA BRONCHTEIN; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Faculdade de Medicina Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Pró-Cardíaco – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Bloqueio Atrioventricular (BAV) é um defeito de condução do estímulo elétrico entre átrios e ventrículos, podendo ser classificado em 1o ao 3o grau, sendo este considerado o bloqueio atrioventricular total (BAVT). A apresentação clínica com quadro de síncope pode ser desafiadora, por vezes com necessidade de avaliação cardiológica minuciosa para conclusão do diagnóstico. **Relato do Caso:** J.C.M.S, 81 anos, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e síndrome demencial. Com história de internação prolongada por sepse de foco urinário. Retornando ao serviço de emergência 4 horas após alta hospitalar, com relato de perda da consciência, associado a abalos corporais. Encontrava-se hipotenso, com demais sinais vitais dentro da normalidade. Ao exame, o paciente apresentava-se sonolento, com fala fluente e coerente e desorientado em relação ao tempo e ao espaço e no Eletrocardiograma não apresentava alterações. Neste contexto, suspeitou-se de síncope convulsiva sendo solicitados exames adicionais, incluindo Eletroencefalograma, Angio Tomografia Computadorizada de Crânio e Cervicais, Ecocardiograma e Holter de 24 horas. A AngioTC e o EEG não demonstram alterações que justificassem o quadro clínico. O ecocardiograma demonstrava cavidades cardíacas normais e disfunção diastólica Grau I com função sistólica preservada. Enquanto o Holter de 24 horas indicou ritmo sinusal com frequência cardíaca mínima de 38 bpm e máxima de 87 bpm, presença de condução AV 1:1 predominante, porém apresentando período de ausência de enlace AV do tipo BAVt na vigília. Sendo, portanto, diagnosticado com um quadro de síncope convulsiva cardiogênica por BAVt paroxístico. Optando-se pela implantação de marcapasso definitivo, sem intercorrências descritas no procedimento. Desde então, o paciente não apresentou novos episódios, evoluindo satisfatoriamente. **Discussão:** A avaliação de perda transitória da consciência no pronto socorro pode ser desafiadora, com a coleta detalhada da história clínica do episódio sendo fundamental para guiar a investigação. Abalos musculares podem direcionar erroneamente a hipótese para episódio de crise convulsiva, mas a síncope convulsiva é bem descrita como um diferencial importante. A investigação de entrada com ECG é fundamental nos casos de síncope, para definição de risco de etiologia cardiogênica, porém, arritmias paroxísticas podem falsear a avaliação inicial nesses pacientes, sendo necessário avaliação complementar quando a suspeita permanece.

854

Relação entre Infarto Agudo do Miocárdio, Hiperglicemia e Acidose

MARCELA USBERTI GUTIERRE; THAÍS MARIA ZAHER ZAHER; LILIAN CAVALHEIRO ALMEIDA; RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA
BP – A Beneficência Portuguesa de SP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Relação entre hiperglicemia, acidose e síndrome coronariana aguda (SCA) é complexa. Diabéticos têm incidência 2 a 4 vezes maior de doença coronariana e risco 4 vezes maior de morrer por doenças cardiovasculares. Doentes críticos desenvolvem hiperglicemia e resistência insulínica periférica, mesmo sem diabetes, pois o estresse orgânico estimula vias catecolaminérgicas e o glucagon, além da liberação de substâncias pró-inflamatórias. A acidose, por sua vez, estimula a centralização do volume sanguíneo e provoca alterações eletrofisiológicas que propiciam arritmias e disfunções de contratilidade miocárdica. Ademais, diminui a afinidade da hemoglobina ao oxigênio, gera hiporresponsividade vascular, vasodilatação arteriolar e coagulação microvascular, bem como reduz o efeito de algumas drogas, como a noradrenalina. **Relato do Caso**: Despertar para a necessidade de estudos sobre a relação entre hiperglicemia, distúrbios ácido-base e SCA. **Descrição do caso:** Homem, 67 anos, sem comorbidades conhecidas, dá entrada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de tontura e mal estar há 4 dias. Durante a triagem, dextro de 418 mg/dl e eletrocardiograma (ECG). Taquicardia sinusal, com supradesnivelamento de ST em V5, V6, DI, aVL, e infradesnivelamento de ST em DIII, aVF, V2 e V3. Realizada teleconsultoria com equipe de cardiologia, que orientou a UPA sobre a necessidade do ECG de derivações posteriores (V7, V8 e V9). Taquicardia sinusal com supradesnivelamento do segmento ST de derivações posteriores (V4 = V7, V5 = V8, V6 = V9). **Discussão:** A relação entre hiperglicemia, acidose e SCA é multifatorial e multidirecional: diabéticos podem ter clínica atípica de infarto agudo do miocárdio; a SCA pode precipitar CAD e DHE; a acidose favorece complicações cardiológicas; e a hiperglicemia determina piores desfechos no IAM, sobretudo quanto maiores os níveis glicêmicos na admissão. A terapia insulínica diminui a morbimortalidade em pacientes críticos, por estimular hormônios contra-reguladores e pelo seu efeito anti-inflamatório. **Conclusão:** O atendimento de emergências envolvendo hiperglicemia e/ou distúrbios ácido-base deve ser complementado com eletrocardiograma, não apenas para avaliação de DHE, mas para investigação de SCA a fim prevenir piores desfechos.
Referências Bibliográficas: 1. KUMAR, Vinay; ASTER, Jon C.; ABBAS, Abul K.. Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças. 9 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021, 1421 p.

851

Impacto na Diminuição do Tempo de Transferência do Paciente com IAMCSST Via Aéreo para o Hospital Especializado em Cardiologia

RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; ANA FLÁVIA NUNES ARAUJO; SANDRA MARCIA FRAGAS; MARCELA USBETI GUTIERREZ; CAMILLA ROSARIO CHIORINO
BP – A Beneficência Portuguesa de SP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares é a principal causa de morte no Brasil. Em 2024, foram registradas 57.398 mortes e 10.125 casos de AVC. Nesse contexto, identificar e intervir precocemente nesses casos é mandatório para a diminuição da morbimortalidade. Os protocolos e diretrizes já existentes para manejo e condução dos casos de IAMCSST confirmam que a sobrevida é maior se realizado dentro dos tempos já estabelecidos. Um Hospital de referência em cardiologia em SP desenvolveu a Linha de cuidado da Dor torácica, em 150 UPAS em todo o território nacional, capacitou as equipes locais e através da teleinterconsultorias especializadas, médica e de enfermagem aos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) ajudou na melhor tomada de decisão e a rápida transferência para o centro de referência cardiológica local. **Relato do Caso:** Demonstrar o impacto na diminuição do tempo de transferência do paciente com SCA para o hospital especializado. **Caso 1:** Paciente J.S.V., 51 Anos, deu entrada na UPA no estado do Pará, no dia (07/01/24) com quadro de dor torácica e pico hipertensivo. Na unidade foi aplicado o Protocolo de dor torácica e terapia medicamentosa, no ECG foi evidenciado o IAMCSST pelo cardiologista em SP, indicando a transferência para o Hospital de referência cardiológica local. A transferência do paciente pelo suporte avançado terrestre e fluvial é de 5horas foi encurtado para 40 minutos através do transporte aeromédico. Esta melhoria foi alcançada após a reunião virtual entre gestores médico e administrativo local e equipe do Hospital em SP. **Discussão:** A transferência, que inicialmente levaria 5 horas por via terrestre e fluvial, foi reduzida para 40 minutos através do transporte aeromédico (SESPA), resultado obtido após a reunião com a enfermeira referência do Projeto da Beneficência Portuguesa e gestores locais, utilizando os recursos disponíveis locais. Obtivemos sucesso nesta nova estratégia em 5 casos de urgências cardiovasculares evidenciados no período de setembro/2023 a fevereiro/2024. Disponibilizando o acesso mais rápido e seguro a procedimentos como porta agulha e porta balão, otimizando a assistência ao paciente. **Resultado:** Foi identificado que a troca para o transporte aeromédico é mais eficaz no atendimento de emergências cardiovasculares, aumentando as chances de tratamento nos tempos adequados.

855

Interlocução entre o Protocolo de Dor Torácica e do AVC em uma UPA Localizada em uma Praia Distante do Sul do Brasil

ANA FLAVIA NUES DE ARAUJ; SANDRA MARCIA FRAGAS; MARCELA USBETI GUTIERREZ; RODRIGO OLYNTHO ALMEIDA; CAMILLA CHIORINO ROSARIO
BP – A Beneficência Portuguesa de SP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares é a principal causa de morte no Brasil. Em 2024, foram registradas 57.398 mortes e 10.125 casos de AVC. Assim, identificar e intervir precocemente nesses casos é mandatório para a diminuição da morbimortalidade. Os protocolos e diretrizes já existentes para manejo e condução dos casos supracitados confirmam que a sobrevida é maior se realizado dentro dos tempos já estabelecidos. Um Hospital de referência em cardiologia em SP implementou a Linha de cuidado da Dor torácica, em 150 UPAS em todo o Brasil, capacitou as equipes locais e através da teleinterconsultorias especializadas, médica e de enfermagem nos casos com suspeita de síndrome coronariana aguda ajudou na tomada de decisão e transferência para o centro de referência cardiológica local. **Relato do Caso**: Demonstrar a importância da implementação da linha de cuidado das doenças cardiovasculares, capacitar as equipes das unidades de atendimento (UPA) na rápida identificação, manejo clínico e transferência adequada para a referência cardiológica local. **Discussão:** A.S.F., sexo masculino, 79 anos, previamente hígido, dirigiu-se à UPA com queixa de dor torácica, pior ao pedalar de bicicleta – um esforço habitual do paciente. Seguido protocolo de dor torácica, solicitado o ECG em 10 minutos, descartado o IAM, na anamnese foi aplicado a escala de cincinnati, identificado a hemiparesia e diminuição da força motora, causando a hipótese diagnóstica do AVC. A UPA é localizada cerca de 90 minutos do centro de referência mais próximo em um eixo de praia. Foi transferido para o Hospital de referência para o atendimento do AVC, através do suporte aeromédico em tempo hábil para realizar a trombólise e manejo clínico do quadro de AVC, confirmado após a tomografia, evoluiu com estabilização do quadro e o desfecho clínico de 48horas e 30 dias foi favorável, recebeu alta médica com seguimento ambulatorial. **Discussão:** Equipes treinadas e capacitadas no atendimento das grandes emergências cardiovasculares salvam mais vidas em 30%, contribuindo para uma melhor reinserção em suas atividades diárias profissionais e pessoais. **Conclusão:** Protocolos clínicos aplicados para os casos suspeitos de IAM e AVC impactam positivamente na morbimortalidade, Equipes treinadas e capacitadas no atendimento das grandes emergências cardiovasculares salvam mais vidas.

2
Aterosclerose, Dislipidemia e Fatores de Risco CV

510

Como a Mídia de Massa tem Divulgado o Cigarro Eletrônico? Análise do Conteúdo de Reportagens ao Longo de 2022 a 2024

LARISSA LOUROS PEREIRA; GABRIELA GUELBER MAGRANI; GABRIELA ARAKAKI FARIA; LÍVIA QUINTELLA BAPTISTA; ISABELA GAUDENCIO SANTOS; GIOVANA LUISA MOREIRA LIMA; CAROLINA BARROS FERREIRA COSTA; EVANDRO TINOCO
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Evidências científicas apontam para o tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. O uso de cigarros eletrônicos configura-se como uma nova forma de tabagismo que, gradualmente, está penetrando na sociedade e tende a piorar com a legalização do comércio como já se observa em outros países. Então, torna-se necessário estudar a veiculação midiática acerca desses dispositivos, de modo a analisar se há um conteúdo enviesado sendo exposto para a população, especialmente durante o período em que a Anvisa está em processo de revisão da RDC 46/2009. **Objetivo:** Analisar dados de reportagens sobre cigarros eletrônicos, filtradas a partir de 2022, expondo a atuação da mídia na divulgação de notícias que podem estimular o uso desses dispositivos. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional retrospectivo a partir de uma pesquisa na plataforma "Google" utilizando as palavras-chave "cigarro eletrônico" e "vape". Foram selecionadas reportagens de mídia de massa para coletar os principais argumentos, abordagem de riscos cardiovasculares, entre outros. **Resultados:** A partir da análise de um total de 23 reportagens, 65,2% apontam que o cigarro eletrônico causa menor prejuízo em comparação com o tabaco, colocando-o como um instrumento de redução de danos, o que não está de acordo com as evidências científicas. Vale ressaltar, ainda, que 39,1% das mídias não evidenciam o potencial de gerar danos de tais dispositivos, o que contribui para uma visão coletiva de que são inócuos. Além disso, apenas 21,7% apontam que esses cigarros apresentam algum risco ao sistema cardiovascular e somente 8,7% trazem a opinião de cardiologistas. Esses dados são bastante preocupantes em um cenário em que esses dispositivos podem promover muitos malefícios no sistema cardiovascular, colaborando até mesmo para o aumento do risco de infarto do miocárdio. 56.5% das reportagens defendem legalizar o comércio para a segurança do consumo via controle de qualidade. Há uma seletividade na divulgação de informações pela mídia, visto que os riscos não são expostos claramente, inclusive os cardiovasculares. **Conclusões:** Os resultados obtidos demonstram uma explícita relativização dos impactos desses dispositivos, contrastando com as evidências científicas sobre os prejuízos à saúde dos usuários, como doenças cardiovasculares. Recomenda-se, assim, uma abordagem mais responsável na comunicação, visando informar o público sobre todos os riscos à saúde dos usuários com informações baseadas em evidências.

528

Avaliação de Medidas Antropométricas, Glicemia Capilar e Flexibilidade em Jovens Universitários: Estudo Transversal Descritivo

FÁBIO AUGUSTO D´ALEGRIA TUZA; PAULO HENRIQUE DE MOURA; ELAINE APARECIDA PEDROZO AZEVÊDO; AMANDA VIEIRA MOREIRA; ISABELLE GODINHO TUZA; KAREN FREITAS DE FARIA; WANDERSON ALVES RIBEIRO; ADALGIZA MAFRA MORENO
Universidade Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Atualmente, observa-se alta prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade, sedentarismo e má alimentação, entre os jovens. A transição para a vida universitária pode ser um período estressante para os jovens adultos, e as estratégias de enfrentamento podem envolver mudanças nos comportamentos alimentares. No Brasil, a obesidade teve aumento de 72% nos últimos 13 anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Além disso, 55,4% da população tem excesso de peso e 19,8% obesidade. A Organização Mundial da Saúde sugere o uso de medidas antropométricas para vigilância de fatores de risco de doenças crônicas, como DCV, além de recomendar o início do monitoramento o mais precocemente possível, principalmente considerando o aumento da prevalência de obesidade e doenças crônicas entre os mais jovens. **Objetivo:** Avaliar o risco cardiovascular através de medidas antropométricas, glicemia capilar e flexibilidade de jovens universitários. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo. Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Iguaçu - CAAE: 40309720.1.0000.8044. A coleta de dados ocorreu na Universidade Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro, no período de 2022 à 2023. Os participantes foram 51 universitários, > de 18 anos, ambos os sexos, que assinaram o TCLE. Foram mensurados a circunferência da cintura (CC). Calculamos o índice de conicidade (IC) e a relação cintura-estatura (RCE). A pressão arterial (PA) foi aferida por meio de um monitor multiparamétrico. Aglicemia foi analisada pelo Accutrend Plus®.Para o teste de flexibilidade foi realizado pelo Banco de Wells e Dillon. Foi realizada estatística descritiva através do programa OriginLab Origin® 8.0 (EUA). **Resultados:** 66,6% foram mulheres, com média de idade de 29,9±10,1 anos.O IMC estava na faixa de excesso de peso. O IC foi 1,16±0,08 para mulheres e 1,24±0,07 para homens. A RCA foi 0,51±0,07 para mulheres e 0,55±0,07 para homens. O grupo de homens apresentou PAS 134±20 caracterizando pré-hipertensão e PAD 91±13 caracterizando hipertensão arterial estágio 1. A glicemia foi de 104±24 para mulheres e 96±15 para homens. Houve correlação fraca (0,42) entre RCE e glicemia.86.2% não praticavam atividade física. A flexibilidade do tronco foi de 26,2±7 para mulheres e 23,3±10 para homens. **Conclusões:** Há necessidade de orientação dos universitários quanto ao estilo de vida saudável e de programas de atividade física no campus voltados à redução do excesso de peso, com atenção especial aos estudantes do sexo masculino.

522

Risco Cardiovascular em Portadores de Doença Hepática Gordurosa Metabólica

PEDRO MIGUEL MATTOS NOGUEIRA; BRENO CORRÊA VIEIRA; ANA CAROLINA CARDOSO; CARLOS EDUARDO MARQUES; NATHALIE CARVALHO LEITE; CRISTIANE ALVES VILLELA-NOGUEIRA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Faculdades Souza Marques – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença hepática esteatótica metabólica (MASLD) possui elevada morbimortalidade hepática, e a doença cardiovascular (DCV) é sua principal causa de morte. Porém os escores de risco cardiovascular (RCV) não contemplam essa comorbidade. São raros os estudos que avaliam o RCV e os novos marcadores para sua reclassificação nessa população. **Objetivo:** Avaliar a medida da Velocidade de Onda de Pulso (VOP) e o Doppler ecocardiograma da artéria femoral (DAF) como modificadores de RCV em pacientes com MASLD. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal em indivíduos com MASLD. Variáveis clínicas, laboratoriais e escores AHA/ACC e Framingham foram registrados, considerando-se alto RCV valores >= 20% em 10 anos. Pacientes com desfechos duros para DCV ou Doença hepática avançada foram excluídos. Foi realizada a medida da VOP (Arteris-AOP®, SP) e DAF com identificação de placa aterosclerótica e medida da espessura médiointimal (EMI) (HM70EVO V1.00, Samsung, JP). Para a medida da VOP foi criado o índice de VOP: iVOP (VOP do paciente/mediana do padrão nacional de RCV). Foi comparada a proporção de pacientes identificados como de alto risco pelos escores de RCV, medida da VOP, e presença de placa aterosclerótica. **Resultados:** Foram incluídos 43 pacientes com MASLD, entre outubro de 2023 e fevereiro de 2024, sendo 76,7% mulheres, com média de idade=60,3 ± 7,9 anos. Dentre as comorbidades destacam-se: Obesidade [74,4% (IMC 34,4 ± 6,350)], HAS [79,1% (média da PAS e PAD = 121±14,5 mmHg e 76,6 ± 11,5mmHg)], DMT2 [67,4% (média da Hb Glicada =6,1% (5,7 - 7,2)), Dislipidemia [81,4% 9 (colesterol =172 mg/dl (139 – 200)]. No DAF (n=33), a EMI foi 0,9 mm (0,8-1,05) na FD e 1,0 mm (0,8 a 1,1) na FE, com presença de placa aterosclerótica em 33%. Alto RCV pelo escore AHA/ACC [8,6 (3,3 -14,0)] ocorreu em 12,2%, enquanto pelo Framingham [13,7 (8,6 -17,1)] em 22%, e pelo i-VOP [0,97 (0,91 -1,02)] em 44%. Entre aqueles identificados pelo I-VOP como de alto RCV, apenas 22% e 27% foram identificados pelos escores da AHA/ACC e Framingham respectivamente. Nenhum paciente com placa no DAF foi classificado como alto risco pelo escore da AHA/ACC e apenas 2 pelo escore de Framingham. **Conclusões:** Houve maior proporção de alto RCV considerando-se a VOP associada com o DAF se comparada aos escores AHA/ACC e Framingham, sugerindo-se a necessidade de buscar novos marcadores para reclassificação do RCV nos portadores de MASLD.

532

O que Dizem Google, Chat GPT e LuzIA sobre Cigarro Eletrônico e Risco Cardiovascular? Análise da Qualidade da Informação Disponível à População Leiga

ANTONIO FERREIRA PENA MACIEL; GABRIELA ARAKAKI FARIA; LÍVIA QUINTELLA BAPTISTA; MARIANA MARIAH IDALGO DA COSTA; MARIA CLARA CARLOS NUNES; FLÁVIA TAVARES DE SOUZA; CAROLINA BARROS FERREIRA DA COSTA; EVANDRO TINOCO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As Inteligências Artificiais (IAs) são ferramentas tecnológicas emergentes que podem informar o público leigo. Paralelamente, os cigarros eletrônicos vêm ganhando destaque pelo uso na população jovem e pesquisas relacionam seu uso a risco cardiovascular. Assim, é importante que tais fontes dêem informações precisas, já que conteúdos ambíguos ou errôneos podem afetar os comportamentos de saúde. **Objetivo:** Comparar as informações fornecidas pelas IAs e o Google em relação ao uso de cigarro eletrônico e seu risco cardiovascular. **Materiais e Métodos:** Foram coletadas as respostas das IAs (LuzIA e Chat GPT) e do Google para as perguntas: "Cigarro eletrônico é nocivo à saúde humana?", "Cigarro eletrônico é seguro para um cardiopata?", "Cigarro eletrônico apresenta menos consequências do que o cigarro tradicional?". **Resultados:** As respostas das ferramentas de IAs e do Google convergiram sobre o caráter nocivo dos cigarros eletrônicos à saúde humana. LuzIA ressalta a presença de substâncias tóxicas nesses dispositivos, correlacionando o uso desses dispositivos a danos nos vasos sanguíneos, enquanto o Chat GPT afirma que o uso de cigarros eletrônicos apresenta riscos significativos à saúde humana, enfatizando os danos cardiovasculares. No Google, os sites analisados atribuíram o uso prolongado de dispositivos eletrônicos para fumar (DEF) a risco de diversos problemas de saúde. Em relação ao uso de DEF por cardiopatas, as três plataformas o consideraram lesivo ao sistema cardiovascular. As IAs, por sua vez, desencorajam o seu uso e aconselham a consulta com um médico. Já o Google não apresenta uma resposta direta, mas os principais sites destacam estudos que indicam o aumento do risco cardiovascular. A comparação entre as consequências causadas pelo DEF e pelo tradicional resultou em maior dissenso. Embora ambas as IAs afirmem que os dois produtos têm riscos significativos à saúde, a LuzIA aconselha a não utilização de ambos os cigarros, enquanto o Chat GPT aponta que ambos apresentam riscos, mas que os malefícios causados pelos DEF podem ser menores. Nos sites buscados no Google, por sua vez, as respostas foram contraditórias: alguns citam risco igual, menor ou maior. **Conclusões:** Os resultados foram consistentes com relação ao risco cardiovascular mas há fragilidade quando se compara ao cigarro tradicional. Assim, políticas públicas de conscientização podem focar nestas fragilidades para melhor orientação da população.

555

Impacto da Vulnerabilidade Social nas Taxas de Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração e Doença Cerebrovascular no Brasil entre 2000 e 2021

MARIA JULIA JURKOVICH; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIANA BALBI PACHECO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de mortalidade em todo o mundo. A disparidade na distribuição dessas doenças é notável, com regiões mais desenvolvidas apresentando uma redução mais acentuada na mortalidade, enquanto regiões menos favorecidas enfrentam desafios adicionais. Nos últimos anos, estudos exploraram a relação entre indicadores socioeconômicos e as taxas de mortalidade por DCVs. No entanto, poucos consideraram os indicadores de vulnerabilidade social em suas análises, apesar de sua importância para compreender melhor as disparidades de saúde. Esses dados permitem uma compreensão mais abrangente das condições enfrentadas por grupos vulneráveis. **Objetivo:** Analisar o impacto da vulnerabilidade social por meio da relação entre IVS e as taxas de mortalidade por Doença Isquêmica do Coração e Doença Cerebrovascular no Brasil durante o período 2000 e 2021. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico de séries temporais das taxas de mortalidade padronizada por DIC e DCBV por sexo e unidade federativa (UF) entre 2000 e 2021 comparadas com o IVS e suas dimensões. Os dados sobre a causa básica de morte foram obtidos do sistema de informação de mortalidade (SIM) do Departamento de informática do sistema única de saúde (DATASUS). Os dados sobre o IVS foram obtidos do Atlas da Vulnerabilidade Social. Foi realizado o cálculo da correlação de Spearman para cada cenário analisado. **Resultados:** As UFs das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram os melhores indicadores. Além disso, foi observado que as populações negra e rural apresentaram maior vulnerabilidade em comparação com outros grupos demográficos. A dimensão de capital humano (IVS-CH) destacou-se pela maior vulnerabilidade das populações negra e rural. A dimensão de renda e trabalho (IVS-RT) evidenciou maior vulnerabilidade entre a população feminina. As UFs das regiões Norte e Nordeste apresentaram maior vulnerabilidade e menor melhoria nas taxas de mortalidade por DCBV e DIC. **Conclusões:** Os dados analisados sugerem que os fatores socioeconômicos associados ao Índice de Vulnerabilidade Social nas dimensões de capital humano (IVS-CH) e renda e trabalho (IVS-RT) podem estar mais fortemente correlacionados com as mudanças nas taxas de mortalidade por Doença Isquêmica do Coração (DIC) e Doença Cerebrovascular (DCBV). Essas descobertas sugerem que investimentos direcionados podem desempenhar um papel crucial na redução da mortalidade por essas condições, contribuindo assim para a promoção da saúde e a redução das disparidades socioeconômicas no país.

614

Aterosclerose no Estado do Rio de Janeiro, uma Análise Descritiva

WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; FELIPPE GUSTAVO DA COSTA MANHÃES SIQUEIRA; EDUARDO MOREIRA DOS SANTOS; GABRIEL DE MORAES MANGAS; LINIKER RAFAEL DE SIQUEIRA; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Aterosclerose é uma patologia arterial sistêmica e progressiva, na qual há depósito de colesterol nas paredes arteriais, e está entre as principais causas de morte e incapacidade no mundo, culminando em eventos cardiovasculares críticos como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. No estado do Rio de Janeiro (RJ), há uma séria carência de estudos detalhados capazes de ilustrar a gravidade deste problema e delinear um perfil epidemiológico dos pacientes mais afetados. **Objetivo:** Avaliar a frequência de internações, características demográficas e o impacto da Aterosclerose na população do RJ, além de analisar a efetividade das políticas de saúde pública atuais voltadas para o controle dos eventos causados por essa enfermidade. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal de internações por Aterosclerose fornecidos pelo DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – no período de 2013 a 2023, no qual investigou-se as tendências de internações e mortalidade, com ênfase na distribuição etária e variação anual. **Resultados:** De 2013 a 2023, o estado do RJ registrou 24.295 internações hospitalares e 1.152 óbitos associados à aterosclerose. A maior taxa de mortalidade é referente a população com 80 anos ou mais, responsável por 32% dos óbitos. Pacientes de 60 a 69 anos, apesar de representarem 28% dos óbitos, correspondem a maioria das internações, 37% do total; aproximadamente 3 vezes mais do que o grupo com a maior mortalidade. Ademais, a taxa de mortalidade total durante as internações subiu de 4,5 em 2013 para 6,6 em 2021, tal salto pode ser atribuído aos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde cardiovascular da população em geral. **Conclusões:** Observa-se uma crescimento contínuo nas hospitalizações e mortalidade relacionadas à aterosclerose no RJ, sinalizando piora nos índices de saúde cardiovascular da população. Tal contexto demanda a ampliação de estratégias para a prevenção da aterosclerose, estas devem incluir educação voltada à promoção da saúde e controle dos fatores de risco modificáveis. A atual crise de saúde pública no estado do RJ, a qual se associa a um estilo de vida pouco saudável, o que enfatiza a necessidade de implementar políticas públicas que envolvam a educação sobre saúde e bons hábitos.

605

Análise Comparativa da Mortalidade por Complicações Cardíacas em Pacientes Diabéticos no Rio de Janeiro e no Brasil: de 2006 a 2022

WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI; GABRIEL CANHOTO LIMA; BRENER RAAD PEREIRA; FERNANDA GARCIA MELO; MARIA LÚCIA SOUZA MENDONÇA; HUGO MATHEUS SILVESTRE VIANNA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A diabetes é uma condição crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um fator de risco significativo para complicações cardíacas. No Brasil, o número de óbitos em pacientes diabéticos devido a complicações cardíacas é um indicativo importante da saúde pública e da gestão da doença. **Objetivo:** Analisar e comparar os óbitos por complicações cardíacas em pacientes diabéticos no estado do Rio de Janeiro em relação ao total nacional, utilizando dados do DATASUS entre 2006 e 2022. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo que utiliza dados secundários disponibilizados pelo DATASUS. Foram coletados os números anuais de óbitos por complicações cardíacas em pacientes diabéticos internados e o total de óbitos por complicações diabéticas. Calculou-se a porcentagem dos óbitos cardíacos em relação ao total de óbitos por complicações em diabéticos para cada ano. **Resultados:** No período de 2006 a 2022, o Rio de Janeiro registrou um total de 112.628 óbitos por complicações cardíacas em pacientes diabéticos, o que representa 25% dos 447.262 óbitos por complicações totais neste grupo. Em nível nacional, foram registrados 1.109.063 óbitos por complicações cardíacas, correspondendo a 27% dos 4.085.113 óbitos por complicações totais em diabéticos. A proporção de óbitos cardíacos manteve-se estável ao longo dos anos, com uma variação mínima. **Conclusões:** A análise revela que a porcentagem de óbitos por complicações cardíacas em pacientes diabéticos é consistentemente alta, tanto no Rio de Janeiro quanto no Brasil. A estabilidade dessas porcentagens ao longo do tempo sugere que as estratégias de intervenção existentes podem não ser efetivas o suficiente para reduzir a mortalidade por complicações cardíacas nessa população. As implicações destes achados são significativas e apontam para a necessidade de políticas de saúde mais robustas e focadas na prevenção e manejo do diabetes e suas complicações cardíacas.

700

Transtorno Dismórfico Corporal e Índice de Massa Corporal em Jovens

IVAN LUCAS DOS ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Hospital da força Aérea do Galeão HFAG – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: O transtorno dimórfico corporal (TDC) é considerado um tipo de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e se caracteriza por uma preocupação acerca de um defeito fictício ou exagerado da aparência que não reflete a realidade de forma a causar sofrimento clínico significativo e prejuízo nas tarefas da vida diária. **Objetivo:** O objetivo foi avaliar a frequência de sintomas referentes ao TDC em alunos de medicina. **Métodos:** Estudo observacional transversal, parecer do Comitê de Ética em Pesquisa número 4.206.836, através da aplicação de questionário anônimo em alunos do curso de medicina, de forma voluntária, após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, acerca da frequência de sintomas autodeclarados referentes ao TDC. **Resultados:** Total de 229 alunos foram entrevistados. A idade dos alunos entrevistados variou de 17 a 40 anos, teve média de 22,89 anos, predominando a faixa etária entre 20 e 24 anos, sexo feminino e índice de massa corporal normal. Houve associação significativa entre a classificação do índice de massa corporal (IMC) correspondente ao grupo obesidade com os sintomas autodeclarados comuns ao TDC referente à "preocupação da aparência física imperceptível aos outros com a noção de si mesma estar distorcida" (p=0,001) e que "essa preocupação gera prejuízo ao convívio social" (p=0,009) e que "sua preocupação está ligada com suposto excesso de gordura" (p=0,001). Embora sem associação significativa os sintomas de "comparações frequentes com terceiros em relação à aparência física" predominantes em 100% nos grupos de baixo peso e obesidade; e "verificar-se no espelho arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização" e a "preocupação estar ligada com não ser forte o suficiente" foram mais frequentes no grupo de baixo peso corporal". A média do somatório de sintomas comuns ao TDC no grupo de entrevistados foi de 3,00 ± 2,27. **Conclusão:** Houve predomínio de sintomas comuns ao TDC entre alunos de medicina, sendo, significativamente, maior na classificação do IMC de obesidade.

752

Relação dos Sintomas Comuns de Ansiedade entre Jovens com Índice de Massa Corporal

IVAN LUCAS ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Estudos já demonstraram que a ansiedade e a obesidade representam enfermidades com prevalências importantes em nosso meio, sendo mais comum, a ansiedade em portadores de sobrepeso e obesidade. A ocorrência de ansiedade é mais prevalente em mulheres. A ansiedade pode ser entendida, como o medo de algo ainda não conhecido ou entendido. **Objetivo:** Avaliar a relação entre índice de massa corporal e ansiedade em alunos de medicina. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal ecológico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 4.206.836, sobre a prevalência de sintomas, autorrelatados, comuns à ansiedade, avaliando idade, sexo, IMC e sintomas compatíveis com os critérios presentes no Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais 5ª Edição DSM-5. Foram utilizados os testes estatísticos quiquadrado de Pearson e de Fisher para análise das variáveis. **Resultados:** Foram entrevistados 229 estudantes, onde 65 (28,4%) eram do sexo masculino, 163 (71,2%) do feminino e 1 (0,4%) não se identificou como sexo masculino ou feminino. A média de idade foi 22,89 anos (17±40), de peso 69,59kg (42±150) e altura 168cm (151±194). No grupo total, 160 (69,9%) referiram capacidade de concentração e pensamento prejudicados. No âmbito sentimental, o sofrimento excessivo pela separação/afastamento de pessoas importantes e queridas foi registrado por 142 (62%), com preocupação excessiva acerca da possibilidade de doença, ferimentos, desastres ou morte consigo ou com essas pessoas em 131 (57,2%), sendo significativamente maior nos grupos de baixo peso e obesidade (p=0,009). Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, ao trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação é alegada em 28 (12,2%), com significância estatística entre o grupo de baixo peso e obesidade (p<0,001). Já o temor persistente e excessivo de ficar sem as figuras de apego, é sentido por 65 (28,4%), estatisticamente significativa entre os obesos (p=0,007). Pesadelos envolvendo separação ou abandono são relatados por 45 (19,7%) e queixas de sintomas somáticos mediante a separação efetiva (ou previsão) das figuras de afeto são declaradas por 45 (19,7%), com 10 (41,7%) no grupo de obesos (p=0,009). **Conclusão:** Em um grupo de adultos jovens, estudantes de medicina, foi demonstrado sintomas comuns à ansiedade com relevância estatística nos extremos do índice de massa corporal.

754

Sintomas Depressivos e sua Relação com Índice de Massa Corpórea em Estudantes de Medicina

IVAN LUCAS PICONE ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Hospital da força Aérea do Galeão HFAG – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Os transtornos alimentares e afetivos estão relacionados com o índice de massa corporal. Os transtornos alimentares vêm recebendo importância, nas últimas décadas por impactarem na autoimagem corporal, nas emoções, pensamentos e comportamento no cotidiano, influenciando principalmente os relacionamentos interpessoais. Estima-se que seis a 17% da população tenha ao menos um episódio depressivo ao logo da vida. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre índice de massa corporal e sintomas comuns à depressão em alunos de medicina. **Metodologia:** Estudo observacional transversal ecológico sobre a prevalência de sintomas, autorrelatados, comuns à depressão, avaliando idade, sexo, período letivo, peso e altura e IMC e sintomas compatíveis com os critérios presentes no Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais 5ª Edição DSM-5. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa número 4.206.836. **Resultados:** Total de 229 foram estudantes foram entrevistados com as seguintes características: idade entre 17 e 40 anos, média 22,89 ± 3,79, sendo a maior parte (50,7%) na faixa entre 20 e 24 anos. Índice de massa corporal (IMC) abaixo de 18kg/m2 foi relatado por 31 (13,5%) dos participantes e 24 (10,5%) mencionou realizar restrição prolongada da alimentação a ponto de gerar peso, significativamente, baixo para a idade e gênero; sentimento de depressão do humor em 141 (61,6%) por período igual ou superior a 2 semanas, enquanto 158 (69%) referiu perda de interesse ou prazer; ganho ou perda de peso sem intenção em 150 (65,5%), sendo no grupo portador de sobrepeso/obesidade, significativamente, maior com 98,5% (p=0,002); insônia foi declarada por 96 (41,9%), agitação e retardo psicomotor em 105 (45,9), fadiga ou perda e energia por 164 (71,6%), sentimento de culpa ou inutilidade excessiva por 154 (67,2%) e pensamentos recorrentes de morte em 46 (20,1%), sendo maior no grupo de baixo peso (41,7%), seguido do grupo obesidade (33,3%) (p< 0,001). Ao final, quando questionados acerca desses episódios alimentares interferirem na realização das tarefas diárias, 167 (72,9%) alegou prejuízo. **Conclusão:** Foi evidenciado a predominância de sintomas comuns à depressão, com significância em estudantes de medicina, com frequência aumentada de sintomas de "perda ou ganho de peso sem intensão" no grupo portador de sobrepeso/ obesidade e, de "sentimentos de morte" no grupo de baixo peso.

756

A Dieta da Cantina Escolar está Associada aos Níveis Tensionais e IMC dos Escolares?

LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; MYLLENA GIACOMO MONTEIRO DIAS; MYLLENA GIACOMO MONTEIRO DIAS; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial (HA) é um dos principais fatores de risco cardiovascular, com prevalência estimada entre 3% e 5% na população pediátrica e, entre 10% a 15%, para pressão arterial elevada. **Objetivo:** Objetivo foi identificar se a dieta oferecida na cantina escolar está associada com níveis tensionais e medidas de índice de massa corporal. **Métodos:** Estudo observacional e tranversal acerca da associação entre a dieta oferecida na cantina e os níveis tensionais e de índice de massa corporal (IMC) em crianças e adolescentes, matriculados em duas escolas do interior do Estado, após assinatura de TCLE pelos responsáveis. A Escola 1 (E1), predominantemente, oferecia alimentos ricos em gordura (G) saturada e trans, grupo E1G e escola 2 (E2), alimentos naturais (N) e saudáveis, grupo E2N. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer número 3.134.552. **Resultados:** Total 70 participantes da E1G e 138 da E2N. Havia maior número de adolescentes na E1G 41(58,6%) e E2N 25 (18,1), sendo p<0,001 odds ratio 6,4 (3,3 e 12,4). Os níveis tensionais compatíveis com a normalidade foram maiores na E2N 90 (65,2%) comparados à E2N, com 33 (47,1%), asssim como para HA estágios I com 17 (24,3%) na E1G e 13 (9,4%) na E2N, HA estágio II com 6 (8,6%) na E1G e 1 (0,7%), na E2N, sendo p<0,001. Quando avaliados segundo os níveis tensionais acima dos valores de normalidade, foi evidenciado na E1G 37 (52,9) e na E2N 48 (34,8%), p=0,012, odds ratio 2,1 (1,2 a 3,8). Não houve diferença em relação ao IMC entre as escolas, mesmo quando avaliados, segundo os valores de IMC acima da normalidade. **Conclusão:** Houve maior prevalencia de níveis de pressão arterial acima dos valores de normalidade na escola que oferecia uma dieta rica em gordura saturadas ou trans. Poém, não houve diferença em relação ao IMC calculado.

757

Obesidade Infantil e sua Relação com a Análise da Velocidade de Onda de Pulso

LAIS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A obesidade infantil tem se tornado um problema de saúde pública, visto suas repercussões na vida adulta. Dados obtidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a situação no Brasil já é alarmante. Em 2019, entre as crianças acompanhadas no SUS, 14,8% dos menores de 5 anos e 28,1% das crianças entre 5 e 9 anos tinham excesso de peso. Destas, 7% e 13,2%, respectivamente, apresentavam obesidade. A condição de obesidade impõe uma demanda metabólica aumentada bem como aumento da pré e pós-carga, e alterações vasculares. A VOP é um importante preditor independente de risco de distúrbios cardiovasculares. A Sociedade Europeia de Hipertensão reconheceu essa ferramenta, como um indicador de morbimortalidade cardiovascular, em populações adultas específicas, incluindo idosos, pacientes com doença renal terminal, diabéticos e hipertensos. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é demonstrar a importância da avaliação da Velocidade de Onda de Pulso (VOP) na infância principalmente em crianças obesas ou com história familiar de doença cardiovascular (DCV). **Materiais e Métodos:** Foi realizado a pesquisa no National Library of Medicine (PubMed) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores "pulse wave velocity", "blood pressure", "Obesity" e "pediatric", com o operador booleano "AND". A pesquisa retornou 60 estudos. Os critérios de inclusão utilizados em ambos são do tipo artigos completos livres, entre 2013 e 2023 com idioma em inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram artigos não relacionados com o tema. Após a leitura dos artigos e do uso dos critérios mantiveram-se 19 artigos. **Resultados:** Após a leitura dos artigos e do uso dos critérios mantiveram-se 19 artigos. Os resultados obtidos a partir da leitura indicam que uma das complicações mais graves da obesidade é o dano vascular associado à inflamação crônica, resistência à insulina e pressão elevada. **Conclusões:** A rigidez das paredes vasculares, avaliada pela mensuração da VOP, prediz de forma confiável insultos cardiovasculares em adultos. Em crianças, a maioria dos estudos anteriores.

3
Cardiologia Clínica

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):11-27

28

Estratégia de Reperfusão no Infarto do Miocárdio: Associação entre Tempo Dependente do Sistema de Saúde e Insucesso do Procedimento e Óbito

DINALDO C. OLIVEIRA; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; DINALDO C. OLIVEIRA JR.; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS
PROCAPE – Recife – Pernambuco – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Em hospitais que não tem laboratório de hemodinâmica o tempo primeiro contato médico balão (TPCB) estimado deve ser ≤120 minutos para que o paciente seja transferido para hospital com hemodinâmica. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar se esse tempo >120 minutos esteve associado ao desfecho composto mortalidade e insucesso do procedimento e a redução do sucesso de procedimento. **Materiais e Métodos:** Esse é um registro de mundo real que recrutou pacientes com IAMST submetidos a ICPP de março de 2019 a junho de 2021. Foram realizadas análises comparativas de caracteristcias clínicas, anatômicas e da evolução até 30 dias de pacientes com TPCB ≤120 minutos versus >120 minutos. Foram realizadas testes estatisticos de acordo com as variáveis e o valor de p ≤0,05 foi considerado significativo. Estudo aprovado pelo comite de etica da instituição. **Resultados:** Foram recrutados 711 pacientes submetdios a ICPP, sendo que 121 com TPCB ≤120 minutos e 590 com esse tetmpo >120 minutos. As análises comparativas entre os grupos reveleram: idade: 62 ± 8,1 vs 63 ± 7,6 anos, p = 0,1; homens: 87 (71,9%) vs 379 (64,2%), p = 0,1 ; hipertensão arterial sistêmica: 86 (71%) vs 415 (70%), p = 0,9 ; tabagismo 44 (36,3%) vs 208 (35%), p = 0,8; dislipidemia 18 (14,8%) vs 121 (20%), p = 0,1; acidente vascular encefalico 4 (3,3%) vs 23 (3,8%), p = 0,9; doença renal crônica 7 (5,7%) vs 13 (2,2%), p = 0,06; parede anterior: 63 (52%) vs 323 (45%), p = 0,6; via radial: 72 (59,5%) vs 342 (57,9%), p = 0,8; sucesso do procedimento 111 (91,7%) vs 480 (81%), p = 0,005; trombose subaguda de stent 3 (2,4%) vs 8 (1,3%), p = 0,6; tempo de permanencia hospitalar: 7,74 ± 6,9 vs 8,8 ± 12 dias, p = 0,3; mortalidade: 6 (4,9%) vs 45 (7,6%), p = 0,3; insucesso do procedimento e morte: 16 (13,2%) vs 155 (26,2%), p = 0,03. **Conclusões:** O TPCB >120 minutos foi associada com menor sucesso da ICPP e com maior ocorrênica do desfecho composto morte + insucesso do procedimento. Portanto, esse estudo sugere que é inaceitável no fluxo de trabalho do IAMST ter-se o TPCB acima de 120 minutos, o que está de acordo com as diretrizes sobre o tema.

41

Houve Associação entre a Segunda Fase da Pandemia de COVID 19 e Maior Mortalidade em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio?

CAROLINA G. C. OLIVEIRA; DINALDO C. OLIVEIRA JR.; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA
PROCAPE-UPE – Recife – Pernambuco – Brasil

Introdução: A pandemia de COVID 19 teve "duas fases", sendo a primeira predominantemente em 2020 e a segunda em 2021. As doenças cardiovaculares (DCV) contribuíram diretas ou indiretamente para alta morbimortalidade da COVID 19, porém algumas características das DCV foram diferentes durante a pandemia. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar se durante a segunda fase da pandemia de COVID 19 houve maior mortalidade aos 30 dias nos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de ST submetidos a intervenção coronariana percutânea primária (ICPP) quando comparados aqueles tratados no período pré pandemia. **Materiais e Métodos:** Esse é um registro de mundo real que recrutou pacientes submetidos a ICPP de março a junho de 2019 (pré pandemia) e os comparou a pacientes submetidos a ICPP de março a junho 2021 (segunda fase da pandemia). Foram realizadas análises comparativas de características clínicas, anatômicas e da evolução até 30 dias. Foram realizadas testes estatísticos de acordo com as variáveis e o valor de p ≤0,05 foi considerado significativo. Estudo aprovado pelo comitê de ética da instituição. **Resultados:** Foram recrutados 520 pacientes com IAM supra ST submetidos a ICPP, sendo 297 em 2019 e 223 em 2021. As análises comparativas entre os grupos reveleram: idade: 63,4 ± 8,1 vs 64,1 ± 8,4 anos, p = 0,3; homens: 188 (63,2%) vs 152 (68%), p = 0,1; hipertensão arterial sistêmica: 204 (68,6%) vs 168 (75%), p = 0,1; Diabetes Mellitus: 89 (30%) vs 84 (37,6%), p = 0,08; tabagismo: 155 (52%) vs 122 (54,7%), p = 0,6; dislipidemia: 43 (14,4%) vs 58 (26%), p < 0,001; acidente vascular encefálico: 12 (4%) vs 8 (3,5%), p = 0,9; IAM prévio: 6 (2%) vs 36 (16%), p < 0,001; via radial: 134 (45%) vs 162 (72,6%), p < 0,001; sucesso do procedimento: 252 (84,8%) vs 183 (82%), p = 0,4; 2 ou mais stents implantados: 100 (33,6%) vs 98 (44%), p = 0,02; ≥ 5 dias de internação: 223 (75%) vs 166 (74,4%), p = 0,9; óbitos: 26 (8,7%) vs 22 (9,8%), p = 0,7. **Conclusões:** Não houve diferença de mortalidade entre pacientes com IAM supra ST submetidos a ICPP durante a segunda fase da pandemia da COVID 19 e aqueles tratados na pré pandemia. Registre-se que os pacientes tratados em 2021 tinham maiores prevalências de dislipidemia e IAM prévio, e que além disso as taxas de uso de via radial e de dois ou mais stent implantados também foram maiores nesse grupo.

36

TINOCA X MINOCA: Eis a Questão!

CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; VINICIUS HENRIQUE SILVA; JORGE HENRIQUE PAITER NASCIMENTO; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MARCO ANTONIO DE MATTOS
Hospital Unimed Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A maior disponibilidade de ensaios de troponina ultrassensível (Tn US) associou-se ao número emergente de indivíduos com injúria miocárdica aguda e ausência de doença aterosclerótica coronariana (DAC) significativa. Nestes casos é imprescindível distinguir aqueles com substrato isquêmico (MINOCA) daqueles atribuídos a outras causas (TINOCA). Contudo, o emprego destes termos na prática clínica ainda gera confusão entre não especialistas e precisa ser melhor difundido. **Relato do Caso:** Trata-se de paciente do sexo feminino com 60 anos, portadora de DAC não obstrutiva, com internação há 30 dias por taquicardiomiopatia catecolaminérgica, que interna por por dor torácica típica. Eletrocardiograma com alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Curva de Tn US característica de infarto miocárdico; pico 1.242 ng/ml (V.R. <20 ng/ml). Ecocardiografia com função preservada e sem alterações segmentares em repouso. Cinecoronariografia evidenciou apenas estenose aterosclerótica em óstio de primeiro ramo diagonal estimada em 40%. Ressonância cardíaca mostrava hipertrofia ventricular e ausência de realce tardio; afastando possível substrato isquêmico agudo. Paciente reclassificada como TINOCA. Recebe alta hospitalar apenas com tratamento clínico otimizado para DAC. **Discussão:** Em pacientes com injúria miocárdica aguda e ausência de DAC significativa, distinguir aqueles com substrato isquêmico (MINOCA) daqueles não isquêmicos (TINOCA) é uma tarefa complexa e necessária. Posto que pacientes com MINOCA podem se beneficiar de tratamento específico a longo prazo. A ressonância cardíaca por meio da pesquisa por realce tardio pode auxiliar no diagnóstico diferencial de pacientes com injúria miocárdica. Neste relato, a paciente apresentava injúria miocárdica aguda e clínica sugestiva de infarto miocárdico; o que inicialmente levanta a possibilidade de MINOCA. Contudo, a ausência de realce cardíaco torna outros diagnósticos mais prováveis, como outras cardiomiopatias, caracterizando a TINOCA.

213

Cardiomiopatia Hipertrófica com Variante Patogênica na Região Conversora do Gene MYH7: Relato de Caso e Desfecho Terapêutico

MAUREEN MEIRA VIEIRA SOARES; ANA LUIZA SALLES; FELIPE ALBUQUERQUE; PEDRO SPINETI; RICARDO MOURILHE-ROCHA; MARCELO I BITTENCOURT
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma condição cardíaca com padrão autossômico dominante, sendo a forma mais comum de cardiomiopatia hereditária. Variantes no gene MYH7 localizadas na posição 709-777, que codifica a região conversora da β-miosina de cadeia pesada, estão associadas a expressões severas de cardiomiopatia com pior prognóstico. Este relato descreve a evolução clínica de um paciente com CMH, causada por uma variante patogênica na Região Conversora do Gene MYH7. **Relato do Caso:** Paciente masculino, teve o diagnóstico de CMH aos 30 anos de idade. Manteve-se assintomático e sem acompanhamento médico até apresentar um infarto do miocárdio associado ao uso de cocaína aos 38 anos, quando inicia o acompanhamento hospitalar. Na admissão em 2014, encontra-se em classe funcional NYHA II, com ecocardiograma revelando hipertrofia nas porções medial e apical do septo, apical do ventrículo esquerdo (VE), com espessura máxima=19mm, PSAP= 41mmHg e sem obstrução intraventricular. A ressonância magnética do coração confirma os dados do ecocardiograma, mas adiciona a presença de fibrose moderada. Holter com ritmo de flutter atrial alternando com fibrilação atrial. Teste de esforço cardiopulmonar com VO2max=16,52. Iniciado tratamento com betabloqueador e anticoagulação com varfarina. Aos 42 anos, o paciente apresentou episódios de síncope inexplicada. Ao ecocardiograma observou evolução para disfunção sistólica global do VE, com áreas de alteração segmentar e PSAP=58mmHg. Implantado cardiodesfibrilador, resultando na reversão bem-sucedida de um episódio de morte súbita por Taquicardia Ventricular em maio de 2020. Neste ano faz o teste genético que constata variante patogênica p.Gly716Arg no gene MYH7. Aos 46 anos, paciente evolui com insuficiência cardíaca estágio D (fração de ejeção=30%), NYHA III/IV, sendo submetido a transplante cardíaco com sucesso em 2021. No momento em classe funcional NYHA I após transplante, em uso de medicação imunossupressora, assintomático e estável clinicamente. **Conclusão:** O relato do caso ilustra a evolução complexa e grave de pacientes com CMH devido a variantes na região conversora do gene MYH7, reforçando o papel prognóstico da avaliação genética em portadores de cardiomiopatia familiar.

215

Fator de Diferenciação de Crescimento 15 (GDF-15) na Predição de Eventos em Pacientes com Fibrilação Atrial

ANGELO MICHELE DI CANDIA; DIANE XAVIER D'AVILA; GUSTAVO RODOLFO MOREIRA; VICTORIA DEPES SCARAMUSSA; HUMBERTO VILLACORTA
Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O fator de diferenciação de crescimento 15 (GDF-15) é um biomarcador de inflamação, envelhecimento celular e estresse oxidativo. As evidências que relacionam o GDF-15 ao prognóstico de pacientes com FA derivam sobretudo da análise retrospectiva dos ensaios clínicos clássicos que consolidaram segurança e eficácia dos anticoagulantes de ação direta. **Objetivo:** Avaliar o valor do GDF-15 na predição de desfechos clínicos em pacientes com FA em uma coorte prospectiva de mundo real. **Materiais e Métodos:** 63 pacientes com FA ou flutter atrial (idade média 68 anos, 45% mulheres, 51% FA permanente e CHA2DS2VASC médio 3,9) foram seguidos por uma mediana de 15 meses em um estudo observacional. À inclusão coletamos dados clínicos, eletrocardiográficos, ecocardiográficos e laboratoriais, entre eles o GDF-15. Consideramos desfecho primário o tempo até o primeiro evento, definido como uma combinação de morte, internação hospitalar por causa cardiovascular, embolia sistêmica ou sangramento maior. A relação entre o GDF-15 e os desfechos foi analisada usando regressão de Mantel-Cox e curvas de sobrevida livre de eventos de Kaplan-Meyer. **Resultados:** Ocorreram 9 óbitos, 11 internações, 1 AVE isquêmico e 1 hemorragia maior durante o seguimento. Os níveis de GDF-15 em pacientes com e sem eventos foram 4736 (1909-9191) e 1533 (815-3171) pg/mL, p<0,001. Um corte de GDF-15 de 3200 pg/mL obteve sensibilidade de 65% e especificidade de 79,1% com área sob a curva (AUC) de 0,79 (0,66-0,91, IC 95% e p=0,003) para predizer os desfechos. Ao fim do seguimento a sobrevida livre de eventos em pacientes com GDF-15 abaixo e acima desse corte foi 83% contra 41%, respectivamente (p=0,001). O GDF-15 acrescentou informação prognóstica ao NT-proBNP, pois o risco de morte ao final do seguimento foi 6 vezes maior no grupo de pacientes com ambos os biomarcadores acima do corte determinado pela curva ROC, quando comparado ao grupo onde ambos os biomarcadores estavam abaixo desse corte (sobrevida de 15% vs 96%, p<0,0001) ou quando apenas um deles estava elevado (sobrevida 15% vs 67%, p=0,003). Na análise multivariada os preditores independentes foram NT-proBNP (HR 1,0, para aumentos de 1 unidade; IC 95% 1,0-1,0; p=0,002), a presença de FA permanente (HR 5,8; IC 95% 1,73-19,44; p=0,004) e GDF-15 (HR 1,0; IC 95% 1,0-1,0; p=0,004). **Conclusões:** O GDF-15 é preditor independente de morte e eventos clínicos em pacientes com FA. A adoção do biomarcador à prática clínica pode contribuir na estratificação de risco de pacientes em todos os estágios da doença.

255

Envelhecimento Vascular na Síndrome de Down – Análise de Variáves Laboratoriais e de Imagem

ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; LUCIANA BARTOLOMEI ORRU D´AVILA; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO
Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de Down (SD) é um distúrbio genético causado pela trissomia do cromossomo 21 (T21). O envelhecimento precoce em pessoas com SD está associado à expressão do genética do cromossomo 21. Pessoas com SD envelhecem precocemente, o que leva à senescência dos órgãos e piora das características da síndrome a partir de 25 a 30 anos. O ultrassom (US) doppler de carótidas é um exame rápido e não invasivo, usado para avaliação de espessamento vascular. **Objetivos: 1 –** Avaliar parâmetros clínicos , hemodinâmicos e laboratoriais em pacientes com SD acima de 30 anos de idade. **2 –** Correlacionar os parâmetros estudados com dados de US de carótidas com doppler. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 33 pacientes com trissomia do cromossomo 21, de ambos sexos, com idade maior que 30 anos. Os pacientes foram submetidos a medida de pressão arterial central através do dispositivo oscilométrico Arteris-AOP@ (Cardio Sistemas Comercial e IndustrialLtda, São Paulo, Brasil), registro ANVISA 10361059013 e foram realizados exames laboratoriais e ultrassom de carótidas com doppler. Todas as análises foram realizadas utilizando o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (IBM SPSS, IBM Corporation, Armonk, NY, EUA, 25.0). **Resultados**: Foram avaliados 33 pacientes com SD com idade acima de 30 anos, todos fizeram US de carótidas, sendo que 26 vieram normais e 7 alterados, com sinais de espessamento intimal. Não houve diferença entre gêneros. A idade média dos pacientes com US alterado foi de 47,5 ± 3,3 anos e com US normal de 40,2 ± 1,5 anos. **Conclusões:** O espessamento vascular de carótidas na SD não se relacionou ao VOP nem à pressão arterial, que se mostraram normais em pacientes acima dos 30 anos, tendo relação signficativa com a dislipidemia (colesterol total e LDL elevados).

238

Síncope Vaso Vagal em Pacientes Adultos com Síndrome de Down – Análise da Pressão Arterial Central

ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; VANESSA RODRIGUES DE SOUZA; STELAMARIS FERNANDA QUEIROZ ALVES; NEILA ANDERS AIDAR
Secretaria da Saúde do Distrito Federal – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A síncope vaso-vagal (SVV) está relacionada a um aporte inadequado de oxigênio ao sistema nervoso central (hipoperfusão cerebral). O diagnóstico é feito através da anamnese e pelo Tilt teste. Não há evidências na literatura de que a SVV seja mais prevalente em pacientes com Síndrome de Down (SD). Devido à característica deficiência intelectual, o paciente tem dificuldade de elaborar e relatar sintomas. **Objetivos: 1 -** Em grupo de pacientes adultos com SD avaliar a prevalência de SVV através de exame de tilt teste. **2 -** Avaliar parâmetros hemodinâmicos centrais em pacientes adultos com síndrome de Down e síncope vaso-vagal. **Materiais e Métodos:** Dados obtidos em anamnese em ambulatório de cardiologia e realizado exame de Tilt Teste. Todas análises foram realizadas utilizando o Pacote estatístico para Ciências Sociais (SPSS) e o teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para cálculo de distribuição de normalidade. Foi realizado comparação das variáveis hemodinâmicas entre grupos com e sem tilt teste positivo. O nível de significância considerado foi de 5 % (p-valor <0,05). **Resultados:** Foi realizado tilt teste em 67 pacientes com Síndrome de Down, 38 (56.7%) foram positivos para síncope vaso-vagal (SVV), sendo 22 do sexo feminino e 16 masculino. A idade média foi de 29 anos. Do grupo com SVV o IMC médio foi de 27,7 kg/m2 contra 29,4 kg/m2 dor grupo sem SVV. Apresentava alguma cardiopatia estrutural 44% dos pacientes com tilt teste positivo e 39% dos pacientes com tilt teste negativo. A velocidade de onda de pulso média (VOP) foi de 4,57+ 0,76 no grupo com SVV e 4,58 + 0,75 no grupo sem SVV, p= 0,93. A pressão sistólica central média foi de 85,51 + 7,87 mmHg no grupo com SVV e 89,45 + 10,13 no grupo sem SVV, p=0,08. O débito cardíaco foi de 3,43 + 0,33 L/min no grupo com SVV e 3,71 + 0,51 L/min no grupo sem SVV, p=0,009. A resistência vascular total média foi de 1,24 + 0,10 mmHg/ml no grupo com SVV e 1,17 + 0,12 mmHg/ml no grupo sem SVV, p=0,008. A mediana do índice cardíaco foi de 3,30 (2,60 – 3,60) L/min/m2 no grupo com SVV e 3,30 (2,60 – 3,60) L/min/m2 no grupo sem SVV, p=0,01. **Conclusões:** Apesar de não ser uma alteração usualmente relacionada à SD, observou-se alta prevalência de SVV em pacientes adultos, além de diferença estatisticamente significativa em relação ao débito e índice cardíaco e resistência vascular entre os grupos com e sem Tilt teste alterado. Ambos grupos apresentam pressão arterial média compatível com hipotensão arterial, que pode estar relacionado à maior prevalência de SVV na SD.

268

Associações Clínicas da Bendopneia em uma Coorte de Pacientes com Infecção Prévia por COVID-19

MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA SCHITTINE BEZERRA; ALICE RAMOS SILVA; NATALIA FONSECA DO ROSÁRIO; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIRAS FILHO; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A COVID-19 desafia a saúde pública global. A conexão com doenças cardiovasculares amplia riscos, ligando-se a complicações cardiovasculares. Identificar marcadores clínicos é crucial para guiar políticas de saúde no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da bendopneia em coorte de sobreviventes de COVID-19 atendidos em um Hospital Universitário e os fatores demográficos, clínicos e laboratoriais associados à manifestação clínica. **Materiais e Métodos:** Dos 144 adultos consecutivos (39 homens) com PCR positivo para COVID-19 entre abril de 2020 e abril de 2022, foram excluídos os casos de insuficiência cardíaca, identificados em anamnese, com início anterior a pandemia. De maneira que a pesquisa de bendopneia se limitou a 57 pacientes. A avaliação foi feita por um operador experiente que realizou o teste através da ântero-flexão do tórax do paciente em posição sentada por mais de 30s. Casos com aumento da frequência respiratória e sensação de dispneia foram considerados positivos. Foi realizada análise univariada por teste chi-quadrado para variáveis categóricas e teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Em seguida, variáveis com valor de p<0.2 em univariada, passaram por regressão logística binária, em que a significância foi definida por valor de p<0.05. **Resultados:** Foram identificados 8 casos positivos para bendopneia, caracterizando uma prevalência de 14,03%. Os achados clínicos de dispneia aos esforços, dispneia paroxística noturna, insuficiência cardíaca (NYHA) pós-covid apresentaram significância em sua associação com a Bendopneia. No entanto, esta significância foi perdida em análise multivariada. **Conclusões:** Nossa pesquisa revela uma prevalência de 14,03% de bendopneia em sobreviventes de COVID-19. Achados clínicos iniciais perderam significância em análise multivariada, destacando a complexidade da associação. A identificação precoce e abordagem integral desses casos são essenciais para orientar políticas de saúde e práticas clínicas.

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):11-27

280

Análise da Variação dos Sinais e Sintomas Durante o Seguimento Cardiológico de 6 Meses numa Coorte de Pacientes Sobreviventes de COVID-19ID

RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHETTINE; CAMILA NASCIMENTO; MARCIO ROGÉRIO FIGUEIRAS FILHO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; JOCEMIR LUGON; NATALIA ROSÁRIO; MARCIO ROGÉRIO MORAES DE CRAVALHO
Univerisdade Federal Fluminense – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Fundamentos: A pandemia de COVID-19 representa um dos principais desafios para saúde pública global nas últimas décadas. A relação entre a doença cardiovascular (DCV) e a COVID-19 aumenta substancialmente o risco de morbidade e mortalidade para os afetados, enquanto a infecção pelo SARS-CoV-2 está correlacionada ao surgimento de varias complicações cardiovasculares. A compreensão dos efeitos da COVID-19 no sistema cardiovascular ainda é um enigma, para isto estudos são pertinentes para orientar e manejar estas pessoas que sofrem com efeitos residuais. Alguns pacientes desenvolvem sintomas cardíacos persistentes em compensação outros desaparecem com o tempo. A permanência desses podem indicar problemas cardíacos subjacentes que requerem um olhar mais criterioso. **Objetivo:** Analisar a prevalência de sinais e sintomas cardiovasculares no transcorrer do tempo em coorte em pacientes sobreviventes de COVID-19 atendidos em um Hospital Universitário. **Materiais e Métodos**: Configura um estudo de coorte prospectivo , onde há acompanhamento de indivíduos adultos com matricula no hospital universitário que testaram positivo em exames de PCR para COVID_19 a partir de 2020. Totalizam 144 adultos foram avaliados em duas consultas seriadas através de questionários padronizados, exame físico, métodos gráficos :como eletrocardiograma, ecocardiograma bidimensional doppler que forneceram substratos para análise. **Resultados:** Os achados clínicos analisados como sinais e sintomas analisados na primeira e segunda consulta que compreendem em dados objetivos e subjetivos. Nota-se uma diminuição globlal de todos flexipneia (21,92/17,57)%, dispneia ao esforço (33,33/13,05)%, ortopneia (8,08/2,7)%, dispneia paroxisitica noturna (10,01/5,41)%, B3(3,03/1,35)%, insuficiencia cardíaca (21,21/8,11)%, angina no peito (14,14/5,41)%, palpitações (33,33/20,27)%, pré sincope (9,09/6,76) %, síncope (2,02/2,7)%, taquicardia (1,01/0)%, hepatomegalia (9,18/5,41)%, derrame pleural (1,01/0)%, tosse noturna (15,15/10,81)%, edemas de tornozelo (15,15/8,11)% estertores pulmonares (1,01/0)%, turgencia jugular (8,08/1,35)%, exceto cardiomegalia (3,03/4,05)%. **Conclusões:** A COVID-19 desafia a saúde global, com a relação estreita entre a doença cardiovascular e a pandemia. Compreender seus efeitos no sistema cardiovascular é crucial. Este estudo em coorte revela uma diminuição geral dos sinais e sintomas cardiovasculares ao longo do tempo, ressaltando a importância do acompanhamento persistente para identificar possíveis problemas cardíacos subjacentes.

282

Prevalência de Queixa de Palpitação em Coorte de Sobreviventes de COVID-19 Atendidos em um Hospital Universitário

MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIREDO FIGUEIRAS FILHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA LOMBA; ALICE RAMOS SILVA; NATALIA FONSECA DO ROSÁRIO; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A condição Covid Longa sustenta demanda sobre os sistemas de saúde em todo o mundo. Queixas cardiovasculares podem se associar com o desenvolvimento de cardiopatias no futuro. Portanto, a investigação e identificação dessas queixas é relevante. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de palpitação e sua associação com fatores clínicos avaliados em estudo de coorte de sobreviventes à infecção pelo Sars-Cov-2. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, caracterizou-se palpitação em 82 adultos, sem histórico de insuficiência cardíaca (IC), com PCR positivo para COVID-19 entre abril de 2020 e abril de 2022 atendidos em Hospital Universitário da cidade de Niterói. Anotada queixa de palpitação através de exame clínico. Feita análise univariada. Teste Chi-Quadrado para as variáveis categóricas e Mann Whitney para as variáveis contínuas, representadas pelas suas medianas. **Resultados:** A prevalência da queixa de palpitação nos sobreviventes de COVID-19, sem histórico de Insuficiência Cardíaca, atendidos em Hospital Universitário é igual a 30%. Evidenciaram-se associações entre a palpitação e outras manifestações clínicas. As prevalências foram significativas para: IC (32%), Claudicação (28%) e Fraqueza de MMII (24%). No grupo sem palpitação, as respectivas prevalências foram (8,7%), (3,5%) e (5,2%). **Conclusões:** Estudo proporciona entendimento da associação entre palpitação e manifestações clínicas cardiovasculares em sobreviventes de COVID-19, ressalta a pertinência da vigilância e possível intervenção para mitigar potenciais riscos à saúde desta população.

311

Decisão da Trombólise no TEP: Quando Indicar?

THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA ROCHA FREITAS VIEITAS; DANIELA BELSITO SANGIOVANNI; WILIAN MENEGUCI OLIVEIRA; HUGO ANDRADE SANTOS
Hospital Caxias DO'r – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia com alta morbimortalidade e deve ser reconhecido precocemente, fazendo parte do diagnóstico diferencial de dispneia, dor torácica ou síncope. A classificação da gravidade do TEP é baseada em sua apresentação clínica, associada à presença ou não de instabilidade hemodinâmica, além de outros parâmetros como presença de disfunção ventricular direita (VD), elevação de marcadores de injúria miocárdica, bem como parâmetros clínicos e comorbidades que compõem o PESI (Pulmonary Embolism Severity Index). **Relato do Caso:** Paciente de 43 anos, hígida, com história de cirurgia ortopédica há 15 dias, dá entrada no pronto socorro com pré-síncope e dispneia nos últimos dias. À admissão apresentava PA:120x80 mmHg, FC:122 bpm, SaO2:95% em ar ambiente, FR:20 irpm. ECG de admissão com taquicardia sinusal, padrão S1, Q3, T3. Aventada a hipótese de tromboembolismo pulmonar, sendo realizada angiotomografia de tórax com falhas de enchimento em vários segmentos das artérias pulmonares, bem como sinais de disfunção ventricular direita (VD). NT-pro-BNP e troponina elevados. Ecocardiograma mostrando disfunção grave do ventrículo direito, aumento da pressão da artéria pulmonar, com alargamento das câmaras direitas, retificação do septo interventricular, bem como presença de imagem compatível com trombo em ramo da artéria pulmonar. Foi iniciada anticoagulação com heparina não fracionada (HNF), após 24 horas de HNF houve piora da dispneia e surgimento de hipotensão, sendo realizada trombólise com melhora clínica. **Discussão:** A abordagem inicial do TEP deve ser baseada na presença ou não de alto risco, baseada na presença ou ausência de instabilidade hemodinâmica. Nos casos instáveis, deve-se fazer reperfusão com trombolítico ou trombectomia, além de anticoagulação plena. Aqueles estáveis que apresentam disfunção do VD com troponinas elevadas são classificados como de risco intermediário-alto, onde o tratamento inicial é a anticoagulação, preferencialmente com HNF, e a terapia de reperfusão deve ser considerada na presença de deterioração clínica e/ou hemodinâmica. Assim, a classificação da gravidade do TEP é importante porque permite a escolha do melhor tratamento, com atenção especial aos de risco intermediário-alto devido à possibilidade de piora clínica com necessidade de terapia de resgate com trombolíticos.

312

A Importância do Julgamento Clínico Mediante a Divergência de Exames Complementares na Oclusão Arterial em Paciente Cardiopata: um Relato de Caso

MILENA DA COSTA CRUZ; PAMELA XAVIER ABELHA CORREA; STELLA CASAGRANDE MAZIOLI; RAPHAEL ANTHERO DE MIRANDA TEIXEIRA
Faculdade Metropolitana São Carlos – Bom Jesus do Itabapoana – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cintilografia miocárdica é um método, não invasivo, para avaliação e tomada de decisão terapêutica de cardiopatias isquêmicas. Sua metodologia se baseia em obter imagens planares do coração, após injeção de contraste, seja em repouso ou em estresse. A cintilografia miocárdica de perfusão, de acordo com a diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia, representa um importante papel na estratificação de risco da doença coronariana, sendo indicado a revascularização em casos de área isquêmica, do ventrículo esquerdo, maior que 10%. **Relato do Caso**: C.G.R, 69 anos, sexo masculino, ex tabagista e ex etilista. Paciente procurou o ambulatório de cardiologia com queixa de cansaço progressivo aos médios esforços, mesmo após realização de uma angioplastia primária por um evento prévio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), bem como, de Acidente Vascular Encefálico (AVE), o qual resultou em hemiplegia à direita. Nesse sentido, os sintomas atuais indicavam, tipicamente, uma insuficiência coronariana. Mediante à anamnese e ao exame físico, foram solicitados os exames de ecodoppler e cintilografia miocárdica para avaliar o fluxo sanguíneo do miocárdio. A cintilografia revelou um acometimento de 6% da área total do ventrículo esquerdo, o que, pelo protocolo, falaria menos a favor de prosseguir com a investigação pelo cateterismo, tendo em vista a área acometida. No entanto, pela história clínica do paciente, optou-se por realizar o cateterismo que revelou comprometimento de 80% da artéria coronária descendente anterior e 90% de redução luminal da artéria primeira diagonal. Paciente foi encaminhado para realizar nova angioplastia. **Discussão:** O IAM possui etiologia prioritariamente aterosclerótica, em que placas nas coronárias formadas gradualmente podem se romper, dando início a eventos que geram trombos, implicando no baixo suprimento sanguíneo, com subsequente isquemia miocárdica. Apesar da existência da Diretriz Cardiológica que respalda a conduta médica, o profissional tem liberdade de correlacionar os dados dos exames com a clínica apresentada. Portanto, vê-se que o caso exemplifica tal afirmação, uma vez que, apesar do resultado da cintilografia que revelou 6% de isquemia, o histórico de IAM e AVE prévio e clínica típica de insuficiência coronária, foram um forte indicativo para a realização do cateterismo, o qual apresentou uma oclusão importante passível de revascularização imediata, destacando-se a importância do julgamento clínico.

331

Síncope como Apresentação Inicial de Tromboembolismo Pulmonar Submaciço na Emergência. Relato de Dois Casos

ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; MARIA PAULA MICELI PORTHUN; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; JEFERSON FREIXO GUEDES
Hospital Municipal Miguel Couto – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: O Tromboembolismo pulmonar (TEP) constitui entidade nosológica com grande potencial de mortalidade na ausência de diagnóstico e tratamento adequados. A apresentação clínica é ampla, variando de casos oligossintomáticos ao choque circulatório de rápida instalação e potencial para o óbito. Os principais achados clínicos envolvem: cansaço, fadiga, dor torácica, dispnéia, taquicardia, hipoxemia e febre, comumente com início súbito dos sintomas. O TEP deve ser considerado como etiologia de síncope em unidades de emergência, sobretudo, em pacientes com fatores de risco para TEP e na ausência de outra etiologia para a síncope. Conforme Prandoni et al, em 2016, dentre 560 pacientes internados por síncope em 11 hospitais Italianos, identificou-se TEP em 25,4% dos pacientes sem outra etiologia alternativa para a síncope. **Relato do primeiro Caso**: Paciente de 75 anos sem comorbidades, admitido por síncope de curta duração, sem pródromos, negando dispnéia, dor torácica e outras queixas. Eletrocardiograma com bloqueio completo de ramo direito e taquicardia sinusal. Sinais vitais estáveis exceto por taquicardia (112 bpm). Ecocardiograma com disfunção sistólica grave do ventrículo direito (VD), função sistólica global do VE normal. Diante do quadro clínico, realizou angiotomografia de tórax com TEP submaciço em artéria pulmonar direita. Classificação de risco IV no Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), sendo iniciado enoxiparina em dose plena e internação em CTI. Relato do segundo caso: Paciente de 72 anos, sem comorbidades, com episódios recorrentes de lipotimia e síncope há 3 meses, associados a dispnéia, sem pródromos e dor torácica, cursando com 4 episódios de síncope no dia do atendimento em unidade de emergência. Ao exame: taquicardia (116 bpm) e saturação de O2 de 91% em ar ambiente, sem esforço ventilatório e outras anormalidades ao exame físico. Exames laboratoriais: D-dímero de 9748 ng/dL, troponina de 354 (VR <19 ng/L). Eletrocardiograma com taquicardia sinusal. Angiotomografia de tórax com TEP submaciço, com extensas falhas de enchimento em ambas as artérias pulmonares, PESI risco IV, sendo iniciado enoxiparina em dose plena e internação em CTI. **Conclusões:** A relevância destes casos fundamenta-se na importância da elevada suspeição clínica para TEP no diagnóstico diferencial de síncope, havendo em ambos os casos a identificação de TEP submaciço como apresentação inicial de síncope na emergência.

332

Associação da Resistência à Insulina com Hemodinâmica Central, Rigidez Arterial e Biomarcadores Metabólicos em Pacientes com Obesidade Não-Diabéticos

CAROLINE LYRA MOREIRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO DA CUNHA; WILLE OIGMAN; MARIO FRITSCH NEVES
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A resistência à insulina (RI) pode permanecer um longo período sem diagnóstico, representando um fator de risco para obesidade, hipertensão arterial, síndrome metabólica, diabete melito tipo 2, contribuindo para o desenvolvimento de doença cardiovascular. **Objetivo:** Avaliar a associação da resistência à insulina com parâmetros hemodinâmicos centrais, de rigidez arterial e biomarcadores metabólicos em pacientes com obesidade não-diabéticos. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com pacientes de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos e índice de massa corporal (IMC) ≥30 e <40 kg/m². Submetidos à avaliação clínica, laboratorial e da hemodinâmica central através da análise da onda de pulso por oscilometria (Mobil-O-Graph®). **Resultados:** Os pacientes (n=119) foram divididos em dois grupos de acordo com o valor do HOMA-IR: grupo sem resistência à insulina (HOMA-IR<3,67, n=75) e com resisência à insulina (HOMA-IR≥3,67, n=44). Os grupos apresentaram média de idade (52±7 vs 51±6 anos, p=0,630) e IMC (33,6±2,7 vs 34,5±2,4 kg/m², p=0,061) semelhantes. O grupo com RI apresentou maiores valores de HOMA-IR (2,41±0,74 vs 5,42±1,85, p<0,001), HOMA-beta (169±137 vs 283±193, p<0,001), glicemia (83±9 vs 93±11 mg/dl, p<0,001), insulina (11,7±3,5 vs 23,8±7,9 μU/ml, p<0,001), índice aterogênico do plasma (-0,052±0,283 vs 0,080±0,257, p=0,013) e relação triglicerídeo / lipoproteína de alta densidade (TG/HDL, 2,45±1,74 vs 3,29±2,12, p=0,022). As pressões arteriais (PA) sistólica (120±14 vs 129± 13 mmHg, p=0,001) e diastólica (80±9 vs 84±10 mmHg, p=0,036), e pressão de pulso (40±10 vs 45±10mmHg, p=0,013) periféricas também foram superiores no grupo com RI. De forma semelhante, a PA sistólica central (114±13 vs 119±12 mmHg, p=0,034) foi significativamente maior nos indivíduos com RI. Já na avaliação da rigidez arterial, a pressão de aumento (AP, 8,23±5,84 vs 8,34±5,44 mmHg, p=0,963) e a velocidade da onda de pulso (VOP, 7,3±0,9 vs 7,5±1,1 m/s, p=0,850) não apresentaram diferença entre os grupos, entretanto a inadequação da VOP (-0,010±0,45 vs 0,172±0,47 m/s, p=0,040) foi significativamente maior naqueles com RI. No grupo com RI foi observada diferença significativa entre as idades biológica e cronológica (3±10 vs 10±9 anos, p=0,003). **Conclusões:** Nesta amostra de indivíduos com obesidade não-diabéticos, a resistência à insulina foi associada com maiores níveis pressóricos periféricos e centrais e sinais de rigidez arterial com envelhecimento vascular acelerado.

336

Endocardite Infecciosa em Paciente Dialitico: Relato de Caso com Desfecho Desfavorável

ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; VICTOR RABELO ARAUJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES
Hospital Geral Nova Iguaçú – Nova Iguaçú – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) é uma doença com alta morbimortalidade, e é definida como infecção da superfície endocárdica, podendo acometer qualquer estrutura cardíaca, mas com predomínio valvar. Pacientes dialiticos tem alto risco de infecção por manipulação de cateter. A conduta terapêutica é um desafio nessa população. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 33 anos, portadora de doença renal crônica, sem etiologia definida, em terapia dialítica há 6 meses, foi admitida em serviço de emergência, devido anemia grave sem exteriorização de sangramento e cateter de hemodiálise em baixo fluxo. Ao exame físico apresentava-se lúcida, orientada, hipocorada 2+/4, taquicardica e eupneica. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações significativas. Porapresentar falha de acesso, com presença de trombose em múltiplos sítios inviabilizando acesso para dialise, foi implantado cateter de permicath em veia femoral, após análise por angiografia em único local possivel. Evoluiu com febre, queda do estado geral, calafrios e sopro cardíaco sistólico em foco tricúspide 3+/6, sendo diagnosticada com EI, confirmada após hemoculturas positivas para Staphylococcus Aureus e ecocardiograma transesofágico com presença de imagem móvel em face atrial da válvula tricúspide, medindo cerca de 0,5 cm. Angiotomografia para pesquisa de focos embólicos evidenciou embolização para pulmão em múltiplas topografias. Foi alocada em unidade de terapia intensiva e iniciado antibioticoterapia venosa guiada. Apresentou piora clínica gradativa. Após um período de 3 meses de internação e diversas complicações, evolui com sangramento cerebral volumoso constatado em tomografia, com prognostico reservado até o momento. **Discussão:** A EI pode ser diagnosticada com o uso dos critérios modificados de Duke, baseados em achados clínicos, ecocardiográficos e microbiológicos específicos. O acometimento de valva tricúspide ocorre entre 3 a 14% de todos os casos de EI, e está bem relacionado ao uso de drogas injetáveis e implante de cateteres. O sucesso terapêutico depende da suspeição clínica e início de tratamento precoce baseado em antibioticoterapia guiada por culturas e cirurgia cardíaca quando indicada. Infelizmente a embolização séptica pode ocorrer denotando gravidade ao caso. O manuseio correto de cateteres, bem como assepsia devem seguir um padrão de excelência evitando assim desfechos dramáticos.

337

Utilização do InterTak Escore para Avaliação Diagnóstica de Cardiomiopatia Catecolaminérgica. Relato de Dois Casos

MARIA PAULA MICELI PORTHUN; ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; JEFERSON FREIXO GUEDES
Fundação Técnico Educacional Souza Marques – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A síndrome de Takotsubo, também denominada de síndrome do coração partido, cardiomiopatia do estresse, cardiomiopatia adrenérgica e síndrome do balonamento apical predomina no sexo feminino (80% dos casos), podendo manifestar-se clinicamente com dor torácica, dispneia, congestão pulmonar, síncope e insuficiência ventricular esquerda, havendo resolução do quadro entre 2 a 4 semanas. Apresenta padrão ecocardiográfico de disfunção sistólica apical (balonamento) e hipercontratilidade de segmentos basais decorrentes de excessiva descarga de catecolaminas por estresse físico e emocional. A Sociedade Européia de Cardiologia preconiza a utilização do escore InterTAK como instrumento auxiliar para o diagnóstico diferencial entre as síndromes de Takotsubo e coronariana aguda com alta sensibilidade e especificidade, recomendando a realização de cineangiocoronariografia para os pacientes com baixa probabilidade no escore InterTAK. **Relato do primeiro caso:** Paciente de 94 anos, sem comorbidades, admitida por fratura de fêmur direito, apresentando intensa angústia e labilidade emocional. Eletrocardiograma (ECG) apresentando pequena corrente de lesão subepicárdica em paredes inferior e ântero-septal. Ao exame clínico: ausência de sintomas cardiovasculares: dor torácica, dispneia e ortopneia. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com disfunção sistólica global moderada do VE, acinesia de segmentos apicais e hipercontratilidade dos segmentos basais, troponina 151 ng/L (normal <19 ng/L). Alta probabilidade para Takotsubo (92,9%) pelo InterTak escore. Optou-se pelo tratamento clínico, havendo resolução completa do quadro em 3 semanas e posterior tratamento cirúrgico ortopédico. **Relato do segundo caso:** Paciente de 58 anos, portadora de HAS e tabagista, admitida em pré-operatório de câncer gástrico. Cursou com edema agudo de pulmão no pré-operatório. ECOTT demonstrou disfunção sistólica global moderada do ventrículo esquerdo, acinesia de ápex, segmentos apicais e médios, havendo hipercontratilidade em segmentos basais. Troponina 124 ng/L (normal <19 ng/L) com alta probabilidade para Takotsubo (92,9%) pelo InterTak escore. Evoluiu com boa resposta ao tratamento clínico havendo completa recuperação após 4 semanas, sendo submetida posteriormente a gastrojejunostomia. **Discussão:** A relevância destes casos fundamenta-se na exemplificação e praticidade da utilização do InterTak escore como ferramenta auxiliar para o diagnóstico de cardiomiopatia catecolaminérgica.

369

Miocardite Pós-Viral Simulando Síndrome Coronariana Aguda em Paciente com História Familiar Positiva

DANIEL MOREIRA DA COSTA LEITE; LARA DE MOURA LEITE; ANDREA TAVARES DE ALENCAR; CRISTINA MARIA SOUSA DE ALMEIDA; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Instituto do Coração Edson Saad – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A miocardite é uma condição clínica de difícil diagnóstico. A sua apresentação heterogênea e a necessidade de exames complementares nem sempre disponíveis comprometem a estimativa da real incidência da condição, não claramente conhecida. O curso da doença e prognóstico varia de acordo com a sua apresentação, podendo acarretar desde sintomas brandos e autolimitados, até quadros exuberantes similares à síndrome coronariana aguda (SCA), com dor retroesternal, troponina positiva e alterações eletro e ecocardiográficas sugestivas de isquemia, podendo deixar sequelas significativas no coração. **Relato do Caso:** Homem, 55a, pré-diabético, com pai e irmão falecidos de infarto do miocárdio aos 48a e 39a, respectivamente, acordou com dor retroesternal em queimação, não cessando com analgésico e ansiolítico, motivando ida à emergência. Exame físico e sinais vitais sem alterações. Apresentou curva de troponina positiva (quatro vezes acima do valor de referência) e ECG sem supradesnivelamento do segmento ST, motivando internação para estratificação. Ecocardiograma transtorácico com função biventricular preservada. Manteve estabilidade clínica até realização de cineangiocoronariografia, que não mostrou lesões coronarianas obstrutivas. Em seguida, foi optado pela realização de ressonância cardíaca (RC), não apenas motivada pela estratificação diagnóstica em progresso de MINOCA, mas pelo relato de síndrome gripal autolimitada cinco dias antes da apresentação da dor. Ao exame, apresentou realce mesocárdico em região ínfero-basal lateral, com apenas 2% de fibrose, desencadeados por provável miocardite viral. O paciente não apresentou outros sintomas durante a internação, recebendo alta hospitalar com orientações sobre mudanças de estilo de vida, sem necessidade de medicações específicas. **Conclusão:** O quadro fortemente sugestivo de SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, associada à história familiar marcante motivou a estratificação invasiva do quadro. Embora infecções virais respiratórias também estejam associadas à SCA, a ausência de obstrução coronariana levantou a possibilidade de MINOCA ou miocardite. A RC representa um exame fundamental nesses casos, pela sua capacidade de diferenciação entre as principais etiologias potencialmente envolvidas. Além disso, devido à apresentação variada de miocardite, uma anamnese detalhada é essencial na contemplação do seu diagnóstico, para que a investigação seja conduzida de forma adequada.

396

Síndrome Coronariana Aguda e Falha de Acesso para Realizaçao de CAT: Relato de Caso

VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; GABRIELLE ASSUMPÇÃO; ELLEN BRAGA; FÁBIO FREITAS; ORCEDY SOARES; STÉPHANNIE FREITAS; BRUNA FIALHO
Hospital Geral de Nova Iguacu – Nova Iguacu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa de morte cardiovascular no Brasil. O IAM sem supra de ST (IAMSSST) corresponde a mais de 50% dos casos e é confirmado na presença de dor torácica aguda sem supradesnivelamento o segmento ST no eletrocardiograma (ECG) associado a elevação de troponina. A estratificação com cineangiocoronariografia (CAT) nesses casos é indicada para os pacientes de risco intermediário (<72 h), alto (<24 h) e muito alto risco (<2 h). **Relato do Caso**: Paciente masculino, 57 anos, tabagista, hipertenso e diabético, foi admitido em um hospital geral com quadro de precordialgia em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, associado a dispneia, iniciado há 1 hora. Ao exame físico, apresentava-se lúcido, acianótico, eucardico, normotenso e eupneico. Aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações relevantes. Realizou ECG que evidenciou ritmo sinusal, sem alterações isquêmicas agudas. Laboratório da admissão mostrou elevação de troponina I, sendo, portanto, diagnosticado com IAMSST, TIMI 3, GRACE 111. Após administração de AAS, clopidogrel e estatina, foi realizado ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção de 66%, sem alterações segmentares. Foi encaminhado para realização de CAT em duas ocasiões, sem sucesso devido impossibilidade de punção arterial em membros superiores e inferiores, por ausência de pulso palpável, e visualizado oclusão de artéria femoral direita, que não foi passível de recanalização. Foi submetido então angiografia arterial total que observou oclusão de artérias femoral comum, poplítea, tibial e fibular, com ateromatose difusa, acometendo inclusive aorta. A revascularização endovascular foi contraindicada e sugerida cirugia aberta pela gravidade do caso para posterior realização de CAT, e paciente segue aguardando procedimento, sem apresentar novos episódios de dor torácica durante a internação. **Discussão:** O acesso para realizar CAT é feito por punção arterial, principalmente em artéria radial ou femoral. O paciente relatado possuía oclusão de ilíacas bilateralmente bem como oclusão de artérias radiais, impossibilitando o procedimento. A cirurgia aberta sem conhecimento da anatomia coronariana torna o caso desafiador. A literatura não dispõe de artigos para nortear a tomada de decisão neste caso complicado, em que o CAT se faz necessário, mas deverá ser postergado devido oclusão arterial, o que pode aumentar risco de novos episódios de IAM e desfecho desfavorável.

381

Pericardite Constritiva: Desafios Diagnósticos de uma Antiga Doença

FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; CAROLINA LACERDA RODRIGUES; CAIO SILVA LOPES; FELIPE RAMON MENEZES DA SILVA; JULIA GOMES MATTA; MANUELLA SANTOS DE REZENDE; JOHNATAN FELIPE FERREIRA DA CONCEIÇÃO; DANTON MACHADO DA CUNHA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Pericardite Constritiva (PC) é caracterizada pelo surgimento de fibrose e calcificação do pericárdio, que pode adquirir maior espessura à custa de perda de complacência, causando limitação de enchimento diastólico e desbalanceamento do fluxo entre as câmaras cardíacas. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 53 anos, internado no Hospital Universitário Antônio Pedro devido à plaquetopenia e queixa de dispneia leve aos esforços. Ao exame físico, hipocorado, com knock pericárdico, ictus propulsivo e amplo de 3 polpas digitais, turgência jugular a 90º bilateral, abdome globoso, hepatomegalia palpável com bordas livres e consistência amolecida e refluxo hepato-jugular em ortostase. Tomografia computadorizada (TC) de tórax mostra proeminência de ramos segmentares e subsegmentares das artérias pulmonares. Ecocardiograma transtorácico demonstra função diastólica de ventrículo esquerdo (VE) prejudicada, redução no deslizamento dos folhetos pericárdicos, espessamento pericárdico focal e presença de pontos refringentes, correspondentes às áreas de calcificação. Ressonância magnética (RM) de tórax evidencia alteração de natureza cística mediastinal - possível cisto pericárdico - e cardiomegalia. RM cardíaca demonstra importante derrame pericárdico com consequente compressão extrínseca nos segmentos basais do VE. Eletrocardiograma sem alterações. Fechado diagnóstico de PC, foi indicada e realizada pericardiectomia. A biópsia obteve resultado negativo com coloração Wade. **Discussão:** A PC pode ocorrer a partir de qualquer processo patológico que afete o pericárdio. No Brasil, a principal causa é a tuberculose. Logo, embora o Wade tenha sido negativo, não é possível afastar o M. Tuberculosis (MTB) como agente etiológico devido à epidemiologia e ao fato de que granulomas e o MTB podem não mais ser vistos em lesões crônicas, restando apenas o processo de reparo que pode causar a PC. O diagnóstico é feito, principalmente, pela associação de um quadro clínico de insuficiência cardíaca e de imagens multimodais, como ecocardiograma, TC e RM. A pericardiectomia é a melhor conduta, associada a terapias farmacológicas para tratar causa infecciosa base, propiciar indução anti-inflamatória e controlar sintomas congestivos. Portanto, o conhecimento detalhado da história clínica somado a uma cuidadosa avaliação laboratorial e de imagens multimodais propicia adequada conduta médica adaptada às peculiaridades de cada paciente e excluindo diagnósticos diferenciais.

416

Hipertensão e Pressão Arterial Elevada: Importância do Rastreio na População Infantojuvenil

LAIS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial (HA) é uma entidade clínica de grande agravo à saúde pública visto que, além de uma patologia, é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura. Nesse contexto, a identificação precoce de hipertensos é imprescindível, visto que a grande incidência na população mundial está associada a maior causa de mortalidade: os eventos cardiovasculares. Entretanto, por consistir em uma doença mais prevalente na vida adulta, a HA infantil ainda permanece sendo pouco investigada na população infantojuvenil e, mesmo com estudos atuais alegando um aumento considerável dos níveis de pressão arterial (PA) em crianças e adolescentes, ainda assim continua sendo subdiagnosticada e pouco pesquisada nesse público, tornando-se necessário medidas de investigação precoce da HA como é realizado nos adultos. **Objetivo:** O objetivo do estudo é evidenciar a importância do rastreio e identificação de HA e da pressão arterial elevada (PAE) na população pediátrica. **Materiais e Métodos:** A revisão bibliografia foi realizada utilizando os bancos de dados PubMed e portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores "arterial hypertension", "children", "high blood pressure", "obesity" com o operador boleano "AND". Como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados entre 2018 e 2023, em português e inglês, disponíveis gratuitamente. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados ou que não abordaram o tema proposto. Após a leitura dos textos e aplicação dos critérios, mantiveram-se 14 artigos. **Resultados:** Os resultados encontrados exibem que a pressão arterial elevada (PAE) em crianças e adolescentes tem alcançado prevalências crescentes nos últimos anos. A principal causa de HA em infanto-juvenis é secundária e está diretamente relacionada ao aumento da pressão diastólica, já a causa primária está associada com o aumento da pressão sistólica e a fatores de risco como: sobrepeso, obesidade ou histórico familiar positivo para HA. A prevalência combinada de PAE e HA em crianças é de cerca de 6%, sendo que esta aumenta para 30%, em adolescentes obesos. **Conclusões:** Dessa forma, devemos analisar os fatores de risco que envolvem esta doença, com ênfase na obesidade, a qual contribui para grande predominância de HA e PAE em adolescentes. Deve-se, portanto, realizar o diagnóstico e tratamento precoce afim de reduzir a morbimortalidade cardiovascular além de evitar consequências irreversíveis na vida adulta.

424

Velocidade de Onda de Pulso como Ferramenta Preventiva na Detecção de Hipertensão Arterial na População Infantojuvenil

LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A obesidade infantil tem se tornado um problema de saúde pública, visto suas repercussões na vida adulta. Dados obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a situação no Brasil já é alarmante. Em 2019, entre as crianças acompanhadas no SUS, 14,8% dos menores de 5 anos e 28,1% das crianças entre 5 e 9 anos tinham excesso de peso. Destas, 7% e 13,2%, respectivamente, apresentavam obesidade. A Sociedade Europeia de Hipertensão reconheceu essa ferramenta, como um indicador de morbimortalidade cardiovascular, em populações adultas específicas, incluindo idosos, pacientes com doença renal terminal, diabéticos e hipertensos. Existem ainda poucos estudos sobre a avaliação do VOP em crianças e adolescentes. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é ressaltar a importância da avaliação da Velocidade de Onda de Pulso (VOP) na infância principalmente em crianças obesas ou com história familiar de doença cardiovascular (DCV). **Materiais e Métodos:** Foi realizado a pesquisa no National Library of Medicine (PubMed) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores "pulse wave velocity", "blood pressure", "Obesity" e "pediatric", com o operador booleano "AND". A pesquisa retornou 60 estudos. Os critérios de inclusão utilizados em ambos são do tipo artigos completos livres, entre 2013 e 2023 com idioma em inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram artigos não relacionados ao tema. Após a leitura dos artigos e do uso dos critérios mantiveram-se 19 artigos. **Resultados:** Os resultados obtidos a partir da leitura indicam que uma das complicações mais graves da obesidade é o dano vascular associado à inflamação crônica, resistência à insulina e pressão elevada. A rigidez das paredes vasculares, avaliada pela mensuração da VOP, prediz de forma confiável insultos cardiovasculares em adultos. Em crianças, a maioria dos estudos anteriores relacionou o excesso de peso, a uma maior VOP, mas há opiniões ainda contraditórias. A rigidez arterial e excesso de peso estão ligados a pressão arterial elevada. Os níveis de pressão arterial acima do percentil 90, estão relacionados com maiores valores de VOP. **Conclusões:** Diante disso, concluiu-se que dentre as complicações da obesidade, destacam-se o envelhecimento vascular acelerado. Apesar de vários estudos demonstrarem um aumento da VOP nessa população, há relatos conflitantes na literatura sobre essa afirmação. Mais estudos devem ser realizados na tentativa da inclusão da VOP na prática clínica pediátrica.

432

IC Associado a FAARV Devido Crise Tireotóxica

BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; RENATO KAUFMAN; ANDRE CASARSA MARQUES; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; MÔNICA LUIZA ALCANTARA
IDOR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A crise tireotóxica é uma emergência endocrinológica potencialmente fatal e decorre da quantidade exacerbada de hormônios tireoidianos na circulação. Os hormônios T4L e T3 influenciam diretamente no sistema cardiovascular, modificando o fluxo de eletrólitos, além de estimular a liberação de hormônios adrenérgicos. Está diretamente associada ao risco de desenvolvimento de fibrilação atrial (FA) e insuficiência cardíaca (IC). Este trabalho apresenta a importância do diagnóstico da crise tireotóxica e o manejo adequado, visando a recuperação da função cardíaca. **Relato do Caso:** Mulher, 36 anos, portadora de doença de graves, em tratamento irregular. Foi internada em hospital do Rio de Janeiro com história de edema de membros inferiores, dispneia e taquicardia com piora progressiva há 2 meses. Durante a avaliação apresentava ritmo cardíaco irregular, bulhas cardíacas hiperfonéticas, sopro sistólico 2+ em foco aórtico e edema generalizado. Eletrocardiograma com ritmo de FA com frequência cardíaca (FC) de 150 bpm. Eco transtorácico demonstrou disfunção sistólica global moderada do ventrículo esquerdo, função ventricular direita limítrofe, PSAP de 40 mmHg e regurgitação tricuspídea moderada. Laboratório com BNP de 1270, TSH 0.01, T4L 2.7 e T3 5.1. Radiografia de tórax com congestão pulmonar. Feito diagnostico de IC e FA secundária a crise tireotóxica. Iniciado tratamento com hidrocortisona, tapazol, β bloqueador, anticoagulante e diurético. Realizada ressonância cardíaca, 15 dias após o início do tratamento, com recuperação da função sistólica biventricular, sem sinais de edema, necrose ou fibrose. **Discussão:** O hormônio TSH é produzido na hipófise, estimula a produção de T4 livre pela tireoide e é convertido a T3 no sangue. Este atua na diástole, aumentando a pré-carrega, reduzindo a resistência vascular periférica e aumentando a FC, levando a circulação hiperdinâmica. Há maior potencial de desenvolvimento de arritmias atriais, como FA, pela grande quantidade de receptores β nos átrios. Se a FC permanecer elevada por longo período, pode ocorrer déficit de relaxamento da musculatura com disfunção dos miócitos, remodelamento estrutural do coração, consequentemente levando a IC. O tratamento é feito com β bloqueadores, como propranolol, e anti-hipertensivos, principalmente IECA/BRA, associado ao controle de sintomas com diuréticos de alça, como lasix, e tratamento do hipertireoidismo com tapazol e corticóide.

427

O Potencial Anti-Inflamatório da Colchicina em Doenças Coronarianas: uma Revisão Bibliográfica

LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; PEDRO IVY VENÂNCIO CAMARA ESTEVES; ARTHUR SOARES PASSOS; NATHAN VALIM RODRIGUES; LUIZ EDUARDO FERREIRA MAZZANTI; IVANA BORGES PICONE DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O incremento da longevidade trouxe consigo o aumento das incapacidades por doenças crônicas como as doenças coronarianas, mantendo as doenças cardiovasculares (DCV) como as principais causas de morbimortalidade do mundo. Nesse contexto, um importante vilão é a aterosclerose, fator desencadeante de uma cascata inflamatória que culmina em morte celular. Nas últimas décadas, vem sido estudado mecanismos que reduzam os danos celulares decorrentes do processo inflamatório e previnam a formação e progressão de placas de ateroma, gênese das doenças DCV. Sendo assim, alguns fármacos têm sido testados, porém a colchicina, um anti-inflamatório utilizado inicialmente para o tratamento de artrite gotosa e da febre do Mediterrâneo, vem se mostrando promissora. **Objetivo:** O objetivo desse resumo foi avaliar a ação da colchicina no processo inflamatório das doenças ateroscleróticas como Infarto Agudo do Miocárdico (IAM), Síndrome coronariana crônica (SCC) e na prevenção dos desfechos fatais e não fatais nessas patologias. **Materiais e Métodos:** Para a realização desse estudo foram levados em consideração os bancos de dados PubMed, Cochrane library e portal regional da biblioteca virtual em saúde utilizando os descritores de saúde "atherosclerosis", "colchicine" e "cardiovascular prevention", com o operador booleano AND. Os critérios de inclusão abrangiam artigos em língua inglesa, publicados nos últimos dez anos (2013-2023) que se encaixassem em estudos clínicos controlados ou observacionais. Os critérios de exclusão foram publicações que não estivessem em concordância com o assunto ou duplicadas. Após a aplicação dos filtros e leitura dos artigos, mantiveram-se pertinentes 8 artigos. **Resultados:** Todos esses artigos foram unânimes na avaliação benéfica da colchicina no contexto anti-inflamatório das doenças cardiovasculares. Isso ocorre porque o medicamento atua em nível molecular, inibindo a polimerização da tubulina, reduzindo a adesão celular, diminuindo a liberação de citocinas pró-inflamatórias e inibindo o inflamassoma NLRP3, que está intimamente ligado aos danos celulares. **Conclusões:** Em resumo, a colchicina em baixas doses, conforme descrito nos estudos, apresentou uma melhora significativa nas placas coronarianas. No entanto, em alguns artigos, ainda não há comprovação de que a modificação favorável das placas seja sustentada a longo prazo.

438

Semaglutida e os Desfechos de Arritmia: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise da Avaliação sobre a sua Eficácia e Segurança Cardiovascular

CLAUDIA FELIX FERREIRA DE CARVALHO; THAIS SOUSA LACERDA RIBEIRO; ALEXANDRA REZENDE ALVES SANTOS
Unigranrio-AFYA – Duque de Caxias – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A semaglutida ou Ozempic® tem sido alvo de estudos, pois mostrou uma alta eficácia no que diz respeito ao controle glicêmico favorável e redução da gordura corporal em pacientes obesos[8]. No entanto, acumularam-se evidências de que o tratamento com Semaglutida está relacionado a um aumento na frequência cardíaca, o que poderia potencialmente induzir arritmias cardíacas. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática e meta-análise da avaliação de segurança cardiovascular da Semaglutida e risco de arritmias em pacientes diabéticos, não diabéticos e obesos. **Materiais e Métodos:** O material foi selecionado a partir de uma busca de artigos científicos realizada nas bases de dados com publicações nacionais e internacionais na área da saúde: SciELO, PubMed, PebMED, Scopus, Medline, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), seguindo os critérios de inclusão: estudos de revisões sistemáticas com meta-análises, tendo como objeto de investigação quanto a eficácia da semaglutida e sua segurança cardiovascular em paciente diabéticos e obesos, dos anos 2020 a 2023; e estabeleceu como critérios de exclusão: pesquisas incompletas, fora da temática pesquisada e sem métodos e resultados explícitos e fora do período selecionado. Foram utilizados os termos descritores: "Ozempic®", "semaglutida", "eficácia", "segurança", "obesity", "Diabetes Mellitus", "riscos cardiovasculares", "arritmias". Foram incluídos artigos originais publicados nos idiomas português, inglês e espanhol entre 2017 e 2023. **Resultados:** Analisando o uso de Semaglutida, sua eficácia e sua segurança cardiovascular com pacientes com DM2 ou obesidade, a terapia com Semaglutida não foi associada a um risco geral maior de fibrilação atrial incidente, flutter atrial, arritmias ventriculares e morte cardíaca súbita. A terapia com Semaglutida sugeriu benefícios potenciais em comparação com o grupo placebo. Além disso, observa-se um efeito potencialmente protetor da semaglutida oral na fibrilação atrial. Quando considerando as arritmias ventriculares, a Semaglutida pode estar associada a um risco aumentado em doses mais altas e naqueles com IMC basal mais elevado[17]. **Conclusões:** Em face da revisão realizada e dos resultados evidenciados, a maioria dos artigos analisados demonstraram concordância, no que diz respeito à utilização da semaglutida para a redução de peso sustentada, controle glicêmico e melhoria dos fatores de risco cardiovascular em pacientes obesos, com ou sem DM2.

Referências Bibliográficas: Berkovic et al. **Semaglutide-eye-catching results**. World Journal of Diabetes, 2023.

475

Isquemia Medular Aguda após Tratamento de Dissecção Aórtica: uma Emergência Médica

LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; MARCELO MACHADO MELO; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; JULIA HENRIQUE COSTA; ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA; RENATO MACIEL DE ARANTES; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; BIANCA BRENNA MONTEZ
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O tratamento da dissecção aórtica (DA) por cirurgia convencional ou endovascular envolve uma alta morbimortalidade e complicações possíveis. A isquemia medular aguda (IMA) tem incidência de até 27% nesse cenário, podendo se manifestar como uma paraplegia aguda. Trata-se de uma emergência que deve ser pesquisada ativamente desde o ato cirúrgico até o período pós-operatório e tratada imediatamente buscando reversão do quadro. **Relato do Caso**: Paciente masculino, 40 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica. Relatou há cerca de 14 dias dor torácica de forte intensidade com irradiação para dorso e abdome enquanto evacuava. Procurou atendimento médico e retornou algumas vezes ao hospital devido a novos episódios de dor, onde era realizado controle da pressão arterial (PA) e analgesia, com alta hospitalar após controle dos sintomas. Em um dos atendimentos foi aventada a hipótese de DA Stanford A, confirmada após angiotomografia e encaminhado para avaliação cirúrgica. Foi submetido a cirurgia corretiva híbrida, com troca da aorta ascendente e arco aórtico por tubo supracoronariano, reimplante dos vasos da base e colocação de endoprótese em aorta descendente, sem intercorrências. No dia seguinte à cirurgia evoluiu com paraplegia súbita em contexto de hipotensão arterial. Feito diagnóstico clínico de IMA, submetido a drenagem liquórica e elevação da PA com uso de aminas. Realizadas tomografias de controle sem alterações que justificassem, evoluindo com melhora progressiva e retirada do dreno após três dias. Após completar o tratamento e reabilitação, recebeu alta hospitalar sem sequelas motoras. **Discussão:** A IMA é uma das principais complicações no reparo aórtico. Pacientes sob maior risco incluem idosos e portadores de comorbidades prévias, fatores relacionados à cirurgia como grande segmento aórtico envolvido, cirurgia não eletiva e abordagem prévia. A fisiopatologia está relacionada a redução do fluxo sanguíneo medular (rede de colaterais insuficiente; tempo de clampeamento da aorta prolongado; exclusão da artéria subclávia esquerda; hipotensão; próteses que cobrem grande segmento aórtico e seus ramos). A medula anterior é a principal acometida, podendo levar a paraplegia aguda. Uma vez estabelecido o diagnóstico clínico, é importante indicar o tratamento imediato. Além das medidas de suporte, deve ser avaliada a drenagem liquórica precoce para descompressão local. É bem estabelecido de que o prognóstico depende do tempo até o tratamento, além dos fatores relacionados à cirurgia realizada.

516

Fibrossarcoma Mixoide Atrial como Causa de Dispneia Cardíaca e Insuficiência Cardíaca

JOSE XAVIER LÓPEZ; EMMANUELLA LEAL; SABRINA BARBOSA PACHECO; DANIELA CAPUTI; CARLOS FELIPE PIMENTA; RAYLA SENRA DE PAIVA; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO
Universidade do Estado do Rio de Janeiro / HUPE - Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A dispneia é um sintoma comum que afeta milhões de pessoas, pode-se manifestar como causa de patologia cardíaca. Os tumores cardíacos podem- se apresentar no estudo de dispneia no contexto de Insuficiência Cardíaca (IC). Além de ser extremamente raros, com incidência variando entre 0,001% e 0,03%, desses só 15-25% são malignos. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 67 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, dá entrada nossa unidade com Dispneia e sintomas de IC em perfil B NYHA III, estágio NYHA C, além de duplo produto descontrolado e dependente de oxigênio suplementar em baixa litragem. Realizada otimização clínica, realizando ECO TT. Evidenciando-se Atrio Esquerdo (AE) com volume indexado de 50 ml/m2, presença de massa polipoide, móvel, com pedículo fixado na parede lateral do AE próximo a auriculeta esquerda, heterogênea e de superfície irregular, medindo 5,4 x 1,1 cm (área: 11,1 cm²), causando obstrução na via de entrada do ventrículo esquerdo, FE preservada. Apresentando disfunção de ventrículo direito e sinais de hipertensão pulmonar PSAP 52 mmHg. Encaminhada ao centro cirúrgico para realização de exérese de massa, sendo implantado prótese valvar metálica em posição mitral. O resultado histopatológico demostrou um padrão multinodular, de alta celularidade, constituído por células fusiformes e estrelares atípicas com pleomorfismo e numerosas figuras de mitose em áreas fasciculadas e outras mixóides. Nota-se ainda presença de necrose e hemorragia. Imunopositividade para VIMENTINA, focal para SMA e imunonegatividade para CD34, CD 31, DESMINA E S100 compatível com Fibrossarcoma Mixoide Atrial. **Discussão:** Os tumores Cardíacos podem-se apresentar clinicamente como dispneia e deve-se incluir dentro dos diagnósticos diferenciais da Dispneia de origem Cardíaca e como causa de IC. Os sarcomas cardíacos são extremamente raros e, para a maioria dos tipos, apenas foram descritos relatos de casos isolados. O Fibrossarcoma Mixoide é ainda uma forma mais rara de neoplasia cardíaca primária, caracteriza-se pela presença de necrose e hemorragia no estudo histopatológico além da imuno-histoquímica descrita. Em geral, os sarcomas proliferam rapidamente e causam a morte através de infiltração generalizada do miocárdio, obstrução do fluxo sanguíneo através do coração e/ou metástases à distância. Embora a ressecção completa seja o tratamento de escolha, a maioria dos pacientes desenvolve doença recorrente e morre devido à malignidade. A sobrevida média é normalmente de 6 a 12 meses.

515

Pericardite Recorrente Dependente de Corticoide na Doença de Still do Adulto – Estratégia com o Uso do Inibidor IL-6

JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; GABRIEL DE MORAES MANGAS; GIOVANNA JURCUNAS DE OLIVEIRA GAETA; BRUNO JOSÉ DE SOUZA BELO EVANGELISTA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; ADOLPHO XAVIER DE CARVALHO FILHO
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O envolvimento cardíaco é muito comum em doenças autoimunes, como a doença de Still. As recidivas da pericardite muitas vezes se sobrepõem às crises da doença subjacente, e em alguns casos, a pericardite recorrente representa a principal característica clínica, sendo incerto se a terapia deve focar nela ou seguir o padrão de tratamento para a doença subjacente. Os anti-inflamatórios não esteroides, colchicina e esteróides são os tratamentos de primeira linha para a pericardite e, quando refratária, os inibidores de IL-1 e IL-6 são possibilidades. **Relato do Caso:** Homem, 45 anos, portador de pericardite recorrente associada a doença de Still, apresentando refratariedade ao desmame do corticoide. O paciente iniciou tratamento em 2017, quando apresentou um caso de miopericardite e tamponamento cardíaco. Ao longo dos anos foram utilizados diversos tratamentos variando conforme a progressão de recidivas, Colchicina, Prednisona, Hidroxicloroquina, Metotrexato, Azatioprina, Canaquinumabe e Imunoglobulina, porém havendo recidivas a partir da redução da dose de 15 mg de corticoide. Posteriormente, foi realizado tratamento com Tocilizumabe, inibidor de IL-6, infundido mensalmente. Com a utilização dessa estratégia, diminuindo 2,5 mg a cada 3 semanas, foi possível reduzir, com sucesso, a necessidade do corticoide, abaixo de 15 mg sem haver recidiva. **Discussão:** Antagonistas de receptores de IL-1 que inibem IL-1 α e IL-1 β, como Rilonacept e o Anakinra, não estão registrados na Anvisa e, logo, não estão disponíveis no Brasil. No país, a última linha farmacológica contra pericardite recorrente são inibidores da IL-6 e da Il-1β, representados, respectivamente, pelo Tocilizumabe e Canaquinumabe. Ao nível de evidência, o Anakinra é a única droga com evidências baseadas em ensaios clínicos randomizados. Já o Tocilizumabe e o Canaquinumabe apresentam uso baseado em relatos de casos. Dentre os inibidores de IL-1, o Anakinra, o Rilonacept e o Canaquinumabe são administrados em doses diárias, semanais e mensais, respectivamente, além de possuírem custo mais elevado em relação ao Tocilizumabe. É esperado que o Tocilizumabe tenha melhor adesão do paciente devido ao cronograma de administração ser mais espaçado e o preço mais acessível, além de gerar menor impacto orçamentário ao SUS. São necessários mais estudos para avaliar o papel da IL-6 na pericardite e confirmar a eficácia e segurança dos anticorpos monoclonais mencionados para esta doença.

525

Endocardite Infecciosa de Válvula Nativa por Granulicatella sp: um Germe Tipicamente Raro

ROGERIO SANTAREM DE SALES PEREIRA JUNIOR; MARIZE BITTAR MOREIRA DA SILVA; BÁRBARA MARIZ FERREIRA PASSOS; LUIZ FELIPE DE ABREU GUIMARÃES; CLAUDIO QUERIDO FORTES; MARIA BEATRIZ CORRÊA DE MELLO ALTSCHULLER; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A Granulicatella adiacens (GA) é um coco gram positivo fastidioso, que pertence à flora da cavidade oral, trato genital e intestinal. Já foi classificada entre os estreptococos, porém recentemente lhe foi atribuído um gênero próprio. Embora as infecções sejam raras, na última atualização dos critérios de Duke em 2023 (International Society for Cardiovascular Infectious Diseases), classificou a GA como um germe tipicamente associado à endocardite infecciosa (EI), e por isso sua importância precisa ser cada vez mais reconhecida. **Relato do Caso:** Homem, 71a, hipertenso, portador de insuficiência mitral grave por degeneração mixomatosa, internado para investigar quadro de anemia, febre e perda ponderal há 1 ano. Ao exame encontrava-se emagrecido e com sopro sistólico mitral irradiando para a borda esternal esquerda. Endoscopia digestiva alta, colonoscopia, capsula endoscópica e tomografias de tórax e abdome sem evidências de lesões neoplásicas. Sorologias virais e avaliação para tuberculose negativas. Ecocardiograma transtorácico mostrou imagem mal definida na face atrial do folheto anterior mitral podendo corresponder à estrutura mixomatosa ou vegetação. Entretanto, houve crescimento de coco Gram positivo no primeiro set de hemoculturas, sendo iniciado ceftriaxone. Ecocardiograma transesofágico mostrou a mesma imagem, de superfície irregular, medindo 1,0 x 0,3 cm, porém sem definição diagnóstica. Realizada tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT), sem captação sugestiva de EI. Apesar do crescimento lento, houve identificação de GA nas amostras de hemoculturas, que permaneceram repetidamente positivas mesmo após cerca de 2 semanas de ceftriaxone. Optado por trocar o tratamento para vancomicina, com negativação das culturas após 5 dias da hemocultura. Apesar da regurgitação valvar grave, o paciente permaneceu estável sem necessidade de cirurgia, recebendo alta hospitalar após 6 semanas de vancomicina. **Discussão:** Apesar de ser um coco Gram positivo, a resposta clínica da EI por GA aos betalactâmicos, como a cefalosporinas de 3ª geração, é variável. O germe possui crescimento lento e de difícil identificação, atrasando o estabelecimento do perfil de sensibilidade. Mais de 50% dos casos evoluem com indicação cirúrgica devido ao tamanho das vegetações e complicações locais. Embora a literatura não estabeleça um esquema antibiótico preferencial, o uso de vancomicina deve ser considerado precocemente no arsenal terapêutico.

546

Síndrome de Münchausen: uma Realidade ainda Negligenciada

JOSIANE RODRIGUES NUNES; LUCIANA FUMIAN BRASIL; PEDRO IVO FONSECA PAULA; MARCIO PEREIRA DA SILVA JUNIOR; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; GEORGIA PIREDDA FERNANDES SUHETT; ANNA CAROLINA PEREIRA MARES GUIA MACHADO; RENATA VAILLANT FONTE BOA
Hospital São José do Avaí – Itaperuna – Minas Gerais – Brasil

Introdução: A Síndrome de Münchausen (SM) ou transtorno factício teve sua origem no "Barão de Münchausen", um militar alemão que fantasiava os mais variados contos. Assim, no ano de 1951, o médico inglês Richard Asher descreve, pela primeira vez, esse distúrbio. Tal patologia pode ser definida como sendo uma desordem psiquiátrica onde os pacientes acometidos deturpam ou simulam estarem enfermos com objetivo de conquistarem atenção. **Relato do Caso:** Paciente, sexo feminino, 44 anos, casada, branca, que adentra no serviço de saúde devido à crise hipertensiva com pressão arterial de 260x180 mmHg, transferida para Unidade de Terapia Intensiva Coronariana e iniciadas as medidas para controle pressórico com nitroprussiato de sódio em infusão contínua e reconciliação de anti-hipertensivos orais. Após resolução do quadro agudo, encaminhada para enfermaria, mantendo difícil controle pressórico, mesmo utilizando mais de 06 classes farmacológicas distintas de anti-hipertensivos já otimizadas. Descartadas causas secundárias de hipertensão como distúrbios tireoidianos, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, entre outros, além da realização de vários exames de imagem, não sendo evidenciada nenhuma alteração que justificasse tal fato. Por conseguinte, a principal hipótese sugeria a má adesão terapêutica, retornando com a paciente para UTI e sendo monitorada quanto à administração oral dos medicamentos, acarretando, assim, em hipotensão arterial severa. Conclusão: Dessa forma, fica evidente a não adesão farmacológica da paciente, sendo conduzida para apoio psicológico intenso e a declaração de não estar fazendo uso de tais medicações devido a problemas psicossociais. Logo, após análise multidisciplinar, finalizou-se com a SM. Não obstante, ainda foram descobertas várias internações prévias em outros hospitais pela mesma causa. Algumas teorias são descritas como estando envolvidas na patogênese da SM como história de traumas e abuso na infância, privações, bem como outros fatores estressantes. Geralmente a passagem por vários hospitais também costuma ser frequente. Muitas vezes é uma patologia que demanda altos custos, pois são feitos vários exames durante a investigação. Assim, por se tratar de diagnóstico pouco considerado e relatado, muitas vezes acaba sendo negligenciado, podendo não apenas mascarar, mas também retardar a resolução do caso do paciente.

579

Dissecção Aórtica Tipo A de Stanford com Manifestação Atípica: Abordagem Desafiadora no Hospital Estadual Alberto Torres

LUANNY DE SOUZA SANTOS; JULIANA PRADO DE SOUZA; HANS BOSSAN COTRIM; KAREN SAYURI LOUVAIN DE AZEVEDO; MILENA DA ROCHA DE ANDRADE; TATIANE PERES MACHADO; WELLINGTON DOS SANTOS MADEIRA; TATIANA ERTHAL DE ABREU
Faculdade Metropolitana São Carlos – Bom Jesus do Itabapoana – RJ – Brasil
Hospital Estadual Alberto Torres – São Gonçalo – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A dissecção aórtica é causada pela separação das camadas da parede vascular e seu sintoma principal é a precordialgia intensa. Demanda diagnóstico precoce por angiotomografia (AngioTC). O tratamento inclui o controle da pressão arterial e frequência cardíaca, a fim de minimizar o estresse sobre a aorta, visando estabilização clínica. Tal abordagem é essencial para prevenir complicações graves e otimizar o prognóstico. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 60 anos, admitida na emergência do Hospital Estadual Alberto Torres em 17/01/2024 com dispneia progressiva sem precordialgia. Apresentava taquicardia (127 bpm), hipertensão (185x109 mmHg) e saturação de oxigênio reduzida (90%), sugerindo quadro de insuficiência cardíaca aguda. A ausculta cardiovascular evidenciou sopro diastólico em focos paraesternais, indicando possível patologia valvar. A história de úlcera gástrica por uso de anti-inflamatórios e a presença de hérnia epigástrica volumosa acrescentaram complexidade ao caso. O ultrassom (USG) evidenciou um derrame pericárdico moderado e sinais de tamponamento cardíaco, direcionando a investigação para uma possível causa estrutural. A AngioTC revelou dissecção aórtica Stanford A, comprometendo importantes vasos, como carótida comum, subclávia esquerda e ilíaca externa esquerda. Solicitada transferência para um serviço especializado. Em seguida, depende de nitroprussiato de sódio para controle pressórico e amiodarona para manutenção da frequência cardíaca. Evolui com piora do padrão respiratório, necessitando de intubação orotraqueal, iniciado amina em dose baixa e suspensos anti-hipertensivos orais e o nitroprussiato de sódio. Em 20/01 evolui com disfunção renal sem condições clínicas para hemodiálise. O segundo USG indicou derrame pericárdico sem tamponamento cardíaco e discreto derrame pleural. A evolução demandou o uso de nitroprussiato de sódio para controle pressórico e amiodarona para manutenção da frequência cardíaca. Contudo, a paciente evoluiu para instabilidade hemodinâmica e parada cardiorrespiratória em assistolia. **Discussão:** O diagnóstico precoce exige habilidades clínicas e tecnologias avançadas de imagem. O desfecho adverso sublinha a gravidade intrínseca da dissecção aórtica tipo A, ressaltando a necessidade de terapias mais assertivas para melhorar o prognóstico desses pacientes. Ademais, o caso destaca a complexidade de pacientes apresentação clínica atípica e, portanto, reforça a importância da avaliação detalhada e criteriosa em situações de risco cardiovascular agudo.

548

Terapia Ponte com Tirofiban para Trova Valvar Aórtica após Angioplastia Coronariana

FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; ROBERTO ESPORCATTE; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos precoces após intervenções coronarianas têm maior risco de mortalidade por complicações isquêmicas e hemorrágias. O Tirofiban é um inibidor da glicoproteína IIb/IIIa e sua aplicação como «terapia ponte» antes de cirurgias indispensáveis nesse contexto agudo é uma estratégia para reduzir o risco de eventos tromboembólicos. **Relato do Caso**: Paciente feminina de 65 anos, admitida em nosso serviço após angioplastia de coronária direita com 1 stent farmacológico em contexto de síndrome coronariana aguda sem supra de ST. Em sua admissão, chamou atenção relato de 2 episódios de síncope no último mês, ambos durante esforço físico e com pródromo de dor torácica retroesternal em queimação, um deles, inclusive, com traumatismo craniano na queda. Além disso, ao exame físico, era marcante a presença de sopro sistólico em focos aórtico e aórtico acessório, de intensidade 5+/6+, frêmito, irradiação para fúrcula esternal e carótidas e atenuação à manobra de Hand Grip. Ao realizar ecocardiograma transtorácico, foi diagnosticada estenose aórtica grave, com gradiente VE-Ao máximo de 123mmHg e médio de 86mmHg, velocidade máxima do fluxo transvalvar aórtico de 5,55m/s e área valvar calculada pelo VTI de 0,7cm², com função ventricular preservada, hipertrofia concêntrica e aumento de átrio esquerdo. Após discussão em Heart Team, foi optado por troca valvar aórtica na mesma internação, por conta da criticidade da estenose e das síncopes frequentes; para isso, escolheu-se a estratégia de suspensão precoce do inibidor de P2Y12 e realização de ponte antiplaquetária com Tirofiban. A cirurgia ocorreu 23 dias após a angioplastia, sem intercorrências; 5 dias antes do procedimento foi realizada suspensão do Clopidogrel, e a infusão de Tirofiban foi iniciada cerca de 48 horas após, sendo mantida até 6h antes do paciente ser levado para o centro cirúrgico, sem interromper o uso de ácido acetilsalicílico. Paciente recebeu alta para casa com dupla antiagregação e assintomática. **Discussão:** O uso do Tirofiban como ponte antiplaqueatária para realização de cirurgias indispensáveis no pós-angioplastia precoce é uma estratégia segura e com baixos níveis de complicações, permitindo assim reduzir o tempo sem antiagregantes em doses plenas durante o perioperatório. O momento ideal de início da infusão ainda é discutido na literatura, enquanto há maior consonância com relação à sua suspensão - no geral, 4 - 6 horas antes do procedimento.

583

Tamponamento Cardíaco em Paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Histoplasmose Pulmonar – Relato de Caso

NATHÁLIA SALIM SAUD; JOÃO PEDRO VAZ DE LIMA; RAFAEL FERREIRA LUCIANO; VITOR DERIQUEHEM; KARINA SALIM SAUD
Hospital Copa D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O derrame pericárdico (DP) é a manifestação cardiológica mais comum em pacientes que realizam terapia antirretroviral – com prevalência de 21a 30% nos pacientes. As causas mais frequentes são as infecções por micobactérias, seguidas das infecções bacterianas e das neoplasias. Há descrições de DP causados por germes oportunistas, relacionados a doenças sistêmicas e associados ao estado inflamatório crônico e à desnutrição. **Relato do Caso:** Homem, 39 anos, apresenta dispneia aos pequenos esforços progressiva há 3 meses, associado a tosse seca, dispneia paroxística noturna e ganho ponderal. Usava Itraconazol por Histoplasmose Pulmonar (Hc) diagnosticada há 20 dias. HIV+ com carga viral de >70 mil cp/ml e contagem de CD4 de 20/microL – sem tratamento. Exame clínico demonstrou hipotensão, taquicardia, dispneia, turgência jugular patológica, anasarca e hipofonese de bulhas. Laboratório com pancitopenia, BNP elevado e lesão renal aguda. Ecocardiograma transtorácico com FE de 20%, hipocinesia difusa, disfunção sistólica grave de VE e DP com restrição diastólica. TC de tórax com lesões em árvore em brotamento difusas, linfadenopatia hilar e mediastinal. No mesmo dia, realizado janela pleuropericárdica-drenagem de 1L de líquido pericárdico (LP) seroso. Iniciou terapia renal substitutiva diária e tratamento empírico com Levofloxacino, Anfotericina B, Amicacina e Linezolida, visando Tuberculose, Hc e infecção bacteriana. Foi acrescido profilaxia da SIDA com Sulfa/Trimetoprim e Azitromicina. Descartado Hc disseminada com aspirado de medula óssea e biópsia renal. Testes séricos para CMV, Hc, Criptococose, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatites virais e teste de escarro negativos. Análise do LP com cultura negativa, e biópsia compatível com pericardite crônica fibrosante. No 10º dia de internação, a FE aumentou para 42%, com disfunção moderada de VE e mantendo o aspecto restritivo. **Discussão:** Pericardite em paciente com SIDA, Hc pulmonar e síndrome cardiorrenal (SCR) justificou a ampla investigação etiológica concomitante ao tratamento do paciente. Os testes negativos e a melhora clínica associada ao tratamento empírico não definiram a causa do tamponamento, agravado inicialmente pela SCR. Causas idiopáticas e virais também são possíveis em pacientes imunossuprimidos. O diagnóstico etiológico da pericardite permanece um desafio, mesmo em paciente com duas infecções ativas e disfunção renal associada. É urgente a abordagem cirúrgica no tamponamento cardíaco extenso e tratamento até que a etiologia seja definida.

590

Toxidade Pulmonar por Amiodarona: Relato de Caso

GIULIA DUQUE ESTRADA; MONICA AMORIM DE OLIVEIRA
Hospital Unimed Barra – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Amiodarona é um antiarrítmico amplamente utilizado no tratamento de arritmias ventriculares e atriais, como FA ou flutter. O efeito cumulativo da droga nos tecidos pode ocasionar alteração tireoidiana, hepática, bloqueios cardíacos, pneumonites, dentre outras. A toxicidade pulmonar é responsável pela maioria das mortes. Estudos revelam maior incidência da pneumopatia em uso acima de 400 mg/dia e pode ocorrer após dias ou anos da dose inicial. **Relato do Caso:** CPA, sexo masculino, 86 anos, com histórico de HAS, IAM (2009), TAVI e marca-passo definitivo (novembro de 2023), além de FA paroxística. Recebeu alta hospitalar em uso de amiodarona 300 mg e bisoprolol 2.5 mg. Procurou a emergência em dezembro devido quadro de febre 38°C, dessaturação, piora da classe funcional (NYHA III). Na admissão, SATO2 82% em AA e 95% em uso de CN a 5 L/min, MV reduzido bibasal com estertores crepitantes. D-dímero 1385 / PCR 22/ leucócitos 14.500 / 5% bastões / PCT 0.11. ECOTT – HVE leve, DSVE leve, TAVI funcionante, DDVE grau II, VCI 1.5 cm, PSAP 31 mmHg. TC de tórax – Extensa consolidação e atelectasia em lobos inferiores + infiltrado intersticial difuso com atenuação em vidro-fosco. Suspeita de Pneumonite/ COP e Pneumonia bacteriana associada. Iniciado antibiótico, corticoterapia e suspensa amiodarona nesse contexto. Evoluiu SDRA com intensificação da hipoxemia, sendo iniciada VNI intermitente e CNAF. Em vigência de hipoxemia e hipercapnia refratárias, optou-se por IOT, VM. LBA em broncoscopia negativa para todos os germes virais e bacterianos. Após 6 dias realizada extubação. Porém, nova recorrência da pneumonite poucos dias após com retorno da febre, dispneia, aumento da PCR, PCT negativa e piora do infiltrado intersticial. Atribuiu-se tal fato ao tempo de reabsorção da amiodarona (meia-vida cerca de 45 dias). Retornou ao CNAF, VNI intermitente e uso de CTC com boa resposta. Alta hospitalar em uso de O2 suplementar. **Discussão:** O diagnóstico de pneumopatia por amiodarona é de exclusão, devendo afastar IC, pneumonia infecciosa, embolia pulmonar e malignidade. Os sintomas clínicos comuns são tosse seca, febre baixa, dispneia progressiva e astenia. A imagem mais sugestiva do quadro é vista na TC tórax com padrão de alveolite. A biópsia transbrônquica evidência moderado infiltrado inflamatório mononuclear no septo alveolar e macrófagos espumosos na luz alveolar, considerado marcador de exposição a droga. A suspensão do tratamento com a amiodarona e corticoterapia costumam ser efetivos para a melhora clínica.

645

Associação do Grau de Acometimento Pulmonar Observado na TC de Tórax em Pacientes com COVID-19 com a Ocorrência de Injúria Miocárdica

LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A injúria miocárdica é um evento prevalente em pacientes com COVID-19, e possui impacto prognóstico. No entanto, sua associação com o grau de acometimento pulmonar é mal elucidada. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a ocorrência de injúria miocárdica e o grau de acometimento pulmonar em pacientes internados por COVID-19. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, com pacientes que internaram em unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de COVID-19 por RT-PCR, que realizaram tomografia computadorizada nas primeiras 48 horas de internação e tiveram pelo menos uma dosagem de troponina durante a internação. Consideramos injúria miocárdica quando o valor da troponina ultrapassou o percentil 99 informado pelo fabricante. As variáveis foram avaliadas pelo método qui-quadrado. $P < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram incluídos 875 pacientes, com idade média 68,8 anos, sendo 68,3% do sexo masculino. O grau de acometimento pulmonar foi classificado em leve (<25%), moderado (25-50%) e grave (>50%). A injúria miocárdica ocorreu em 362 pacientes (41,3%). Em análise univariada, o grupo com maior grau de acometimento pulmonar apresentou maior ocorrência de injúria miocárdica (20,7% x 10,1%, $p < 0,001$). **Conclusões:** Nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva com COVID-19 e acometimento pulmonar grave, a ocorrência de injúria miocárdica foi o dobro em relação aos demais pacientes. Nos outros subgrupos, a prevalência de injúria miocárdica foi menor.

592

Desafios e Avanços: um Caso Clínico de Morte Encefálica e Doação de Órgãos no Hospital Estadual Alberto Torres

JULIANA PRADO DE SOUZA; HANS BOSSAN COTRIM; MONIQUE VIEIRA DE REZENDE SALES; DORYS FERREIRA BARRETO ALEXIM; THAYANNI SANTOS PESSANHA PANISSET; MILENA DA ROCHA DE ANDRADE; TATIANE PERES MACHADO; TATIANA ERTHAL DE ABREU
Faculdade Metropolitana São Carlos – Famesc – Bom Jesus do Itabapoana – RJ – Brasil
Hospital Estadual Alberto Torres – São Gonçalo – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A morte encefálica representa a perda irreversível de todas as funções cerebrais, sendo um marco crucial na prática médica contemporânea. Este estado, definido pela Resolução 2.173/2017, implica implicações médicas, éticas e legais, influenciando diretamente a tomada de decisões clínicas e a possibilidade de doação de órgãos, destacando-se como um tema de grande relevância no contexto da medicina moderna. **Relato do Caso**: Paciente masculino, 59 anos, sem comorbidades, admitido em estado grave no Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior, Glasqow 03, com hemorragia intraparietal identificada em tomografia craniana. Transferido para o Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), sua condição crítica incluía sedação, RASS -5, reflexos de tronco ausentes e ausência de drive respiratório. Sinais vitais mostravam frequência cardíaca de 80bpm, respiração a 22irpm, saturação de oxigênio de 96%, pressão arterial de 102x64 mmHg e temperatura axilar de 36°C. Bulhas hipofonéticas foram notadas na ausculta, apresentava instabilidade hemodinâmica tratada com aminas. A conduta envolveu culturas, troca de acessos, cateter vesical, termômetro esofágico, Noradrenalina, Vasopressina e antibióticos (Clavulin®), com dieta zero. Após 72 horas, a tomografia para avaliação do protocolo de morte encefálica (ME) foi possível. Durante o tratamento, ocorreram episódios febris e alterações, exigindo mudança de antibiótico para Tazocin. Exames revelaram potássio 5,1 mEq/L, CK 4486 U/L, leucócitos 12.700/mm³ (bastões 6%), plaquetas 96.000/mm³. Gasometria arterial apontou pH 7,32, PCO2 38 mmHg, PO2 398 mmHg. Em 21/12, nova tomografia confirmou hematomas intraparenquimatosos e hemorragia subaracnoide. O protocolo de ME iniciou às 17h, com exames e teste de apneia compatíveis. Laudo gráfico às 21h confirmou ausência de atividade elétrica cerebral. Protocolo fechado às 21h. Centro de Trauma acionado às 23:40h para captação de fígado, pele e osso. **Discussão:** Este caso salienta a relevância da Resolução 2.173/2017 na aprimoração do diagnóstico de morte encefálica, assegurando uma abordagem segura e confiável. A eficácia do protocolo permitiu a oportunidade de realizar a doação de órgãos, como meio de salvar vidas, contribuindo para a saúde e bem-estar de outros pacientes em espera por transplantes. Desse modo, o relato ilustra como a evolução nas metodologias diagnósticas pode impactar positivamente a prática clínica.

646

Impacto das Comorbidades Cardiovasculares na Mortalidade Aguda em Pacientes Internados com COVID-19

CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A pandemia de COVID-19 tem afetado milhões de pessoas em todo o mundo, com uma ampla gama de apresentações clínicas e desfechos. Dentre os fatores de risco que têm sido associados a desfechos adversos, as comorbidades cardiovasculares emergem como importantes determinantes de gravidade e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar o impacto das comorbidades pré-existentes na mortalidade aguda dos pacientes internados por COVID-19. **Materiais e Métodos**: Estudo observacional, retrospectivo, em pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva, com diagnóstico confirmado de COVID-19 por RT-PCR. As comorbidades cardiovasculares avaliadas foram: histórico de doença cerebrovascular ou cardiovascular estabelecida, diabetes, doença renal crônica com clearance <60ml/min e a presença de fatores de risco como hipertensão, obesidade ou idade >60 anos. O desfecho primário deste estudo é a mortalidade hospitalar por todas as causas. $P < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram incluídos 1686 pacientes, a idade média foi de 68,8 anos e 68,3% eram do sexo masculino. Ocorreram 246 (14,6%) óbitos no período do estudo. Em análise univariada, observou-se que, nos pacientes com idade >60 anos, houve maior mortalidade (81,7% x 42,1%, $p < 0,001$). Além disso, pacientes com doença cerebrovascular (4,5% x 0,5%, $p < 0,001$), doença arterial coronariana (9,8% x 3,5%, $p < 0,001$), hipertensão arterial sistêmica (73,6% x 46,2%, $p < 0,001$), diabetes mellitus (41,9% x 24,6%, $p < 0,001$) e doença renal crônica (11,4% x 3,5%, $p < 0,001$) também apresentaram maior mortalidade. Entretanto, não foi observado diferença de mortalidade quanto à presença de obesidade (23,6% x 28,2%, $p = 0,1508$). **Conclusões:** Em pacientes internados em unidade de terapia intensiva por COVID-19, a presença de comorbidades cardiovasculares associou-se a maior mortalidade hospitalar.

652

Dor Torácica Típica e Angina Microvascular

NATHALIA DUARTE CAMISÃO; RENATA MEXIAS ABDALA FELIX; ANNA KARLA DE SOUZA AMARAL ALONSO; MARIANA MORENO CANARIO DA SILVA; NATALIA DOMINGUES PAES LEME DE SOUZA; MIGUEL ANGELO RIBEIRO; ANDRE PAZOS TEIXEIRA
Hospital Norte D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A disfunção microvascular coronariana é definida como a síndrome clínica de angina, alterações isquêmicas eletrocardiográficas na ausência de DAC obstrutiva, é desencadeada por inflamação sistêmica de baixo grau induzida por fatores de risco cardiovascular convencionais. A fisiopatologia básica envolve vasodilatação microvascular prejudicada, levando a um aumento inadequado no fluxo sanguíneo para atender às demandas de oxigênio do miocárdio. **Relato do Caso:** DMP, história prévia de HAS, obesidade, ablação de TSVP, em acompanhamento ambulatorial devido a quadro de dor torácica típica (dor em aperto associado a esforço físico). ECG basal sem alterações. ECOTT com FSVE preservada sem alteração segmentar (FE=70%). Cintilografia miocárdica com dipiridamol sem isquemia. Solicitada angiotomografia de artérias coronárias: presença de aterosclerose coronariana de grau leve (Escore de cálcio=23). RNM cardíaca sem alterações. Encaminhada para investigação de tubo digestivo com EDA e esofagomanometria sem alterações significativas. Persistindo o quadro de dor torácica mesmo com duplo produto controlado, optamos por realização de cintilografia miocárdica e avaliação da reserva de fluxo coronariano (CFR), sendo portanto submetida a cintilografia miocárdica com protocolo de CFR (estresse com dipiridamol, sestamibi-99mTc e aquisição em gama-câmara com detector CZT). O exame mostrou ausência de isquemia induzida pelo estresse farmacológico, reserva de fluxo miocárdico global e por território coronariano reduzidas com comprometimento maior em território da coronária direita. Associado betabloqueador a terapia farmacológica com melhora significativa do quadro álgico. Paciente conseguiu iniciar atividade física e houve melhora da capacidade funcional. **Discussão:** A DMC normalmente resulta de vasodilatação prejudicada e/ou vasoconstrição excessiva. A avaliação invasiva da microcirculação coronária pode estratificar a terapia anti-isquêmica e guiar o melhor tratamento para o paciente. Os protocolos com a avaliação de fluxo miocárdico e da reserva de fluxo coronariano podem auxiliar na estratificação de risco desses pacientes, assim como descartar isquemia significativa. Os pacientes com angina microvascular são os que mais se beneficiam dessas novas ferramentas. No caso acima exposto, foi importante descartar a isquemia e confirar a alteração de perfusão na microvasculatura coronariana já que os exames pra estratificação foram normais.

653

Situação Atual da Pesquisa Latino-Americana sobre Doenças Pericárdicas: uma Análise Bibliométrica de Artigos da Biblioteca Virtual em Saúde

GABRIEL DE MORAES MANGAS; JOSE GREGÓRIO VALERO RODRIGUEZ; PAOLLA MARINHO CONTILDES; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; WENDER EMILIANO SOARES; ADOLPHO XAVIER DE CARVALHO FILHO; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A prevalência de doenças infecciosas e de neoplasias em estágio avançado na América Latina contrasta com a realidade de nações desenvolvidas, onde a maioria das pesquisas sobre pericardiopatias é realizada. Uma análise prévia do tema evidenciou a escassez de produção científica sobre o tema na América Latina. Assim, o presente estudo visa contribuir para o preenchimento dessa lacuna e melhorar o entendimento sobre o assunto na região. **Objetivo:** Realizar análise bibliométrica dos artigos publicados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre doenças pericárdicas na América Latina. **Materiais e Métodos:** A BVS foi pesquisada em fevereiro de 2024 para identificar o padrão de publicação sobre doenças pericárdicas na América Latina dos últimos 20 anos. Foram incluídos artigos que abordavam o pericárdio. Foram excluídos os artigos cuja instituição ou país de filiação não fossem da América Latina e os artigos que não abordaram doenças pericardiopatias. **Resultados:** 99 publicações de 164 encontradas na base de dados da BVS atingiram os critérios estabelecidos, sendo 49 deles de 2004-2013 e 50 de 2014-2023. Quanto ao tipo de publicação, houve predomínio de relato de caso (N=59), seguido por artigo original (estudos observacionais e ensaios clínicos) (N=22), revisão de literatura (N=11), resumo de congresso (N=4), série de caso (N=2) e relato de experiência (N=1). A maioria dos estudos foi conduzido por Brasil (N=59), Colômbia (N=17) e Cuba (N=6), havendo, também a presença de Argentina (N=5), Equador (N=3), Chile (N=2), México (N=2), Venezuela (N=2), Costa Rica (N=1), Uruguai (N=1) e Peru (N=1). Observa-se uma queda no número de publicações entre 2014 e 2023 em países como Brasil, México, Uruguai e Peru, enquanto os demais países da América Latina apresentaram aumento. O Brasil permaneceu como líder em quantidade de publicações durante todo o período analisado, com destaque para os autores Márcio Tonini (14 citações) e Robinson Poffo (12 citações). Obteve-se um total de 47, sendo 44 de trabalhos brasileiros, 1 argentino e 2 colombianos, todos nos últimos 10 anos. Em uma análise por sexo dos primeiros autores, visualiza-se a presença de 28 mulheres e 70 homens. **Conclusões:** Há discrepância expressiva entre autores homens e mulheres, com elas publicando menos sobre o tema; predomínio de relato de caso, evidenciando a carência de estudos originais e revisões sobre o tema; e necessidade de melhor colaboração científica entre os países da América Latina.

668

Trunfo Cardíaco: um Estudo Metodológico

MÁRIO ARTHUR RODRIGUES LARANJA; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA; CELINE LACERDA DE ABREU SOARES; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de incapacidade e morte no Brasil, correspondendo a um terço das mortes por todas as causas. Entretanto, apesar de seu destaque na sociedade, a falta de conhecimento científico numa linguagem acessível sobre como seus mecanismos de ação configuram-se no coração podem acarretar no diagnóstico tardio, falta de cuidados adequados e impacto negativo na qualidade de vida das pessoas afetadas. **Objetivo:** Elaborar um jogo interativo para atividades de educação em saúde para a sociedade. **Materiais e Métodos:** Estudo metodológico de desenvolvimento de jogo interativo. Foram selecionadas as DCV com maior prevalência na cardiologia. As descrições de cada doença foram elaboradas com auxílio de chatbot gratuito da OpenAI Chat GPT (https://chat.openai.com/) e revisadas por um especialista em cardiologia. **Resultados:** Foi desenvolvido no laboratório de Fabricação Digital Health, Science & Education Lab no formato do jogo "Super Trunfo" com 32 cartas que foram construídas para representar uma doença cardiovascular, onde possui atributos como gravidade, sintomas e tratamento e em seu verso contém esclarecimentos sobre a doença. **Conclusões:** O jogo configura-se como uma ferramenta inovadora que proporciona conhecimento sobre doenças cardiológicas, estimula a aprendizagem de forma interativa e promove a conscientização sobre a importância da saúde cardiovascular.

Referências Bibliográficas: 1. OLIVEIRA, G. M. M. de; WENGER, N. K. Considerações Especiais na Prevenção de Doenças Cardiovasculares nas Mulheres. Editorial. Arq. Bras. Cardiol. v. 118, n. 2, fev 2022.
2. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, Souza MFM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2022;118(1):115-373.

673

Avaliação da Hemodinâmica Central e do Sistema Nervoso Autônomo em Indivíduos Normotensos com História Familiar de Hipertensão

LAURA PREVITALI MORISSON; RAFAELA BRUM VELOSO DANTAS; CAROLINE LYRA MOREIRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO DA CUNHA; MARIO FRITSCH NEVES
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença hipertensiva aumenta em duas vezes o risco de doenças cardiovasculares, incluindo doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. Sendo assim, diversos estudos buscam encontrar marcadores precoces da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população. **Objetivo:** Avaliar a presença de alterações precoces vasculares e do sistema nervoso autônomo em indivíduos jovens normotensos com histórico familiar de hipertensão. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos, pressão arterial (PA) sistólica <140mmHg e diastólica <90mmHg e índice de massa corporal (IMC) <40 kg/m². Submetidos à avaliação clínica, antropométrica, parâmetros hemodinâmicos centrais avaliados pelo método oscilométrico (Mobil-O-Graph®) e tônus simpático por meio do frequencímetro Polar® Verity Sense. **Resultados:** A população do estudo (n=35) foi dividida em 2 grupos de acordo com a história familiar de hipertensão: grupo com filhos de normotensos (f-Normo, n=20) e grupo filhos de mãe e/ou pai hipertenso (f-HAS, n=15). Os grupos apresentaram média de idade (22±2 vs 23±2 anos, p=0,560), IMC (22,9±2,4 vs 24,0±4,0 kg/m², p=0,296) e pressão arterial (PA) sistólica (113±16 vs 112±11 mmHg, p=0,747) e diastólica (65±8 vs 69±8 mmHg, p=0,184) semelhantes. Na avaliação da hemodinâmica central, apesar de não haver diferença na PA sistólica central (98±9 vs 99±7 mmHg, p=0,616), o grupo f-HAS apresentou maior índice de incremento corrigido para frequência cardíaca de 75 batimentos por minuto (Aix@75, 8±10 vs 16±11 %, p=0,041). Na análise do tônus simpático, o índice de estresse (7,6±1,9 vs 10,8±4,1, p=0,005) e a frequência cardíaca (63±8 vs 70±9 bpm, p=0,042) foram significativamente maiores no grupo f-HAS. O intervalo batimento a batimento (iRR, 957±123 vs 867±114 ms, p=0,036), o desvio-padrão da média de todos os iRR normais (SDNN, 59±15 vs 45±17 ms, p=0,016), a raiz quadrada da média do quadrado das diferenças entre iRR normais adjacentes, em um intervalo de tempo (rMSSD, 65±23 vs 44±18 ms, p=0,008), a alta frequência (HF, 1832±1617 vs 880±751 ms², p=0,044) e o desvio-padrão das variabilidades de curto prazo (SD1, 46,4±16,41 vs 31,6±13,4, p=0,008) foram significativamente mais baixos no grupo f-HAS. **Conclusões:** Nesta amostra, os indivíduos normotensos, filhos de hipertensos, apresentaram evidências de maior reflexão da onda de pulso e maior atividade simpática em comparação com os filhos de normotensos.

675

Evolução IAMCSST e a Importância da Reabilitação Cardíaca – Relato de Caso

NATHALIA DUARTE CAMISÃO; ANDRÉ PAZOS TEIXEIRA; RENATA MEXIAS ABDALA FELIX; ANNA KARLA DE SOUZA AMARAL ALONSO; GABRIEL OTÁVIO DE MOURA MORAES; MIGUEL ANGELO RIBEIRO; NATALIA DOMINGUES PAES LEME DE SOUZA; DANIELE GUEDES ALLAN
Hospital Norte D`Or – Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O IAMCSST é uma condição clínica que exige intervenção imediata e com agilidade para garantir uma boa evolução clínica do paciente assim como perda mínima de músculo cardíaco.As medidas instituídas à época da alta hospitalar também são fundamentais no sucesso do tratamento, garantido melhora da capacidade funcional e retorna às atividades prévias o mais breve possível. **Relato do Caso:** SSC, 68 anos, portadora de talassemia minor, miopericardite prévia, admitida com quadro de dor torácica típica e ECG com supradesnivelamento segmento ST em parede anterior. Encaminhada para a hemodinâmica com tempo porta-balão em torno de 70 minutos: lesão subtotal de ADA extensa aos terços médio e distal- recanalização mecânica do vaso com 1 stent farmacológico sem intercorrências, fluxo TIMI 3. Pico de troponina ultrasensível de 11840. Ecocardiograma com disfunção grave de VE (FE=34% - Simpson) e acinesia dos segmentos basais, acinesia de segmentos médios anterior e lateral. Dupla antiagregração plaquetária com AAS e ticagrelor. Apresentou quadro de congestão pulmonar com melhora após diureticoterapia (espironolactona e furosemida). Após compensação clínica, iniciado sacubitril-valasartana e bisoprolol com bom ajuste de duplo produto. Realizada RNM cardíaca pois mantinha ECG com supra em parede anterior sugerindo aneurisma apical. RNM cardíaca: disfunção sistólica global do VE de grau leve Presença de infarto na porção médio-apical das paredes anterior e ântero-septal do VE/ O infarto é transmural apenas no segmento apical do VE/ O infarto é subendocárdico na porção médio-apical das paredes anterior e ântero-septal do VE/ Ausência de viabilidade miocárdica significativa apenas no segmento apical do VE/ ausência de trombos intracavitários. Recebe alta com indicação de início de reabilitação cardíaca. No teste cardiopulmonar inicial: capacidade aeróbica reduzida / Weber C / ineficiência aeróbica com baixa variação do consumo de oxigênio pelo incremento de carga. Após 3 meses, novo ECOTT com FSVE preservada FE= 54%, sem alteração segmentar, ECG sem alterações de repolarização e melhora da capacidade funcional. **Discussão:** A terapia de reperfusão no IAMCSST tem como objetivo o restabelecimento rápido do fluxo sanguíneo ao miocárdio, com objetivo de diminuir o tamanho da área infartada, preservar a função ventricular e diminuir a mortalidade a curto e a longo prazo. Assim como a terapia inicial deve ser objetiva, na alta é fundamental encaminhar esses pacientes para programa de reabilitação cardíaca.

682

Impacto da Mortalidade na Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) em Pacientes com COVID-19

LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A COVID-19 é uma doença associada a um maior risco de desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV), desencadeado pela elevação dos marcadores inflamatórios e distúrbios de coagulação. Pacientes com TEV possuem alta taxa de mortalidade, o que torna imprescindível o estabelecimento de medidas profiláticas nestes pacientes. **Objetivo:** Este estudo objetiva avaliar a eficácia de diferentes abordagens na profilaxia de TEV (mecânica, anticoagulação profilática e plena) em pacientes com COVID-19. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, onde a população analisada foi a de pacientes maiores de 18 anos, internados entre março/2020 a dezembro/2021, com diagnóstico confirmado de COVID-19 por RT-PCR e que receberam profilaxia mecânica por compressor pneumático (CPI), anticoagulação química profilática (enoxaparina 20mg/dia ou 40mg/dia) ou plena (enoxaparina >40mg/dia) de TEV durante a hospitalização. Foram excluídos pacientes com documentação de TEV. Foi realizada análise univariada através do teste de qui-quadrado. O desfecho primário deste estudo é a morte hospitalar. $P < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram incluídos 1669 pacientes, com média de idade 68,8 anos, sendo 68,3% do sexo masculino. Um total de 244 pacientes evoluíram para óbito (14,61%). Foi observada maior ocorrência de óbitos em pacientes que utilizaram anticoagulação plena (34,4% x 20,8%; p<0,001). Houve associação no uso de profilaxia química (49,5% x 77,5%; $p < 0,001$) e profilaxia mecânica (1,7% x 16,0%, $p < 0,001$) com a menor ocorrência de morte hospitalar. **Conclusões:** Em pacientes internados em unidade de terapia intensiva com diagnóstico de COVID-19, o uso de anticoagulação plena sem a documentação de TEV associou-se à maior mortalidade hospitalar.

679

Necrose da Gordura Epipericardica como Diagnóstico Diferencial de Dor Torácica

SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIRO FILHO; RAFAEL VILANOVA LIMA; MARCIA ALMEIDA LOPES PICANÇO; DANIEL GAMA NEVES; DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; EVANDRO TINOCO MESQUITA; MARIANA ANDRADE GUEDES
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A dor torácica é um sintoma frequente, tanto no contexto ambulatorial como nos serviços de urgência. Possui etiologias cardíacas e não-cardíacas, de prognóstico e tratamento muito diferentes. Embora a etiologia isquêmica não seja a mais prevalente, perdendo para as dores osteomusculares, a doença do refluxo e a dor psicogênica, a preocupação em torno dessa possibilidade se impõe. Entretanto, submeter pacientes com dor torácica e baixa probabilidade de doença coronariana (jovens e/ou sem fatores de risco) a exames complementares para avaliar tal condição produz erros diagnósticos, ansiedade e tratamentos supérfluos, com custos e riscos conflitantes. **Relato do Caso**: Paciente, sexo masculino, 25 anos, talassemia minor, história prévia de paniculite mesentérica, da entrada na emergência com quadro de dor torácica tipo D, ventilatório dependente, com 2 dias de evolução, bem localizada a direita, que piora a mobilização. Laboratorio de admissão com troponina normal. ECG em ritmo sinusal, com atraso de condução pelo ramo direito. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. AngioTC tórax sem evidencia de TEP. RM cardíaca sem realce tardio mesocardico ou pericárdico, porém após revisão detalhada evidencia sinais inflamatórios focais na gordura epicárdica do seio cardiofrênico direito sugestivo de necrose da gordura epipericardica em topografia álgica correspondente. Iniciado AINE com melhora evolutiva do quadro recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Discussão:** A necrose da gordura epipericárdica é uma causa incomum, benigna e autolimitada de dor torácica aguda, com sua prevalência exata desconhecida, apresentando apenas 35 casos relatados na literatura. Apresenta-se como dor torácica pleurítica de início recente em pacientes saudáveis, com exames complementares sem alterações significativas. A fisiopatologia tem sido descrita como idiopática ou relacionada a dano agudo a esse tecido adiposo, secundário a torção vascular, trauma ou sangramento microvascular. O diagnóstico será por exames de imagem como TC tórax e o tratamento conservador com uso de antiinflamatorios não esteroidais, seguindo acompanhamento regular. Embora pouco conhecida e, portanto, subdiagnosticada, é um importante diagnostico diferencial de dor torácica aguda que deve-se ter em mente visando diminuir erros diagnosticos em pacientes jovens com baixo risco cardiovascular.

Referências Bibliográficas: CMAJ 2019 December 16;191:E1378-81. doi: 10.1503/cmaj.190703. Giassi KS, Costa AN et al. Epipericardial fat necrosis: an underdiagnosed condition.

702

A Eficácia e Segurança do Tenecteplase Versus Alteplase para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise

LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; MATHEUS HENRIQUE GONÇALVES SOUZA; MARIANA BALBI; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; MARIA JULIA JURKOVICH; BRUNO FERRAZ
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Estudos recentes apontam que a tenecteplase (TNK) como um fármaco promissor para substituir a alteplase como o tratamento padrão para acidente vascular cerebral isquêmico agudo (AVC isquêmico agudo) devido ao seu menor custo e a sua meia-vida mais longa. Nesse sentido, nós avaliamos a eficácia e segurança da TNK comparado à alteplase. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e segurança da TNK comparado à alteplase e placebo. **Métodos:** Uma revisão sistemática da literatura foi realizada comparando TNK versus alteplase e placebo em pacientes com AVC isquêmico agudo, foi realizada de acordo com as diretrizes PRISMA. Bancos de dados, incluindo PUBMED, Cochrane Library e Embase foram consultados. Nós usamos uma razão de risco (RR) para desfechos dicotômicos apresentados com intervalo de confiança (IC) de 95% correspondente. **Resultados:** Foram incluídos 10 estudos randomizados, nos quais foram analisados 4.165 pacientes no total. A meta-análise sugeriu que s TNK leva a uma boa recuperação neurológica (RR: 1.02 com 95% de IC [0.88; 1.18], P<0.01) e a uma maior recanalização (RR: 1.19 com 95% de IC [1.07; 1.31], P=0.58). A alteplase apresentou menores sintomas de hemorragia intracraniana (RR: 1.13 com 95% de IC [0.79; 1.62], P=0.73) e de parênquima hematoma (RR: 1.06 com 95% de IC [0.53; 2.12], P=0.06). Além disso, TNK foi similar à alteplase em relação a mortalidade nos primeiros 90 dias (RR: 0.99 com 95% de IC [0.84; 1.17], P=0.24). **Conclusões:** A TNK apresentou eficácia terapêutica quanto a recuperação neurológica dos pacientes vítimas de AVC isquêmico agudo. Entretanto, a TNK não demonstrou uma segurança maior comparado à alteplase.

705

Perfil Clínico e Prognóstico dos Pacientes Idosos com Insuficiência Cardíaca Aguda com Fração de Ejeção Reduzida, Levemente Reduzida e Preservada

MARCELO WESTERLUND MONTERA; LOUISE FREIRE; ANA DUTRA AMARAL; FABIOLA TRAVERSO; ANDRE VOLSCHAN
Hopsital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Não observamos na literatura estudos sobre desfechos em pacientes idosos com insuficiência cardíaca aguda (ICA) relacionados aos diferentes tipos de fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), sendo necessário estudos que demonstrem o perfil destes pacientes (pcts). **Objetivo:** Avaliar nos pcts idosos com ICA, o impacto dos diferentes tipos de FEVE nos desfechos de mortalidade intra-hospitalar; tempo de internação e taxa de readmissão em 30 dias. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de pcts idosos (idade>60 anos) internados com diagnóstico de ICA no período de 2015 a 2022. Os pcts foram agrupados de acordo com a FEVE avaliada pelo ecocardiograma na admissão em ICA c/ FEVE reduzida (ICFER:FEVE £40%); FEVE levemente reduzida (ICFELR:FEVE 41% a 49%); e FEVE preservada (ICFEP:FEVE³50%). Nos três grupos foram avaliados as características clinicas, NT-proBNP e as taxa de mortalidade intra-hospitalar (MIH), tempo de internação (TI) e taxa de readmissão (TR) em 30 dias. **Resultados:** Um total de 1640 pcts tiveram o diagnóstico de ICA sendo 664(40%) c/ICFER, 730c/ICFEP(44%) e 246 (16%) c/ICFELR. Na analise das variáveis clinicas os pcts c/ICFER apresentavam uma idade média menos elevada em relação aos demais grupos (ICFER: 77,5±12 anos; ICFELR:81,5± 10 anos; ICFEP:82±16 anos;p<0,0001) e níveis mais elevados de NT-proBNP (ICFER:10400; ICFELR:5500; ICFEP:4105; p<0,0001). Os pcts c/ICFEP apresentavam maior prevalência do sexo feminino (p<0,0001), hipertensão arterial (P=0,009), fibrilação atrial(P<0,0001); DM (P=0,07); e menos eventos relacionados a doença coronariana (ICFER:62,5%; ICFELR:62,4%; ICFPE:46,1%; P<0,0001). Em relação aos desfechos não foram observados diferenças quanto ao TI (ICFER:6 dias; ICFELR:6 dias; ICFEP:6,5 dias; p=0,3); MIH (ICFER:6,8%; ICFELR:4,8%; ICFEP:5,7%;p=0,4), Na analise de regressão logística nas variáveis clinicas somente a presença de DAC demonstrou ser indicador de maior MIH(OR:1,62;IC:1,0 a 2,6;p=0,04). Quanto a TR em 30 dias, tb não encontramos diferença entre os diversos tipos de FEVE (ICFER:6,3%; ICFELR:5%; ICFEP:7,6%; p=0,3). **Conclusões:** Nos pcts idosos internados com ICA os pcts com ICFER e ICFELR apresentam perfil clinico semelhante.e diferenciados da iCFEP. Os diferentes tipos de FEVE apresentaram prognóstico semelhante quanto aos desfechos de mortalidade intra-hospitalar;tempo de internação e taxa de readmissão em 30 dias. Portanto todos os pcts idosos com ICA devem ter a mesma prioridade terapêutica independente da FEVE.

706

Miopericardite como Apresentação Isolada de Febre Reumática em Paciente Jovem sem Acometimento Valvar

SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIROS FILHO; RAFAEL VILANOVA LIMA; DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A febre reumática ainda é uma doenca prevalente nos tempos atuais, sobretudo nos países em desenvolvimento. Deflagrada por uma infeccão pelo Streptococcus β-hemolítico do grupo A, pode afetar pacientes geneticamente predispostos. A cardite reumática é a mais importante das manifestacões clínicas e pode gerar sequelas incapacitantes e de grande impacto para o indivíduo, devendo ser bem compreendida visando diagnóstico e tratamento adequados. **Objetiva do Caso:** Paciente 18 anos, sexo masculino, sem comorbidades, praticante de atividade física regular, da entrada na emergência devido dor torácica súbita em aperto que piora aos mínimos esforços e em decúbito dorsal, sem irradiação, associada a náuseas e parestesia em mãos. Relata quadro gripal recente com história de amigdalites de repetição. ECG sem alterações isquêmicas agudas. Troponina positiva em pico (1300 > 702 > 299). ECOTT com função sistólica normal, hipocinesia inferior e ínfero lateral. AngioTC coronárias sem doença coronariana detectável. RM cardíaca com sinais sugestivos de processo inflamatório miocárdico em atividade com edema e realce tardio não isquêmico. Diante da epidemiologia solicitado laboratorio que confirmou ASLO e antiDNAse B elevadas. Iniciado tratamento com Benzetacil a cada 28 dias, mantendo-se assintomático desde então. **Discussão:** A manifestação clínica mais relevante da doença é o acometimento cardíaco e se caracteriza, na maioria das vezes, por valvulite, em especial das valvas mitral e aórtica, que pode se cronificar e originar sequelas incapacitantes. O diagnóstico de febre reumática ainda se baseia em um grupo de critérios: os critérios de Jones. No presente caso, o paciente não apresenta lesões valvares, recebendo seu diagnóstico após um quadro de Miopericardite. O desenvolvimento de miocardite aguda pós-viral é bem definido na literatura, no entanto, diagnósticos diferenciais precisam ser aventados na ausência etiológica clara. Dentre eles, encontra-se a febre reumática. Apesar da manifestação cardíaca predominante relacionar-se ao acometimento do aparato valvar, seu diagnóstico é essencialmente clínico, e pode comprometer agudamente o miocárdio. Um aspecto patognomônico da FR que ocorre em 80% a 90% dos casos de miocardite reumática são os nódulos de Aschoff. Nesse contexto, a ocorrência de miocardite reumática aguda é incomum e de tratamento imunossupressor ainda incerto, merecendo maior destaque visando diagnóstico precoce.

707

Perfil Clínico dos Pacientes com Takotsubo que Evoluíram com Choque Cardiogênico: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WESTERLUND MONTERA; FABIO FERNANDES; LOUISE FREIRE; PEDRO GABRIEL MELO BARROS; ADRIANO MENDES CAIXETA; BERNARDO ABREU; DANIELLI OLIVEIRA COSTA LINO; VICTOR SALVATORE BARZILAI
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os pacientes com Takotsubo (Tk) usualmente evoluem com bom prognóstico intra-hospitalar. O perfil clinico dos pacientes que evoluem com Choque Cardiogênico (CC), não estão bem definido no Brasil e nos grandes registros internacionais. **Objetivo:** Definir o perfil dos pacientes hospitalizados com Tk que evoluíram com CC e sem CC (Tk-ñCC). **Materiais e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Os pacientes foram separados em Tk-CC e Tk-ñCC, onde foram avaliadas as variáveis clinicas,ECG, ecocardiograma (ECO) e coronariografia(CAT) na admissão hospitalar. Foi realizado analise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk-CC. **Resultados:** 448 pacientes hospitalizados com Tk sendo que 66 pacientes (16,6%) evoluíram com Tk-CC. Os pacientes com Tk-CC demonstraram maior prevalência de sexo masculino (20% VS 9,7%; P=0,01); apresentação clinica de PCR (17% VS 1%; P<0,0001); EAP(15,4%% VS 5,5%%; P<0,003); Infecção(20% vs 9,9%;p=0,01. No ECG a presença de FA/Flutter(19,7% vs 6,3%;p=0,0003) foi o única variável associada com Tk-CC. No ECO a alteração segmentar de Balonamento(44% VS 33%;P=0,07) e disfunção do VD(10,8% VS 3,8%; P=0,01) apresentaram associação Tk-CC. A presença de Dor torácica (29% VS 80%; P<0,0001), Inversão de onda T (15,2% VS 32%; P=0,006) no ECG e de DAC obstrutiva no CAT (26% vs 36%; p=0,03) demonstraram associação com Tk-ñCC. Na regressão logística as variáveis PCR(OR:16; IC95%:3,8-68; p=0,0001) Gatilho pós-procedimento(OR:7,9;IC 95%:3,0-20;p<0,0001); Gatilho Fisico (OR:4;IC95%:1,8-8,7;p=0,0003), FA/Flutter (OR:2,8;IC 95%:1,0-5,8;p=0,03) demonstram associação de Tk c/CC. E as variáveis Dor toráxica (OR:0,2;IC 95%:0,1-0,4;P<0,0001)e inversão de onda T(OR:0,31;IC95%;013-07;P=0,008) com Tk-ñCC. **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou uma significativa associação de Tk com evolução para CC os pacientes com apresentação clinica de PCR, gatilho pós-procedimento,gatilho físico e com FA/Flutter atrial na admissão hospitalar. A presença de dor toráxica e inversão de onda T no ECG demonstraram associação com menor desenvolvimento de CC.

731

Embolia Pulmonar e Paradoxal na Vigência de Forame Oval Patente: um Relato de Caso

DANIEL ANTONIO CAETANO SÓ; CAROLINE HENRIQUES DE MATTOS; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; PEDRO PAULO NOGUÈRÉS SAMPAIO; IAN FERREIRA PILDERWASSER; JOSÉ ARY BOECHAT SALLES; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Hospital Samaritano – Botafogo – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto do Coração Edson Saad/UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O acidente vascular cerebral criptogênico (AVCiC) representa 1/3 de todos os eventos isquêmicos. O forame oval patente (FOP) está presente em 40-50% dos pacientes com história de AVCiC. Apesar da alta prevalência, seu o manejo neste contexto ainda é controverso. **Relato do Caso:** Mulher, 44a, obesa, tabagista, em uso de anticoncepcional oral, foi admitida com hemiparesia facio-braquio-crural direita e afasia, 24h após uma viagem de avião e com 16h de evolução. Tomografia de crânio (TCC) com hipodensidade extensa em território de artéria cerebral média (ACM) esquerda e angiotomografia com oclusão na origem do mesmo vaso. Doppler venoso revelou trombose proximal extensa em membro inferior direito, ECG normal, porém ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com sobrecarga e disfunção do ventrículo direito, além de possível FOP. Angiotomografia de tórax confirmou embolia pulmonar bilateral. ECOTT com microbolhas demonstrou "shunt" do átrio direito para o esquerdo, corroborado pelo doppler transcraniano, sugerindo embolia paradoxal. Apresentava ainda anticoagulante lúpico positivo e 3 abortos prévios, compatíveis com síndrome do anticorpo antifosfolipídio (SAF). Devido à contraindicação inicial à anticoagulação, realizado implante de filtro de veia cava. Após 2 semanas, foi iniciada anticoagulação, sem complicações. A paciente recebeu alta em uso de varfarina com programação de fechamento do FOP e retirada do filtro de cava. **Discussão:** O fechamento do FOP deve ser individualizado. Jovens com tromboembolismo venoso concomitante ao AVC parecem apresentar maior benefício. A possibilidade de embolização paradoxal a partir da circulação venosa profunda constitui a principal justificativa da oclusão, considerando os riscos do procedimento e a gravidade de um novo evento.

734

Prevalência de Miocardite Pós-COVID-19: uma Revisão de Escopo

MARCELO MACIEL
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A pandemia causada pela doença do coronavírus 2019 (COVID-19) demonstrou seu alto potencial de morbi-mortalidade. Contudo, apesar de ser uma patologia que atinge principalmente o trato respiratório, pode ocorrer complicações cardiovasculares levando a uma rápida deterioração do quadro clínico. Nesse contexto, se torna crescente a busca por respostas para possíveis repercussões clínicas da doença, dentre elas, a miocardite. **Objetivo:** Esse estudo se propõe avaliar a prevalência de miocardite pós-COVID-19, visando explorar os principais aspectos fisiopatológicos, métodos diagnósticos e abordagem terapêutica dessa inter-relação, considerando potenciais impactos na saúde cardiovascular dos pacientes infectados pelo vírus SARS-COV-2**. Materiais e Métodos:** Nesta revisão, a busca eletrônica foi conduzida nas seguintes bases de dados: Medline, Scielo, Pubmed. Os descritores utilizados (myocarditis, Covid-19, coronavírus, SARS-CoV-2, heart diseases, heart failure) estavam inseridos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). **Resultados:** A lesão miocárdica pelo vírus SARS-Cov-2 parece acontecer por dois mecanismos diferentes: ação direta ou por induzir o aumento de citocinas inflamatórias. Foi evidenciado que comorbidades associadas e a idade avançada dos pacientes se mostraram fatores correlacionados com a miocardite pós-COVID-19. O diagnóstico da miocardite é realizado por meio da suspeita clínica, juntamente com métodos diagnósticos não invasivos, mas a confirmação só é possível com a análise histológica obtida pela biópsia endomiocárdica. O tratamento dessa doença pode envolver terapêutica antiviral e imunossupressora. **Conclusões:** Os dados atuais sugerem que a COVID-19 é uma patologia que pode levar a lesão miocárdica com vários espectros clínicos, incluindo a miocardite. Dessa forma, por ser um tema ainda recente e controverso, percebe-se que os dados disponíveis necessitam ser aprofundados por meio de novas pesquisas para avançar na compreensão da miocardite pós-COVID-19, visto que o entendimento dessa relação tem implicações importantes para a gestão clínica e saúde a longo prazo dos pacientes.

735

Perfil Epidemiológico, Clinico e Evolutivo da Takotsubo no Brasil: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WESTERLUND MONTERA; FABIO FERNANDES; ADRIANO MENDES CAIXETA; VERA MARIA COURY SALEMI; PEDRO GABRIEL MELO BARROS; GUSTAVO DUQUE; MARCUS VINICIUS SIMÕES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O perfil clinico e de métodos complementares e a evolução da Takotsubo (Tk) no Brasil não estão bem caracterizadas devido a falta de um registro nacional da população brasileira. **Objetivo:** Estabelecer as características clinicas e dos métodos complementares e a evolução intra-hospitalar e pós alta dos pacientes com Tk no Brasil. **Materiais e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional,multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria).Foram avaliados as características clinicas, ECG, ecocardiograma(ECO) , ressonância magnética cardíaca (RMC) ,e coronariografia(CAT) e desfechos clínicos intra-hospitalar e ambulatorial até 12 meses. **Resultados:** 448 pacientes foram incluidos, com Idade média de 70 ± 14,6 anos, com maior prevalência de mulheres (88,4%). A presença de gatilho foi identificado em 70,4%. As apresentações clinicas mais comuns foram dor toráxica (72,6%) e insuficiência cardíaca aguda (27,7%). No ECG observamos supra do segmento ST em 34,3%, inversão da onda T em 29,4% e s/alteração (19%). O ECO apresentou FEVE de 45 ± 13%, com alteração segmentar e regiões apical (96%), Medio (5,2%) e basal (2,4%), com balonamento (35,7%) ,acinesia(64,5%) e hipocinesia (29,5%),e acometimento do VD (4,8%). A FEVE recuperou em 67% durante a internação e 100% em 60 dias pós alta hospitalar.129 pacientes fizeram RMC, com realce tardio positivo em 29,4%: mesocárdico (31%) transmural(33%), endocárdico (41%) e epicárdico(30,8%), e edema (29,2%). CAT c/ DAC sem relação com a alteração segmentar em 24%. Os pacientes evoluíram com FA/Flutter (8,3%);Choque Cardiogênico(14,7%) ;IRA(22,1%)e 7,3% com Morte intra-hospitalar. No seguimento de 1 ano pós-alta foi observado uma taxa acumulativa de recorrência de Tk (0,8%), readmissão por DCV (2,6%) e mortalidade total (0,8%) respectivamente. **Conclusões:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou características clinicas e de exames complementares semelhantes aos dos registros internacionais com predomino de dor toráxica com alteração do segmento ST. Apresentou uma MIH de 7,3% e choque cardiogênico em 14,7%, demonstrando que Tk não é uma patologia de baixo risco nos desfechos intra-hospitalares. Em 12 meses pós alta demonstrou uma baixa taxa de recorrência, readmissão hospitalar e mortalidade, caracterizando um prognóstico benigno a longo prazo.

737

Mortalidade Intra-Hospitalar dos Pacientes com Takotsubo: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WSETERLUND MONTERA; FABIO FERNADES; MARCUS SIMÕES; BERNARDO NOYA ABREU; LOUISE FREIRE; WOLNEY MARTINS; JOSE RIBAMAR COSTA JUNIOR; LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Takotsubo tem como caraterística um balonamento apical do ventrículo esquerdo agudo e reversível. Não estão bem caracterizados nos grandes registros assim como no Brasil as características dos pacientes com Tk que evoluem com mortalidade hospitalar (MIH). **Objetivo:** Determinar a taxa de MIH e o perfil dos pacientes com Tk que evoluíram com MIH. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da Internacional Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram comparadas as variáveis clinicas,terapêutica pré e intra-hospitalar),ECG, ecocardiograma e coronariografia(presença de doença coronariana obstrutiva) dos pacientes que evoluíram com MIH versus os que sobreviveram. Foi realizado analise univariada com qui-quadrado e teste de T para amostras independentes, para definição das variáveis significativas e regressão logística-stepwise (para p<0,1) na identificação das variáveis associadas a MIH. **Resultados:** 448 pacientes foram admitidos com Tk, onde foi observado uma taxa de MIH de 7,5 %. Os pacientes do sexo masculino (15,4% vs 6,3%; P=0,01) e idade mais avançada (73,4vs 67±14; P = 0,01), apresentaram uma maior MIH. Na analise de regressão logística, foram identificadas as variáveis relacionadas a MIH : EAP(OR:5,6;IC-95%:1,8-16;p=0,001); Idade>61anos (OR:4,5; IC-95%:1,1-17; p=0,02) uso de vasopressina (OR:4,2; IC-95%:1,4-15,1; p=0,02) e NE(OR:3,0; IC-95%:1,1-10; p=0,03).O uso durante a internação de Betabloqueador(OR:0,4; IC-95%:0,1-1,1p=0,08) e IECA/BRA (OR:0,3; IC-95%:0,1-1,0; p=0,02) demonstram serem variáveis relacionadas a menor MIH. **Conclusões:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou que os pacientes de sexo masculino com idade mais avançada, com apresentação de EAP e que fizeram de uso de Vasopressina e NE, demonstraram associação com maior MIH. Os pacientes que fizeram uso de BB ou IECA/BRA apresentaram menor MIH, indicando que estes fármacos poderiam ter ação cardioprotetora ou como indicadores de melhor prognóstico na Tk.

738

Estenose Aórtica e Insuficiência Mitral Graves em Pacientes de Alto Risco: o Que Fazer?

ALICE GARCIA VIEGA SANTOS; MARCELO WETERLUNND MONTERA; LUIZ ANTONIO CARVALHO; ARNALDO RABISCHOFFSKY; LUIS ANTONIO ALMEIDA CAMPOS; ANDRE VOLSCHAN
Hospital Pró-Cardiaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, observamos um aumento da prevalência da associação de valvopatias com doença coronariana em pacientes com alto risco de intervenção cirúrgica, sendo necessário o estabelecimento de soluções percutâneas de intervenção de alta complexidade. **Relato do Caso**: Paciente, masculino, 89 anos admitido na emergência com edema agudo pulmonar hipertensivo, PA= 210x100mmHg, sinusal ao monitor, NTproBNP 5.760 pg/ml, D-dímero 1250 ng/ml e troponina normal. Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e hipertrofia ventricular esquerda (HVE) ao ECG. Ao ecocardiograma transtorácico (ECOTT) FEVE: 62%, insuficiência mitral grave com rotura de cordoalhas junto a comissura medial (P3/A3), insuficiência tricúspide(IT) moderada, PSAP= 68 mmhg, e estenose aórtica grave, com gradiente VE-Ao máximo de 37,9mmHg e médio de 20.9mmHg,velocidade máxima de 3m/s, e area valvar indexada= 0,4 cm2/m2. Cinecoronariografia evidenciou uma lesão importante em ACDA de 90% em terço médio. Apresentava alto risco de mortalidade cirúrgica, de 10%, pelo EuroScore II e altíssimo risco pelo STS score com 30%. Foi definido por Heart Team valvar uma abordagem com angioplastia transluminal percutânea coronariana (PTCA) do terço médio da DA e implante percutâneo de válvula aórtica transcateter (TAVI) no primeiro momento, e definição da necessidade de correção da IM em segunda etapa. Após a realização dos procedimentos, manteve IM grave, IT moderada e PSAP de 55mmhg. Paciente recebeu alta hospitalar assintomático com otimização terapêutica. Evolui em 5 meses em classe funcional NYHA II-III, sendo indicado abordagem percutânea da IM, com reparo transcateter borda a borda com clipagem – com MITRAClip. Foi realizado o implante de dois MITRAclipes, um na comissura medial e outro mais lateral, com redução significativa da IM, IT moderada com queda da PSAP para 30 mmHg. Recebeu alta hospitalar,evoluindo assintomático, sem readmissão hospitalar. **Discussão:** A abordagem valvar múltipla com concomitante lesão coronariana por técnicas percutâneas em pacientes com alto risco cirúrgico demonstra ser a opção terapeutica com benefícios na melhora clinica, redução de reinternações e aumento da sobrevida dos pacientes.

759

Embolia Pulmonar com Rápida Resolução com Uso de rt-PA Intra-Arterial

DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIROS FILHO; VICTOR MENEZES DA CUNHA MOUTINHO; LEONARDO AGUIAR LUCAS; RAFAEL VILANOVA LIMA; THIAGO RIBEIRO MATTOS; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição clinica potencialmente fatal com uma ampla variedade de apresentações clinicas, sendo considerada a terceira causa de morte cardiovascular no mundo, atras somente do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. **Relato do Caso:** Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminina, 76 anos, portadora de hipertensão arterial, atendida na sala de emergência com queixas de dor torácica pleurítica, taquicardia, dispneia súbita de dessaturação após longo período de imobilidade devido viagem de avião. O exame físico inicial mostrava PA de 110 x 72 mmHg, FC 114 bpm. Sat O2 88% (ar ambiente). Foi realizado ECG que mostrava taquicardia sinusal. Troponina 100 ng/mL e NT-probBNP 9000 pg/mL. Realizou ecocardiograma que mostrava disfunção do ventrículo direito (VD) e PSAP de 55 mmHg. Realizado escore de Wells que mostrou alta probabilidade para TEP. O escore de PESI foi classe II que indicava risco moderado de mortalidade. Foi realizada angiotc de tórax que confirmou embolia pulmonar bilateral. De acordo com o protocolo hospitalar para TEP a paciente foi anticoagulada com enoxaparina e encaminhada para reperfusão com fibrinolítico em dose reduzida (1mg/h) intra-arterial na sala de hemodinâmica. 24 horas após início da reperfusão foi encaminhada a sala de hemodinâmica sendo confirmado a reperfusão pulmonar. **Discussão:** Frente a uma paciente com suspeita de TEP a primeira decisão é determinar a probabilidade pré-teste utilizando o escore de Wells seguido da estratificação de mortalidade pelo PESI. Confirmado o diagnóstico de TEP as opções de tratamento se baseiam na presença ou não de disfunção do VD e também alteração nos marcadores laboratoriais. Até recentemente a decisão de terapia de reperfusão com trombolítico sistêmico ou trombectomia aspirativa mecânica, junto ao anticoagulante eram reservadas para alguns casos de TEP maciça em pacientes com instabilidade hemodinâmica. Hoje em dia há um crescente interesse clinico no tratamento de reperfusão para os pacientes com TEP submaciço com estabilidade hemodinâmica. A opção terapêutica com baixa dose EV ou a dirigida por cateter abriu a oportunidade para o tratamento de pacientes que apresentam risco moderado de morte e estabilidade clínica. Neste caso devido a contraindicação relativa, idade da paciente >75 anos, para a trombólise sistêmica com rt-PA venoso, fizemos a opção pela lise intra-arterial feita com rt-PA em dose como descrito no PERT CONSORTIUM afim de reduzir as limitações funcionais.

779

Tromboembolismo Pulmonar em Jovem Tabagista de Cigarro Eletrônico com Perna Imobilizada

DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; ALESSANDRA RODRIGUES DA SILVA; MARCIA DE ALMEIDA LOPES PICANÇO; MARIANA DE ANDRADE GUEDES; ANNA MARIA AMARAL DE OLIVEIRA; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; MATHEUS DE CARVALHO MULLER; VICTOR MENEZES DA CUNHA MOUTINHO
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A embolia pulmonar (TEP) é uma patologia multifacetada, por vezes de difícil reconhecimento, podendo ter sintomas frustros até quadros graves que levam o paciente rapidamente ao Cor Pulmonale agudo seguido de choque e até óbito. **Relato do Caso**: Mulher jovem de 43 anos, obesa, COVID grave em 2022, tabagista de cigarro eletrônico, com fratura em pé esquerdo após queda da própria altura, sendo imobilizada e assim permanecendo nos últimos 20 dias. Relata evoluir de forma bem marcada nos últimos 2 dias com quadro de cansaço, dor ventilatório dependente em hemitórax esquerdo, taquicardia e síncope (com hipotensão ortostática). Os sinais vitais revelaram PA 100x60mmhg, FC 120bcpm Sat O2 91% em ar ambiente – 97% com oxigênio a 3L/min Ao exame físico chamou atenção a diminuição dos ruídos respiratórios à esquerda. Os escores de estratificação de risco de Wells indicaram risco moderado/alto. Troponina (>40ng/ml), Nt proBNP (>3.000pg/ml), D-dímero (>10.000ng/ml). ECG taquicardia, S1Q3T3, BRD. Ecocardiograma transtorácico revelou aumento das cavidades direitas, com disfunção grave do ventrículo direito e PSAP 66mmhg. Angio TC de Tórax demonstrou TEP maciço bilateral pior a esquerda. Doppler venoso de membro inferior esquerdo confirmou trombo de aspecto recente em gastrocnêmica e fibular. A paciente foi encaminhada para o CTI tendendo a instabilidade clínica. Por não possuir contraindicação à terapia de trombólise química, ou seja, baixo risco de sangramento, foi realizado rtPA 100mg em 2h, além da anticoagulação plena com enoxaparina. Após administração do agente trombolítico a paciente relatou melhora dos sintomas. Alta do CTI em 2 dias para enfermaria em uso de anticoagulante oral. Repetiu ECOtt com queda da PSAP 24mmhg e função sistólica do VD normal. No 5º dia refez Angio TC que observou reperfusão por completo à direita e sinais de trombo residuais persistindo à esquerda. **Discussão:** A base para o tratamento de TEP é a anticoagulação. Porém há uma variedade de situações onde o paciente parece estar descompensado, mas ainda está normotenso e se beneficia da terapia de reperfusão. Como a decisão de administrar trombólise é repleta de dificuldades, muitos centros criaram equipes de resposta rápida ao TEP. (PERT) para definir cada tratamento de forma individualizada. O caso relatado trata de uma mulher jovem com múltiplos fatores de risco, que foi submetida à trombólise sistêmica com sucesso, garantindo a paciente rápida melhora clínica e redução da cronicidade da doença.

764

Insuficiência Cardíaca em Apresentação Não Usual

JULIA HENRIQUE COSTA; JULIA HENRIQUE COSTA; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; TATHIANA FONTES FERREIRA BALTHAZAR; TATHIANA FONTES FERREIRA BALTHAZAR; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; RENATO MACIEL DE ARANTES; RENATO MACIEL DE ARANTES; BARBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; BARBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; LUIS HENRIQUE CARVALHO SA; LUIS HENRIQUE CARVALHO SA; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO
Hospital Caxias D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Insuficiência cardíaca descompensada é uma das principais causas de hospitalizações de pacientes cardiopatas, destacando a necessidade de conhecimento e manejo adequado desta patalogia, bem como da investigação clínica das suas principais etiologias. Descartadas as principais causas de IC, é importante conhecer e saber diagnosticar o que foge do comum. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 42 anos, natural e residente do Rio de Janeiro, portadora de hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial permanente, doença renal crônica dialítica com transplante renal em 2001 e posterior perda de enxerto renal, em diálise por fístula arteriovenosa de alto débito com múltiplas abordagens prévias, apresentando quadro de dispneia classe funcional NYHA III associado a edema de membros inferiores e aumento de volume abdominal. Relato de múltiplas internações prévias por insuficiência cardíaca descompensada com predomínio de insuficiência ventricular direita. Ao exame, apresentava sinais clínicos de congestão pulmonar e sistêmica. Realizado ecocardiograma transtorácico com sinais de sobrecarga volumétrica e evidência de função ventricular esquerda preservada, regurgitação valvar mitral moderada, grave refluxo tricúspide, cavidades direitas aumentadas e ventrículo direito disfuncionante. Descartados principais diagnósticos diferenciais de insuficiência ventricular direita. Angiotomografia pulmonar negativa para tromboembolismo pulmonar e angiotomografia de coronárias sem evidência de doença arterial coronariana obstrutiva. Optado por desligamento da fístula arteriovenosa como possível fator precipitante de insuficiência cardíaca de alto débito e disfunção de ventrículo direito. Paciente apresentou melhora clínica significativa, retornando atividades habituais, sem novas hospitalizações por insuficiência cardíaca descompensada. Ecocardiograma transtorácico realizado um ano após o desligamento da fístula evidenciou melhora significativa da função do ventrículo direito, reversão das alterações hemodinâmicas com retorno das cavidades aos volumes normais e melhora significativa do refluxo tricúspide. **Discussão:** Descartados diagnósticos diferenciais de insuficiência ventricular direita, concluiu-se tratar de importante sobrecarga volêmica secundária a fístula arteriovenosa de alto débito, evidenciando a importância de sempre levar em consideração as causas menos usuais de insuficiência cardíaca associada a disfunção de ventrículo direito.

786

Embolia Paradoxal com AVE Isquêmico em Paciente Jovem – Relato de Caso

CLARICE DE CASTRO CARVALHO; SÁVIO ALVES MANCEBO AZANHAS; CAMILA BESSA GUILHERME; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; CLAUDIA CORREIA GORINI
Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Cerca de 40% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) criptogênicos são causados devido a presença de Forame Oval Patente (FOP), com maior prevalência em pacientes jovens. O quadro é evidenciado devido a presença de FOP em somente 23% dos pacientes com aterosclerose de grandes vasos e com faixa etária mais elevada. É necessária uma investigação prévia para a exclusão de outras etiologias ainda mais comuns para concluir que há uma relação causal do AVE isquêmico (AVEi) e do FOP (Mattoso, 2023; Kuijpers 2018). **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 24 anos, tabagista com carga tabágica de 13 maços/ano, usuário de substâncias ilícitas, busca auxílio médico na Unidade de Pronto Atendimento com quadro de síncope e desorientação. Encaminhado para hospital referência e realizada Tomografia Computadorizada de Crânio, evidenciando áreas hipodensas em região nucleocapsular esquerda, comprimindo o ventrículo lateral ipsilateral, compatível com injúria isquêmica aguda em topografia de artéria cerebral média. Ausência de déficit focal, parestesia, plegia, disartria ou alterações visuais na admissão. Realizado diagnóstico de AVEi e internação hospitalar em enfermaria de clínica médica para investigação etiológica. ECG com bradicardia sinusal, Ecodoppler de carótidas e vertebrais sem alterações e Ecocardiograma Transtorácico com presença de shunt esquerda-direita espontâneo, compatível com FOP, confirmado pelo Ecocardiograma Transesofágico (ECO-TE). Realizado contato com equipe de cirurgia cardíaca e transferência para correção cirúrgica do defeito cardíaco. Após 37 dias de internação paciente foi transferido para intervenção cirúrgica com Amplatzer, recebendo alta hospitalar em bom estado geral e hemodinamicamente estável. **Discussão:** O FOP está presente em mais de 25% dos adultos, sendo relacionado ao AVE pela embolia paradoxal. Neste quadro, o coágulo da circulação venosa periférica passa para a circulação atrial por meio do shunt ou pela trombose in situ no FOP, e indiretamente por meio da suscetibilidade a arritmias. Existem indicações de que a atividade elétrica do átrio esquerdo pode ser alterada com o FOP, aumentando assim o risco de AVE. Neste sentido, é importante investigar causas de formação de trombo em paciente jovem sem outros fatores de risco.

802

Resposta Cardiovascuar ao Exercício de Prensão da Mão em Homens e Mulheres Jovens Recuperados da COVID-19

ROBERTO DE SOUZA; HELENA MIGUENS ROCHA; BEATRIZ DIVINO; NATALIA GALITO ROCHA; ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA; ELIZA PRODEL COELHO
UFF – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: As alterações fisiopatológicas causadas pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, pode resultar em sequelas duradouras no sistema. Dessa forma, uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da COVID-19 e das possíveis alterações subclínicas em indivíduos recuperados da COVID-19, são fundamentais para projetar e implementar medidas para mitigar a morbimortalidade relacionada. **Objetivo:** Investigar as respostas cardiovasculares e sensibilidade do controle barroreflexo cardíaco, durante o exercício de preensão com a mão, em homens e mulheres jovens 3 a 4 meses após a recuperação de sintomas moderados da COVID-19. **Método**: A frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e débito cardíaco (CO) foram medidos batimento a batimento, e a sensibilidade barorreflexa calculada pela regressão linear entre a PA sistólica e os intervalos RR, durante bolus de drogas vasoativas, em repouso e durante o exercício dinâmico de preensão manual, em um grupo não COVID (controle) e um grupo recuperado da COVID-19 (3 - 4 meses após a infecção por SARS-Cov2). **Resultados:** Vinte e sete participantes foram submetidos ao protocolo experimental, o grupo não COVID (GNC) foi composto por seis homens (idade 30±9 anos, peso 84±18 kg e altura 177±7 cm) e cinco mulheres (idade 25±3 anos; peso 65± 6 kg e altura 164 ± 9 cm) e o grupo recuperado da COVID (GRC) foi composto por seis homens (idade 30 ± 7 anos; peso 74 ± 6 kg e altura 173 ± 7 cm) e dez mulheres (idade 25 ± 9 anos, peso 58 ±6 kg e altura 162 ± 7 cm). Não houve diferença entre os grupos em relação aos dados antropométricos. A FC de repouso foi semelhante entre os grupos (GNC: 67±10 bpm; GRC 69±10bpm; p=0,29) e aumentou de forma semelhante durante o exercício de preensão manual. A PA sistólica no grupo recuperado da COVID está maior em repouso (GNC: 122±12 mmHg; GRC: 135±10 mmHg; p=0,04), mas o aumento durante a preensão manual foi semelhante. **Discussão:** Os principais achados deste presente estudo são: 1) a pressão arterial sistólica em repouso do grupo recuperado da COVID é maior do que a do grupo não COVID; 2) O débito cardíaco durante o exercício de preensão de mão, em homens e mulheres saudáveis de 3 a 4 meses após a recuperação de sintomas moderados da COVID-19, está aumentado quando comparado com o grupo não COVID ; 3) sensibilidade barorreflexa cardíaca é semelhante entre os grupos, tanto no repouso, quanto durante o exercício de preensão de mão.

830

Dor Torácica Recorrente em Mulher Jovem

SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIROS FILHO; MARCIA ALMEIDA LOPES PICANÇO; RAFAEL VILANOVA LIMA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; ANNA MARIA AMARAL OLIVEIRA; MARIANA ANDRADE GUEDES; MATHEUS CARVALHO MULLER
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Cerca de 70% dos pacientes submetidos à angiografia coronária por angina e evidência de isquemia miocárdica não tem artérias coronárias obstrutivas, mas têm isquemia demonstrável. A INOCA (Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries) é uma condição heterogênea caracterizada clinicamente por dor torácica de etiologia isquêmica na ausência de doença arterial coronariana obstrutiva, que impõe importante prejuízo de qualidade de vida, além do aumento do risco de eventos cardiovasculares. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 30 anos, hipotireoidismo desde 14 anos, da entrada na unidade com quadro de dor precordial em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, associada a pré sincopes e dispneia durante atividade física de forte intensidade. Relata que tais sintomas iniciaram em 2022 com episódios recorrentes de precordialgia e episódio isolado de síncope durante esforço em fevereiro de 2023. ECG e troponina normais. Durante teste de esforço apresentou dor precordial típica. AngioTC coronárias com escore de cálcio zero, sem obstruções. RM cardíaca com função sistólica preservada, sem sinais de isquemia estresse induzida. Diante disso, após recorrência de dor precordial aos esforços com múltiplas reinternações, realizada cintilografia de estresse com adenosina CZT D-SPECT com pesquisa de reserva de fluxo coronariano onde a paciente apresentou dor torácica opressiva similar às demais, ECG com alterações isquêmicas além de reserva de fluxo coronariano no limite inferior da normalidade configurando-se inadequada para sua faixa etária e corroborando com o diagnóstico de INOCA, com melhora importante após inicio do tratamento. **Discussão:** A INOCA representa cerca de 10% da incidência de infarto agudo do miocárdio, sendo mais frequente em mulheres jovens. Os mecanismos envolvidos no surgimento dos sintomas e da isquemia não são totalmente compreendidos e parecem ser multifatoriais. Refere-se às coronárias epicárdicas com obstrução menor que 50% à angiografia ou reserva de fluxo fracionado >0,8, na qual a disfunção microvascular coronariana e o vasoespasmo epicárdico, isoladamente ou em combinação com doença arterial coronariana, são mecanismos adjuvantes da isquemia miocárdica. É subdiagnosticada e, portanto, nenhuma terapia personalizada é prescrita. Estudos mostram que está associada a prejuízos na qualidade de vida e aumento do risco de morte e acidentes vasculares comparado à população geral, principalmente se sintomaticos, devendo ser adequadamente diagnosticada e tratada.

819

Tratamento Percutâneo de Má Formação Congênita do Ducto Torácico em Jovem Atleta com Quilopericárdio: um Relato de Caso

ELLEN ELIZABETH MACEDO BARROSO; MARCELE DA COSTA QUESADA MANÇANO; VICENTE . RAMOS; RAFAEL BRAZ LEVIGARD; RENAN CABRAL CEVAROLLI; ANDRESSA LEAL GONÇALVES; BRUNO PORTAVALES CASARI; DAVID BARROSO AMAR
IDOMED – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Relato de caso de uma jovem atleta de 15 anos diagnosticada com má formação congênita do ducto torácico, resultando em quilopericárdio. Após uma abordagem percutânea bem-sucedida, houve completa resolução da condição. **Relato de Caso:** H.A.C.P, 15 anos, sexo feminino, bailarina profissional, procurou emergência pediátrica com queixa de dor abdominal difusa sem outros sintomas. Realizada tomografia computadorizada abdominal sendo observada a presença de volumoso derrame pericárdico. A paciente foi submetida a realização de uma janela pleuropericárdica para a drenagem do líquido cujo aspecto era de quilopericárdio, dando saída a 1300 ml. Após o procedimento a paciente permaneceu internada pela persistência do derrame e para a investigação diagnóstica de doenças infecciosas, neoplásicas e autoimunes que foram todos negativos. O ecocardiograma evidenciou coração estruturalmente normal. Ao cessar a drenagem espontânea recebeu alta com orientação de manter repouso. Retornou a emergência dois meses após com queixas de dispnéia e dor torácica devido a esforço físico sendo realizado diagnóstico de recidiva do quilotórax sob a forma de derrame pleural esquerdo. Durante a internação foi realizada linfangiografia sendo diagnosticada malformações no ducto torácico em dois sítios. Após discussão multidisciplinar optou-se pela embolização percutânea do ducto torácico pela equipe de radiologia intervencionista. Realizada a cateterização da cisterna do quilo e a interposição de "coils" na porção superior do ducto torácico seguida pela embolização do mesmo com cola cirúrgica. O procedimento foi realizado sem intercorrências e obteve sucesso apesar da difícil cateterização da cisterna do quilo. Recebeu alta após realizar ecocardiograma com mínimo derrame pericárdico residual sendo recomendada reabilitação cardíaca por 6 meses. **Discussão:** O desafio desse caso tem início na apresentação de uma dor abdominal inespecífica sem outros sintomas associados não constituindo um quadro sindrômico. A abordagem multidisciplinar e investigações adicionais destacam os desafios diagnósticos enfrentados em casos raros e complexos. A escolha da embolização percutânea surge como opção terapêutica levando-se em consideração os resultados poucos satisfatórios das cirurgias presentes na literatura.

841

Desafios Clínicos da Gestação após Tratamento de Miopericardite e Embolização Percutânea do Ducto Torácico: um Relato de Caso

ELLEN ELIZABETH MACEDO BARROSO; MARCELE DA COSTA QUESADA MANÇANO; ANA PAULA COSTA FILIPPE KAMHAJI; MARACHEILA PRATES PAGE DRUMOND; RENAN CABRAL CEVAROLLI; ANDRESSA LEAL GONÇALVES; BRUNO PORTAVALES CASARI; DAVID BARROSO AMAR
IDOMED – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Este relato descreve o caso clínico de uma jovem atleta submetida a tratamento prévio de quilopericárdio por embolização percutânea do ducto torácico devido má formação congênita. Após 1 ano a paciente desenvolveu miopericardite. Ao final do tratamento a paciente engravidou. Essa situação clínica complexa levanta desafios no manejo da gestação de alto risco exigindo uma abordagem multidisciplinar visando a adequada decisão terapêutica a fim de garantir a viabilidade materno-fetal. **Relato de Caso:** H.A.C.P, sexo feminino, 17 anos, buscou atendimento em emergência pediátrica apresentando queixas de dor torácica, febre e taquicardia. O exame físico e exames complementares foram sugestivos de miopericardite confirmada por ressonância nuclear magnética cardíaca. No ano anterior a paciente foi submetida com sucesso a fechamento percutâneo do ducto torácico após diagnóstico de má formação congênita manifesta por quilopericárdio. No episódio atual, a paciente evoluiu comtaquicardia sinusal persistente e sintomática, não responsiva a monoterapia com bisoprolol em dose plena, tornando-se necessário a associação de ivabradina para controle da frequência cardíaca e dos sintomas. Observou- se aumento progressivo do NT- pró-BNP sendo monitorado pela possibilidade de evolução para taquicardiomiopatia. Optou- se por não realizar a biópsia endomiocárdica devido a manipulações prévias. O tratamento da miopericardite seguiu o protocolo preconizado na Diretriz da SBC. Um mês ao fim do tratamento a paciente recebeu diagnóstico de gravidez sendo orientada no pré–natal sobre a impossibilidade de levar a gestação à termo. A evolução da gestação foi satisfatória apesar de uma infecção por COVID- 19 com sintomas leves. A partir da 33ª semana manifestou taquicardia e dispnéia indicando-se a cesárea na 34ª que ocorreu com nascimento de um concepto saudável. **Discussão:** O caso destaca a complexidade de conduzir uma gestação em uma paciente que já fora submetida a drenagem de quilopericárdio e a embolização percutânea para correção da má formação do ducto torácico e posteriormente quadro de miopericardite. Ao término do tratamento, recebeu o diagnóstico de gravidez considerada de alto risco pelas patologias anteriores. Considerando a escassez de relatos semelhantes descritos na literatura enfatizando o desafio da condução do caso pelas suas características.

845

A Influência dos Determinantes Sociais e Políticas Públicas na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil (1980-2019)

LUAN LIMA CAVALCANTE VILAÇA; LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIA JULIA JURKOVICH; MARIANA BALBI PACHECO; PAOLO BLANCO VILLELA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte globalmente e são fortemente influenciadas por fatores sociais e políticos. No Brasil, onde existem grandes desigualdades sociais e disparidades no acesso à saúde, entender como esses fatores impactam as taxas de mortalidade é crucial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção. **Objetivo:** Investigar o impacto dos determinantes sociais da saúde e das políticas públicas sobre as tendências de mortalidade por doenças cardiovasculares, especificamente Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doença Isquêmica do Coração (DIC), no Brasil entre 1980 e 2019, com ênfase nas variações regionais. **Materiais e Métodos:** Análise longitudinal dos dados de mortalidade por DAC e DIC no Brasil, correlacionando as taxas de mortalidade padronizadas por idade com indicadores de desenvolvimento social, como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), em um período de quatro décadas. Utilizamos métodos estatísticos para examinar as diferenças regionais e a associação entre os determinantes sociais, as políticas públicas de saúde e as taxas de mortalidade. **Resultados:** O estudo identificou um total de 14.100.832 óbitos por DAC e DIC no período, com uma tendência nacional de redução nas taxas de mortalidade, de aproximadamente 52,1% para DAC e 44,5% para DIC. A análise regional revelou diferenças significativas: enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram declínios substanciais, o Norte, Centro-Oeste e Nordeste variaram de estabilidade a aumento nas taxas. Observou-se uma correlação inversamente proporcional significativa entre as taxas de mortalidade e o IDHM (r=0,89 para DAC e r=0,84 para DIC) e uma correlação diretamente proporcional com o IVS (r=0,49 para DAC e r=0,53 para DIC), indicando a influência dos determinantes sociais na saúde cardiovascular. **Conclusões:** Este estudo evidencia a importância dos determinantes sociais e das políticas públicas na modulação das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. As disparidades regionais apontam para a necessidade de estratégias de saúde pública mais direcionadas e contextualizadas, que considerem as especificidades socioeconômicas de cada região. Reforça-se a urgência de integrar ações em saúde com políticas de desenvolvimento social e redução da vulnerabilidade para combater as doenças cardiovasculares de maneira mais efetiva no país.

4
Cardiologia da Mulher

409

Internações por Insuficiência Cardíaca em Mulheres no Brasil nos Últimos 5 Anos

ANA CAROLINA PIRES DE AZEVEDO; ANA BEATRIZ DE ALMEIDA TEIXEIRA; JADY OLIVEIRA BALBINO E CASTRO; MAHENDRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO; MANASSÉS RODRIGUES SILVA; MILENA DE OLIVEIRA PEREIRA; VANESSA DE ALMEIDA SOARES; ALICE MELO BIANCHINI RICHA STORK
UNIFAA – Centro Universitário de Valença – Valença – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença grave, de alta prevalência e grande impacto na saúde pública levando a internações hospitalares de forma recorrente. Na mulher, as internações se justificam pelas diferenças metabólicas que proporcionam um maior acúmulo de adipócitos viscerais, queda de hormônios ovarianos, além de fatores de risco ligados ao sexo, como Síndrome do Ovário Policístico, uso de contraceptivos orais e alta recorrência de doenças inflamatórias e autoimunes. **Objetivo:** O objetivo do estudo é analisar e descrever os índices de internações por Insuficiência Cardíaca nas mulheres no Brasil nos últimos 5 anos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo acerca das internações por Insuficiência Cardíaca de Janeiro de 2019 à Novembro de 2023. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIM/SUS), pertencente ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo como variáveis: sexo feminino, internações, caráter de atendimento, faixa etária e regiões brasileiras. Uma das limitações do estudo foi a ausência de dados sobre a etiologia dessa IC. **Resultados:** A análise de Insuficiência Cardíaca em mulheres no Brasil entre janeiro de 2019 e novembro de 2023, mostrou que houve um total de 442.157 internações, entre elas 23.638 (5,34%) de caráter eletivo e 418.519 (94,6%) de urgência. A região Sudeste teve o maior número de casos da Federação contando com o total de 192.441 (43,52%), quanto ao Centro-Oeste teve o menor número com 28.618 (6,47%). A faixa etária com maior número de internadas foi de 60-79 anos, contando com 217.790 (49,25%) e a faixa etária com menor número de internadas foi 10-19 com 1.834 (0,41%). **Conclusões:** Portanto, os dados coletados e analisados neste estudo reforçam a importância da Insuficiência Cardíaca na mulher como um problema de saúde pública. A concentração maior de casos encontra-se a região sudeste e na faixa etária entre 60 e 79 anos. Sendo assim, destaca-se a necessidade de ações direcionadas a fim de diminuir a quantidade de internações e garantir qualidade de vida às pacientes.

Referências Bibliográficas (OPCIONAL): ALENCAR, A. K. N. DE . et al.. Relações entre a Redução de Estrogênio, Obesidade e Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 6, p. 1191–1201, 2021. OLIVEIRA, G. M. M. DE . et al.. Posicionamento sobre a Saúde Cardiovascular nas Mulheres – 2022. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 119, n. 5, p. 815–882, 2022.

581

Disparidades de Gênero nos Casos de Infarto Agudo do Miocárdio: Análise Demográfica e Implicações Regionais no Estado do Rio de Janeiro

JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; WENDER EMILIANO SOARES; ROGÉRIO MARTINS OLIVEIRA; VINICIUS RAMOS OLIVEIRA; AMANDA MARIA SOUSA FELIX; LARA FAZOL COUTO; ANA CAROLINA GARCIA GIORI; ADRIANA MUNFORD LIMA PIMENTEL
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma patologia significativa na saúde pública e de alta prevalência mundial, com considerável incidência e letalidade. A literatura atual aponta diferenças na apresentação clínica, estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo da síndrome coronariana aguda em mulheres. Sendo assim, é de suma importância avaliar a relação entre hospitalização e desfecho clínico do IAM no sexo feminino no estado do Rio de Janeiro (RJ). **Objetivo:** Analisar a distribuição demográfica de hospitalizações e óbitos decorrentes de IAM em ambiente hospitalar, destacando as disparidades entre os sexos e as regiões de saúde do RJ ao longo de um período de dez anos. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo de dados secundários fornecidos pelo DATASUS, no período de 2013 a 2023. Avaliado taxas de mortalidade, número de internações por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** No período ocorreu um total de 105.053 internações no estado do RJ, com a Região Metropolitana I (RM I) apresentando o maior número de casos (48.350). Homens tiveram 66.617 internações, enquanto as mulheres tiveram 38.436. As taxas de mortalidade por IAM foram de 10,7 para homens e 14,7 para mulheres. As RM I e II e Noroeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade e internações para ambos os sexos. No entanto, para o sexo feminino, a RM I, embora apresenta maior taxa de internação e menor taxa de mortalidade em comparação com a II. **Conclusões:** Apesar da predominância de internações por IAM em homens, a taxa de mortalidade é maior entre as mulheres. A possível influência, na morbidade e mortalidade, de fatores de risco mais frequentes em mulheres do que em homens, como maior agravo na terapia de reperfusão em mulheres jovens, fatores sexo-específicos, como a menopausa precoce, e a manifestação de sintomas atípicos. Há também destaque para o estresse psicossocial, o qual estudos apontam que duplica o risco de eventos cardiovasculares e é três vezes mais frequente no sexo feminino. O estresse, muitas vezes, deriva dos múltiplos papéis sociais que mulheres exercem, com demandas no âmbito do mercado de trabalho e desigualdades domésticas. As diferenças regionais nas taxas de mortalidade sugerem a necessidade de estratégias de saúde pública customizadas. Estes achados são cruciais para o desenvolvimento de políticas direcionadas à prevenção e tratamento eficaz do IAM, visando a melhoria dos resultados de saúde e a otimização dos recursos financeiros no sistema de saúde.

502

Avaliação de Dispnéia em Gestante na Urgência e o Uso de Scores de Predição Combinado com USG a Beira Leito para Tomada de Decisão – Relato de Caso

NATHALIA SUZAN CAMARÃO SILVA MARTINS; NATHALIA STEPHAN PADILHA; FLAVIA BATTISTUZ; GABRIELA DE SOUZA FARIAS BRANDÃO; JOÃO BATISTA DE ALMEIDA JUNIOR; MARIA CANDIDA OLIVEIRA DE ARRUDA; VINICIUS MATEUS CAMARÃO ORTIZ; LOUISE MANCUZO DUARTE FERREIRA
Universidade de Cuiabá – Cuiabá – Mato Grosso – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As emergências obstétricas abrangem uma ampla gama de eventos com risco de vida durante a gravidez, parto e pós-parto, incluindo complicações diretas da gestação e doenças prévias agravadas pela gravidez. É fundamental capacitar para identificar e tratar doenças cardiovasculares durante a gravidez para atingir excelência e diminuir desfechos ruins. O ultrassom à beira do leito pode ser uma ferramenta valiosa, de baixo custo e amplamente disponível, para auxiliar na detecção de alterações cardiorrespiratórias em mulheres grávidas com sintomas inespecíficos, sem necessidade de contrastes ou radiação. **Relato do Caso:** Paciente, primigesta, idade gestacional 21S e 6D, referindo episódios de dispneia recorrente aos médios esforços á aproximadamente 12 dias, com piora progressiva. Posteriormente, evoluiu com dor torácica inframamária esquerda de caráter ventilatório dependente. Refere repouso prolongado devido hiperêmese gravidica. Ao exame fisico sat 89% em ar ambiente, PA 120/80, fc 124 bpm, ausculta pulmonar normal e cardiaca com ritmo taquicardico sem sopros. Ecg demostrando taquicardia sinusal realizado usg a beira leito, mostrando: – presença de VD dilatado com relação VD/VE>1 e Sinal de McConnal; – Veia Cava Inferior ingurgitada; – Pico sistólico gradiente valvar tricúspide 55 mmHg (VR<60 mmHg); – TAPSE medido em modo M de 16 mm (VR<16mm); – Refluxo discreto em valva tricúspide; Dosagem de D-dímero:853 e Troponina:124. Utilizando escore de Wells e dados da historia, exame físico e usg beira leito, a hipotese foi de tromboembolismo pulmonar, sendo então realizado enoxaparina 1mg/kg 12/12h. A paciente teve melhora significativa com terapia anticoagulante. Evoluiu com melhora de dispneia sem alteração de parâmetros fetais. Ecocardiograma transtorácico 15 dias apos mostrou: Ventrículo direito no limite superior da normalidade, TAPSE: 20 mm, Ausência de hipertensão pulmonar e Insuficiência tricúspide de grau discreto. **Discussão:** Doenças cardiovasculares durante a gravidez, como cardiomiopatias e valvulopatias, podem causar sintomas como dor precordial e dispneia, sendo o tromboembolismo pulmonar uma das complicações mais associadas. O ultrassom à beira do leito, cada vez mais utilizado em situações de emergência, pode desempenhar um papel crucial na identificação rápida e de baixo custo dessas condições, especialmente quando há treinamento padronizado e acesso ao equipamento. Novos estudos podem avaliar se dados ultrassonográficos podem melhorar os critérios de diagnóstico atuais.

660

Cardiomiopatia Periparto em Jovem Após Aborto: um Relato de Caso

BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES
Hospital Geral de Nova Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Cardiomiopatia Dilatada (CMD) é um grupo de doenças de etiologias variadas que se caracterizam por dilatação ventricular com disfunção contrátil. É a principal causa de Insuficiência Cardíaca (IC) em pacientes sem outras anormalidades cardíacas, com mortalidade de 75% em 5 anos. A Miocardiopatia Periparto é uma das causas fatais e incomuns de CMD. Ela pode acontecer a partir do 2º trimestre da gestação até os primeiros 5 meses de puerpério. A incidência é maior entre mulheres negras, multíparas, em idade materna mais avançada ou na presença de síndrome hipertensiva da gravidez. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 31 anos, negra, sem comorbidades prévias, sem história de uso de drogas, admitida em serviço de emergência com quadro de dispneia progressiva, pior aos pequenos esforços e em ortostase, associada a tosse e edema em membros inferiores (MMII). Possui relato de aborto espontâneo 2 meses antes do início dos sintomas. Ao exame físico, apresentava-se lúcida, acianótica, normotensa, dispneica, eucárdica, dessaturando em ar ambiente, com turgência de jugular patológica. Aparelho cardiovascular com presença de bulhas hipofonéticas, e aparelho respiratório com crepitação pulmonar em bases, além de edema simétrico em MMII 3+/4+. Após estabilização hemodinâmica, realizou tomografia de tórax, que evidenciou derrame pleural à direita e aumento da área cardíaca. O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Ecocardiograma transtorácico demonstrou hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção 20%, aumento das câmaras cardíacas, disfunção diastólica Tipo III, valva mitral com aspecto de pinheiro tombado, insuficiência tricúspide moderada e trombo aderido em ponta de VE. Após realização de exames para investigação da etiologia da IC, foram descartadas as etiologias isquêmicas, infecciosas, autoimunes e metabólicas. Sendo assim, foi diagnosticada com Miocardiopatia Periparto e recebeu alta após compensação do quadro, encaminhada para seguir acompanhamento em ambulatório de Cardiologia. **Discussão:** A Miocardiopatia Periparto tem caráter idiopático, porém processos infecciosos, inflamatórios ou autoimunes podem estar relacionados, assim como estresse oxidativo e desequilíbrio angiogênico e da prolactina. Trata-se de um diagnóstico de exclusão e o manejo inclui uso de medicações para tratamento de IC com fração de ejeção reduzida associadas a carbegolina ou bromocriptina.

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):28-30

701

A Influência dos Determinantes Sociais e Políticas Públicas na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil (1980-2019)

ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES

Objetivo: Investigar o impacto dos determinantes sociais da saúde e das políticas públicas sobre as tendências de mortalidade por doenças cardiovasculares, especificamente Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doença Isquêmica do Coração (DIC), no Brasil entre 1980 e 2019, com ênfase nas variações regionais. **Materiais e Métodos:** Análise longitudinal dos dados de mortalidade por DAC e DIC no Brasil, correlacionando as taxas de mortalidade padronizadas por idade com indicadores de desenvolvimento social, como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), em um período de quatro décadas. Utilizamos métodos estatísticos para examinar as diferenças regionais e a associação entre os determinantes sociais, as políticas públicas de saúde e as taxas de mortalidade. **Resultados:** O estudo identificou um total de 14.100.832 óbitos por DAC e DIC no período, com uma tendência nacional de redução nas taxas de mortalidade, de aproximadamente 52,1% para DAC e 44,5% para DIC. A análise regional revelou diferenças significativas: enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram declínios substanciais, o Norte, Centro-Oeste e Nordeste variaram de estabilidade a aumento nas taxas. Observou-se uma correlação inversamente proporcional significativa entre as taxas de mortalidade e o IDHM (r=0,89 para DAC e r=0,84 para DIC) e uma correlação diretamente proporcional com o IVS (r=0,49 para DAC e r=0,53 para DIC), indicando a influência dos determinantes sociais na saúde cardiovascular. **Conclusões:** Este estudo evidencia a importância dos determinantes sociais e das políticas públicas na modulação das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. As disparidades regionais apontam para a necessidade de estratégias de saúde pública mais direcionadas e contextualizadas, que considerem as especificidades socioeconômicas de cada região. Reforça-se a urgência de integrar ações em saúde com políticas de desenvolvimento social e redução da vulnerabilidade para combater as doenças cardiovasculares de maneira mais efetiva no país.

743

Miopericardite em Puérpera como Manifestação Inicial de Lúpus Eritematoso Sistêmico

CLARISSA THIERS; BRUNO RUBSTEIN; RAQUEL OLIVEIRA SANTOS; PAULA VANESSA DE OLIVEIRA; GABRIEL DE MATTOS TREIGER; FERNANDA RODRIGUES; ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO SERPA
Americas Medical City – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) as manifestações cardíacas estão presentes em cerca de 50% dos pacientes. Entretanto, como sintoma proeminente no momento do diagnóstico é observado em até 1% dos pacientes. O LES comumente afeta mulheres jovens lactantes, onde mialgia, fadiga e envolvimento mucocutâneo em forma de rash e hipersensibilidade são frequentes – devendo ser cogitado em puérperas e lactantes diante de sintomas de poliartralgia, edema articular, linfadenopatia e piora da função renal, o que configura maior gravidade da doença e necessidade de corticoterapia em doses elevadas. **Relato do Caso**: Relatamos o caso de mulher de 29 anos, puérpera, admitida com suspeita inicial de arbovirose dada a febrícula e plaquetopenia. Queixava-se de piora de classe funcional (NYHA II/III), edema de mãos e pés - atribuídos, pela mesma, ao puerpério e privação de sono. A investigação para arbovirose foi negativa. Diante dos achados de disfunção cardíaca moderada, hipocinesia difusa, linfadenopatia generalizada, piora progressiva da função renal (cr 1,8 mg/dL) e proteinúria (3g/24h), sem HAS, com VHS 110 mm, FAN (1/640), anti-RNP, anticoagulante lúpico, anti-cardiolipina, anti-SN e anti-RNP elevados, o diagnóstico de LES se impunha, motivando inicio de metilprednisolona (500 mg/dia por 3 dias) e hidroxicloroquina 400 mg ao dia após preparo com ivermectina (12 mg), promovendo melhora da função renal e recuperaçao parcial da função cardíaca. **Discussão:** No período puerperal observa-se redução da tolerância imunológica observada na gestação, onde LES pode manifestar-se com sintomas que mimetizam patologias outras comuns nessa população – como edema, dispnéia, plaquetopenia, piora da função renal no cenário de proteinúria, fazendo suscitar os diagnósticos prováveis de miocardiopatia periparto, eclâmpsia e pré-eclâmpsia. A maior incidência de arbovirose no período atual surgiu como fator de confundimento, retardando o diagnóstico etiológico, assim como a suspeita de doença linfoproliferativa também como diagnóstico diferencial a ser descartado. O diagnóstico clínico e tratamento precoce são fundamentais na redução de morbi-mortalidade nessa população de alto risco.

5
Cardiologia Intervencionista

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):31-36

370

Implante Percutâneo de Prótese Biológica Aórtica para Tratamento de Disfunção Aguda de Prótese Mitral: um Relato de Caso

AUGUSTO DAS NEVES AZEVEDO; PEDRO PAULO NOGUÈRES; FREDERICO RUZANY; RICARDO CRESPO CORVISIER; RICARDO MIGUEL GOMES CARVALHO FRANCISCO; SALOMON ISRAEL DO AMARAL; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Hospital Samaritano – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A deterioração das próteses valvares biológicas ocorre por mudanças intrínsecas permanentes da sua estrutura, como calcificação, queda de folheto e fibrose, que eventualmente levam à sua disfunção. A partir do oitavo ano pós-implante, este processo ocorre de forma acelerada. Considerando que os riscos de uma reoperação muitas vezes são proibitivos, os procedimentos percutâneos estão sendo utilizados de forma crescente neste contexto. **Relato do Caso**: Homem, 86a, coronariopata, portador de prótese biológica em posição mitral (2011), procura a emergência devido à dispneia rapidamente progressiva e tosse. Ao exame, apresentava ritmo regular, pressão arterial normal e ausência de sopros significativos, apesar da taquipneia e sinais de congestão pulmonar. Ecocardiograma mostrava insuficiência mitral grave devido ao desabamento de uma das lascíneas da prótese, fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada, porém com aumento do ventrículo direito e PSAP 110 mmHg. Evoluiu com difícil compensação clinica, sendo necessário início de terapia de substituição renal contínua. Considerando o elevado risco de uma nova cirurgia (STS: mortalidade de 8,2%), foi optada pela realização de intervenção percutânea com prótese aórtica biológica em posição mitral. O procedimento foi realizado com sucesso, sem disfunção valvar residual. O paciente não apresentou novas intercorrências, inclusive recuperando a função renal antes da alta hospitalar. **Conclusão:** Embora a cirurgia cardíaca para correção de disfunção protética seja ainda o método preferencial, existe uma demanda pelo desenvolvimento de técnicas menos invasivas. Nesse cenário, o implante valvar percutâneo tem se tornado uma alternativa segura e eficaz nas patologias da válvula aórtica. Embora existam menos estudos nas disfunções de próteses mitrais, o caso relatado sugere que as intervenções percutâneas também poderão ser uma opção potencial de tratamento nestes casos, principalmente quando o risco cirúrgico for elevado.

405

Desafio Diagnóstico Durante Implante Percutâneo de Válvula Aórtica

BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES
Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) é uma terapia alternativa à cirurgia tradicional de troca valvar aórtica, sendo atualmente uma terapia consolidada. Dentre as complicações existentes, a delaminação da válvula nativa é de raro diagnóstico. **Relato do Caso:** V.F.C., 78 anos, IMC 34,3 kg/m2 hipertensa, diabética, obesa, portadora de fibrilação atrial, com história de câncer de mama com irradiação mediastinal, apresenta dispnéia aos médios esforços. Ecocardiograma exibe estenose aórtica severa, com área valvar de 0,7 cm2, gradiente médio de 47 mmHg e máximo de 79 mmHg e regurgitação aórtica leve. Não haviam lesões obstrutivas à coronariografia. A paciente vinha em uso de marevan 5 mg mg qd, enalapril 20 mg bid, furosemida 40 mg 1d; propafenona 300 mg tid; dapaglifozina + metformina 10+1000 mg qd; e rosuvastatina 20 mg qd. Os escores de risco STS: 5,54% (moderado). Devido à irradiação mediastinal prévia, foi decidido e Heart Team pela terapia transcateter. Angiotomografia de aorta com área de ânulo aórtico de 450 mm2, perímetro de 76 mm, diâmetro máximo de 27 mm e mínimo de 21 mm, com presença moderada de cálcio em serio coronariano esquerdo. A altura de coronárias >12 mm. Acesso femoral favorável. Decidiu-se por implante de válvula auto-expansível Portico 27 mm. O procedimento foi realizado sob anestesia geral, com ecocardiograma transesofágico. Administradas 10.000 U de heparina não fracionada. Posicionado balão Z-MED II 20x40 mm para realizar pré-dilatação, entretanto foi observado ao ecocardiograma transesofágico imagem filamentar, de movimento aleatório, aspecto fibrinoso, estendendo-se do folheto coronariano esquerdo até a junção sinotubular, após 30 minutos. Observada imagem aderida ao cabo de marcapasso provisório em ventrículo direito. Hipótese diagnóstica de trombos por heparinização ineficaz versus delaminação aórtica, sendo então coletada amostra de PTT que se revelou incoagulável. Após uma hora de observação, houve melhora das imagens em cabo de marcapasso. Suspenso o procedimento, devido a risco embólico.Feita anticoagulação com marevan por 3 meses, com controle de INR entre 2 e 3. Após 3 meses, mantida imagem em válvula aórtica, sendo assumido o diagnóstico de delaminação valvar. Para evitar manipulação, implantada válvula balão expansível Myval 24,5 mm, sem intercorrências, com alta em 72h. **Discussão:** Ressaltamos a grande contribuição do ecocardiograma transesofágico para tomada de decisão. Suspender o procedimento, anticoagular e trocar de plataforma foi fundamental.

378

Valve-in-Valve Aórtico em Paciente com Falência Iatrogênica Precoce de Bioprótese Cirúrgica

THALES CARDOSO WHATELY; FELIPE MAIA; MAURICIO OLIVEIRA; JOSE FABIO ALMIRO; TARCISIO PASCOAL; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; MONICA ALCÂNTARA; ANDRE CASARSA
Rede D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O valve-in-valve (VIV) aórtico através de implante transcateter aórtico percutâneo (TAVI) é uma opção de tratamento em falha de prótese biológica cirúrgica em pacientes de alto risco. **Relato do Caso:** Homem, 69 anos, HAS e DPOC evoluiu com dispneia. Foi diagnosticado com estenose aórtica grave (válvula tricúspide) e submetido a troca valvar cirúrgica com prótese biológica Hangcock 25mm em set/23. No pós operatório imediato foram diagnosticados dois leaks perivalvares de repercussão moderado-grave. Evolui com infecção de ferida com reabordagem para lavagem e ressutura de esterno. Em nov/23 foi realizado procedimento percutâneo com insucesso de fechamento dos leaks (leak relacionado a seio CE ocluído com plug AVP, porém na tentativa de oclusão do leak relacionado a seio NC houve lesão da lacínea e insuficiência aórtica grave) evoluindo com NYHA 3. Eco com refluxo aórtico protético grave e moderado paraprotético na comissura entre cúspides direita e não coronariana, com fluxo reverso na aorta descendente e fração de ejeção do VE de 41%. Diante da insuficiência aórtica grave, duas cirurgias em 90 dias e insucesso de tratamento percutâneo dos leaks foi optado por tratamento através de TAVI VIV. Angiotomografia de aorta revelou distância entre origem das coronárias e a prótese biológica menor que 4mm motivando proteção de óstios de coronárias com stents em "chaminé". Em jan/24 foi realizado implante de prótese auto-expansivel Evolut Pro Plus 26mm por via transfemoral, com estímulo de "rapid pacing". Durante o procedimento (com 80% da prótese liberada) houve oclusão de coronária direita sendo necessário implante de stent farmacológico "em chaminé" para manutenção do fluxo. Ao fim, pelo ecocardiograma, apresentava refluxo valvar e paravalvar mínimo e gradiente VE/Ao 10 mmHg, sem desposicionamento do plug e sem distúrbios de ritmo. Paciente recebeu alta em NYHA CF 1 em uso de dupla antiagregação plaquetária. **Discussão:** A TAVI VIV é uma opção para o tratamento da degeneração/falha da prótese biológica cirúrgica, contemplada em consensos e em registros multicêntricos. Apresenta menor incidência de complicações nos primeiros 30 dias quando comparado a nova troca valvar cirúrgica. No caso, observamos rara falha precoce da prótese cirúrgica, agravada pelo insucesso de fechamento com plug percutâneo com lesão grave da lacínea protética. A TAVI ViV possibilitou a alta hospitalar precoce, utilizando de técnicas, como stent "em chaminé", viabilizando o sucesso sem comprometer o acesso as coronárias.

413

Performance de Válvulas Transcateter em Mundo Real

BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES
Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) é uma terapia alternativa à cirurgia tradicional atualmente consolidada. Atualmente, estão disponíveis vários dispositivos de TAVI de nova geração, com resultados de curto e longo prazo favoráveis. **Objetivo**: Descrever a população e resultados de implantes de TAVI em posição aórtica realizados em uma instituição militar, de 12 de maio de 2022 a 30 de janeiro de 2024. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, longitudinal, unicêntrico que incluiu todos os casos de TAVI realizados nossa instituição. Os desfechos estudados foram definidos pelo VARC-3. Na análise univariada, as variáveis categóricas foram descritas por sua frequência e as contínuas foram descritas através de sua média e desvio-padrão. **Resultados:** Foram implantadas 22 Myval (68,75%) e 10 Navitor/Portico. As características demográficas e do procedimento estão na tabela 1. Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral, com ecocardiografia transesofágica. Os desfechos da válvula se encontram na tabela 2. A mortalidade intraprocedimento foi de 1 paciente em 32 (3,125%). **Conclusões:** Observa-se resultados de mundo real em centro brasileiro compatíveis com estudos randomizados e registros internacionais.

428

Insuficiência Aórtica Aguda Grave em Pós Implante Imediato de Prótese Transcateter

BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES
Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) é uma terapia alternativa à cirurgia tradicional de troca valvar aórtica, sendo atualmente uma terapia consolidada. Dentre as complicações existentes, a insuficiência aórtica importante é conhecida e multifatorial. **Relato do Caso:** MIQ, 79 anos, hipertensa e diabética, portadora de MP, foi submetida a implante percutâneo de válvula aórtica pela via transfemoral direita, por estenose aórtica severa (gradiente médio de 49 mmHg). O anel era de 16x23 mm. Realizada pré-dilatação com balão de acordo com diâmetro mínimo do anel (16 mm) e em seguida, feito o implante de válvula aórtica PORTICO no 23 mm. Houve necessidade de recaptura por uma vez. Após o implante, foi observado vazamento moderado pela ecocardiografia transesofágica + transtorácica e aortografia, com componentes perivalvar e central. Havia importante divergência da curva pressórica. Feita pós-dilatação com balão de acordo com diâmetro médio do anel (20 mm), com melhora do componente perivalvar porém sem melhora da regurgitação central, mesmo após retirar o fio rígido (Lunderquist) de dentro do VE. Como a paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, foi determinado o preparo de uma segunda prótese para implante por dentro da prótese já implantada. Enquanto a nova válvula estava sendo preparada, o fio rígido Lunderquist foi novamente posicionado dentro do VE. Entretanto, houve maior deterioração clínica, com impressão ecocardiográfica de que havia piora da regurgitação central. Dessa forma, o fio rígido foi retirado do VE novamente, com estratégia de recruzar a válvula apenas quando a nova PORTICO estivesse pronta para implante. Nesse momento, ao retirar o fio Lunderquist do VE, houve melhora clínica, ecocardiográfica e angiográfica, com regurgitação perivalvar mínima e ausência de insuficiência central da prótese. Diante desse resultado satisfatório, foi decidido por não implantar uma segunda prótese. Seguimento de 30 dias com prótese normofuncionante, sem vazamento e gradiente médio de 7 mmHg. **Discussão:** O mecanismo de falha foi "congelamento" de um dos folhetos da prótese, em anel excêntrico com leak paravalvar, possivelmente por equalização de pressoes de ambos os lados do folheto, sendo liberado pelo guia rígido. Isso já foi descrito no relato FIM da PORTICO. Antes de realizar TAVI-in-TAVI nessa situação, tentar "liberar" o folheto.
Referências Bibliográficas: Transcatheter Aortic Valve Replacement With the St. Jude Medical Portico Valve First-in-Human Experience http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.02.045

450

Oclusão Percutânea de Fístula do Seio de Valsalva Direito para Artéria Pulmonar

BRUNO TEDESCHI; GUILHERME MOURA DA SILVA FERREIRA; RODRIGO TRAJANO SANDOVAL PEIXOTO; ANGELO LEONE TEDESCHI
Hospital Rios D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Fístulas coronárias congênitas são achados raros, afetando em torno de 0,1 a 0,2% da população geral. Se forem grandes, podem levar a importante shunt, com dilatação cavitária, gerando dispnéia e sintomas de isquemia. Seu tratamento pode ser percutâneo ou cirúgico. Iremos relatar um caso de fístula de seio de Valsalva Direito para Artéria Pulmonar, tratada percutaneamente. **Relato do Caso**: JJS, 61 anos, sexo masculino, hipertenso, procura atendimento médico em emergência por dispnéia progressiva aos pequenos esforços, sem dor torácica. Nega história familiar para insuficiência cardíaca ou doença coronariana. Na investigação, é encontrada disfunção sistólica leve de Ventrículo Esquerdo por hipocinesia difusa, com diâmetros cavitários levemente aumentados, disfunção diastólica de VE grau I, Ventrículo Direito de dimensões e contratilidade normais, Pressão Sistólica de Artéria Pulmonar de 23 mmHg e válvulas sem alterações. Submetido então a coronariografia para excluir doença coronariana, onde se observa coronárias livres de obstruções e presença de fístula de seio de Valsalva Direito para Artéria Pulmonar. Realizada então tomografia de coronárias para melhor definição anatômica. Medidas da fístula em seu colo proximal: Diâmetros: 3,3 x 3,7 mm (diâmetro médio 3,5 mm); Perímetro: 11 mm (diâmetro derivado de 3,5 mm); Área 9,7 mm2 (diâmetro derivado de 3,5 mm). Optado por tratamento percutâneo. Sob sedação, realizada oclusão, utilizando via arterial femoral direita, cateter diagnóstico JR 4 5F e plug vascular Amplatz IV 5 mm (40% de ovsersize), com auxílio de corda 0,014''hidrofílica para melhor cateterização de fístula. Alta hospitalar em 24h, paciente com seguimento de 1 ano em classe funcional I de NYHA. **Discussão:** Fístula coronária para artéria pulmonar é rara e pode levar a insuficiência cardíaca. O tratamento percutâneo é factível. O uso de plug vascular AVP IV facilita o procedimento, por pemitir o uso de cateter diagnóstico.
Referências Bibliográficas: Al-Hijji et al.; Transcatheter Coronary Artery Fistula Closure; JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS VOL. 14, NO. 13, 2021 JULY 12, 2021:1393–406

431

Oclusão Percutânea de Fístula Aorta-Atrio Esquerdo Adquirida Pós Cirurgia de Troca Valvar Aórtica

CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; FELIPE MAIA; MAURICIO OLIVEIRA; JOSE FABIO ALMIRO; TARCISIO PASCOAL; THALES WHATELY; MAXIMILIANO LACOSTE
Rede D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A fístula da aorta ascendente para átrio esquerdo é uma complicação rara e de incidência desconhecida. Tem como principais causas as complicações mecânicas de cirurgias cardíacas, endocardite infecciosa, trauma torácico e dissecção aórtica. Usualmente se manifesta com clínica de insuficiência cardíaca congestiva por sobrecarga volumétrica, simulando uma insuficiência aórtica aguda, com difícil manejo medicamentoso. Dentre as possibilidades de tratamento corretivo, classicamente a cirurgia convencional apresenta maior evidência. No entanto, uma vez que na maioria dos casos, os pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos prévios, faz-se necessário uma opção minimamente invasiva a fim de se reduzir as taxas de complicações. Raros casos foram descritos com oclusão percutânea deste tipo de defeito adquirido. O objetivo deste caso é relatar uma oclusão com sucesso de uma fístula aortica-atrio esquerdo adquirida na fase tardia de um pós operatorio de cirurgia aórtica, como sequela de endocardite infecciosa. **Relato do Caso:** Paciente de 67 anos, submetido há duas cirurgias de troca valvar prévias. A primeira, há 11 anos, de troca valvar mitral, e a segunda, há 06 anos, de troca valvar aórtica. No período pósioperatório desta, cursou com endocardite infecciosa, tratada clinicamente com aparente sucesso. Cerca de 04 anos após a última cirurgia, o paciente iniciou quadro clínico de insuficiência cardíaca por sobrecarga volumétrica, com várias internações e refratariedade clínica nos últimos dois anos. Na avaliação ecocardiográfica, evidenciado volumoso shunt da aorta ascendente direcionada para átrio esquerdo. Complementou-se a investigação com angiotomografia cardíaca e cateterismo. **Discussão:** Após discussão com o Heart Team, considerou-se sendo de alto risco para tratamento cirúrgico convencional. Decidimos ocluir o trajeto com um procedimento percutâneo(figuras) utilizando-se uma prótese originalmente utilizada para correção de comunicação interventricular (VSD 18). O procedimento foi realizado sob anestesia geral e ecocardiograma transesofágico, sendo acessado artéria femoral direita, e por via retrógrada, com fio guia 0.035 hidrofílico, cruzado o defeito e posicionado bainha liberadora da prótese através do defeito, no atrio esquerdo. Foi realizada então a liberação do disco atrial da prótese e em seguida, do disco aórtico, com sucesso. O paciente recebeu alta hospitalar 03 dias após.

473

TAVI em Acesso Transcarotídeo: Acesso Seguro e Eficaz

MAURICIO SALES DE OLIVEIRA; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; FELIPE MAIA; JOSÉ FÁBIO ALMIRO; TARCISIO PACOAL
Hospital Copa D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O tratamento percutâneo da estenose aórtica sintomática no idoso através de implante transcateter de válvula aórtica (TAVI) vem sendo cada vez mais utilizado na prática clínica, independente do risco de morbi-mortalidade cirúrgica. O acesso transfemoral é a via de eleição, sendo utilizado em pelo menos 90% dos casos de acordo com dados do TVT Registry. Em alguns cenários o acesso femoral pode ser desafiador ou proibitivo devido a fatores como: diâmetro reduzido das artérias femorais, doença aterosclerótica/calcificação proibitiva e tortuosidade excessiva. Nesse contexto, acessos alternativos são utilizados como: transapical, pela artéria subclávia/axilar, transaórtico, transcaval e transcarotídeo, como apresentamos neste caso. **Relato do Caso:** Paciente de 71 anos, masculino, ex-tabagista, história pregressa de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, doença arterial coronariana com cirurgia de revascularização do miocárdio e doença vascular periférica e aneurisma de aorta abdominal tratada com endoprótese aorto-ilíaca. Procurou atendimento devido a cansaço aos esforços classe funcional NYHA III e episódio recente de síncope. Nos exames de investigação realizou ecocardiograma que evidenciou estenose aórtica severa com gradiente médio VE/Ao de 40 mmHg. Realizou angiotomografia de aorta como planejamento para TAVI que mostrou valva aórtica tricúspide, escore de cálcio de 2433 UA, diâmetro médio do anel valvar de 26 mm e perímetro de 83,5 mm. Doença vascular importante de artérias femorais e subclávias e endoprótrese na aorta. Diante da impossibilidade de realizar o procedimento através da via convencional, foi discutido com a cirurgia vascular e optado pelo acesso transcarotídeo à esquerda por dissecção. Realizado implante in-line de prótese aórtica auto-expansível Evolut-R 29 mm pelo acesso transcarotídeo sem intercorrências, com fechamento do acesso com sutura por visualização direta do vaso. Realizado ecocardiograma e o gradiente VE/Ao reduziu para 5 mmHg. No pós-operatório evoluiu sem complicações do sítio de acesso vascular e neurológicas com alta hospitalar 72 horas após o procedimento em classe funcional NYHA I. **Discussão:** O acesso transcarotídeo tem como vantagem a proximidade com a valva aórtica e o alinhamento coaxial pela anatomia e, em centros experientes, taxas de AVC e complicações vasculares semelhantes à via transfemoral sendo uma opção segura para o implante percutâneo na impossibilidade dos acessos convencionais.

492

Fragmento de Portocath Localizado em Artéria Pulmonar

GIUSEPPE MORALES GENTILINI; ALAN CASTRO D'AVILA; BERNARDO BALSAN CAMILLO; CAROLINA MARTÍNEZ TEIXEIRA; RENATO BASTIANI GUIMARÃES; ARTHUR KOCH PAULINO; JOEL SOARES DAHNE; JOÃO PEDRO SOARES MEDEIROS
Universidade Católica de Pelotas – Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Port-a-Cath é um tipo de cateter "porta", que fica integralmente implantado, o qual passa pela veia cateterizada e se acopla a um reservatório subcutâneo, facilitando a infusão de quimioterápicos nos casos indicados. Dentre as complicações relacionadas a ele, encontram-se aquelas inerentes ao procedimento de colocação e aquelas resultantes de alterações da estrutura do dispositivo, como a fratura do material. Essa pode se dar devido à desconexão de seu respectivo reservatório ou fragmentação do cateter. **Relato do Caso:** Homem, 30 anos, diagnosticado com neoplasia de cólon após quadro de obstrução intestinal, submetido à colectomia e quimioterapia adjuvante, sem intercorrências imediatas. Refere dor em região cervical recorrente, sendo o primeiro episódio após atividade física de resistência em membros superiores, após 3 meses da colocação de portocath em veia subclávia direita, de material poliuretano e plástico resistente coberto por um septo de silicone. Foi avaliado por oncologista que indicou retirada do dispositivo devido término de quimioterapia. Durante o procedimento cirúrgico para a retirada do dispositivo, foi evidenciada ausência de seguimento final do cateter devido a fragmentação do dispositivo.O paciente foi encaminhado para o setor de cardiologia intervencionista para retirada do mesmo. Através de punção de veia femoral direita foi introduzido laço Snare para captura do corpo estranho em veia cava superior (localização mais provável) sem sucesso. Optou-se então por realização de angiotomografia de tórax para localização pormenorizada do corpo estranho que foi localizado em ramo posterior da artéria pulmonar direita inferior. Optou-se então por nova tentativa de retirada através de punção de veia femoral direita, avançando um catéter JR4 pela veia cava inferior, cateterizamos o átrio direito, cruzamos a válvula atingindo o ventrículo direito e após atingimos a artéria pulmonar direita. Realizamos arteriografia pulmonar direita, localizando o corpo estranho e procedemos com a retirada com auxílio de laço Snare sem complicações. **Discussão:** Apesar de rara a complicação relacionada à fratura de cateter, descrita no caso acima, é de grande relevância que existam mais estudos para relacionar a incidência das complicações mecânicas com o material do portocath e a técnica utilizada para punção, além de outras variáveis.

Referências Bibliográficas: https://www.scielo.br/j/jvb/a/hHcgR6bgPdffvg7rtssf9ys/?format=pdf. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829734/

493

Defeito Completo do Septo Atrioventricular de Diagnóstico Tardio: Relato de Caso

GIUSEPPE MORALES GENTILINI; BERNARDO BALSAN CAMILLO; JOÃO PEDRO SOARES MEDEIROS; JOEL SOARES DAHNE; CAROLINA MARTÍNEZ TEIXEIRA; ENZO IRRIBAREM HOMSI; GABRIEL STRINGARI DA FONSECA; ARTHUR KOCH PAULINO
Universidade Católica de Pelotas – Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Defeitos do canal AV representam aproximadamente 4 a 5 por cento dos defeitos cardíacos congênitos, com uma prevalência relatada de 0,3 a 0,4 por 1000 nascidos vivos. and complete AV canal defects with both atrial and ventricular septal defects occur in one-half of the cases. Existe uma forte associação entre defeitos do canal AV e trissomia 21 (também conhecida como síndrome de Down), com um risco de 40 a 50% de síndrome de Down em fetos nos quais um defeito do canal AV é detectado. O canal AV completo (CAVC) é resultado da falha completa de fusão entre os coxins endocárdicos superior e inferior. É caracterizada por uma CIA primum que é contígua a uma CIV posterior (ou de entrada) e uma válvula AV comum. **Relato do Caso:** Paciente C.S., 27 anos, feminina, natural de Santa Cruz do Sul, vem encaminhada ao ambulatório para investigação de achados ecocardiográficos e sintomas respiratórios crônicos. Apresenta dispneia progressiva, com piora importante nos últimos dois anos, evoluindo para sintomas aos pequenos e moderados esforços. Ao questionamento, nega dor torácica, palpitações ou síncope. Refere que desde a infância foi tratada como tendo asma. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com mucosa perioral e leito ungueal cianóticos, lúcida e orientada. Ao exame cardiológico apresentava uma frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 110/80 mmHg, bulhas normofonéticas, ritmo regular, em dois tempos e sem sopros audíveis. Ao exame pulmonar, apresentou-se dispneica, murmúrio vesicular bilateral e simétrico, sem ruídos adventícios e sem sinais de congestão. O ECG mostrou ritmo sinusal, com sinais de sobrecarga de câmaras direitas, bloqueio atrioventricular de 1º grau e alterações na repolarização ventricular. Ao ecocardiograma transesofágico, visualizou-se valva atrioventricular única, com dois orifícios, abertura preservada e refluxo discreto a moderado; dilatação importante do tronco da artéria pulmonar (4,5 cm) e seus ramos; presença de defeito do septo atrioventricular completo (comunicação intraventricular de via de entrada com comunicação interatrial ostium primum) e pressão média da artéria pulmonar estimada de 48 mmHg. **Discussão:** O relato de caso apresentado a paciente apresenta a forma completa sem apresentar alguma síndrome cromossômica. Além disso, a paciente em questão teve seu diagnóstico apenas vida adulta, o que é pouco comum devido às alterações anatomofuncionais que geram, por hipertensão pulmonar, manifestações precoces nas primeiras semanas de vida.

517

Análise da Mortalidade Intra-Hospitalar dos Pacientes Submetidos a Implante Valvar Aórtico Transcateter Incluídos no Registro Brasileiro

MARIA CRISTINA MEIRA FERREIRA; VALÉRIO FUKS; BASÍLIO BRAGANÇA PEREIRA; EMILIA NASCIMENTO MATOS; MARIA SANALI PAIVA; VIVIANA GUZZO LEMKE; GLAUCIA MARIA MORAES OLIVEIRA
Hospital das Nações – Curitiba – Paraná – Brasil
Hospital Federal dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Promater – Natal – Rio Grande do Norte – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A expansão das indicações de implante valvar aórtico transcateter (TAVI) fez crescer significativamente a aplicação desta tecnologia. No Brasil, desenvolvem-se esforços para incorporação da TAVI no Sistema Único de Saúde, tornando importante a necessidade de conhecer previamente os resultados da TAVI em nosso meio. **Objetivo**: Avaliar a mortalidade intra-hospitalar dos indivíduos incluídos no Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Aórtica por Cateter e Novas Tecnologias (RIBAC-NT) e a possível relação com sexo. **Materiais e Métodos:** Análise do banco de dados RIBAC-NT de 2008 a 2022. Variáveis qualitativas dicotômicas foram representadas em percentual de ocorrência e contínuas em mediana interquartil. Sexo foi tratado como variável independente. Utilizado machine learning para melhor precisão na análise de dados complexos.Aplicado modelos de regressão logística com a seleção prévia de variáveis pelo elastic net e posterior construção de árvore de classificação, sendo utilizado o software R. Significado estatístico de 5%. **Resultados:** Total de 2588 pacientes, mediana idade 82 anos, 51,2% mulheres, foram analisados. A mortalidade intra-hospitalar foi de 8,2%, (Homens= 6,6% x M= 9,8%). As variáveis associadas ao óbito foram previamente identificadas pelo elastic net. Selecionadas com p<0,0001: nível prévio de creatinina, doença pulmonar obstrutiva crônica; e as complicações hemorrágica maior, vascular maior (VM), insuficiência renal aguda (IRA), acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e perfuração de VE. Selecionadas com p<0,05 as complicações: obstrução coronariana, necessidade de marcapasso definitivo, insuficiência da bioprótese e bloqueio de ramo esquerdo. A árvore de classificação, apresentada na Figura 1, classificou a importância das variáveis selecionadas enfatizando as complicações do procedimento. As complicações VM e IRA foram as mais significativas. A complicação VM teve taxa de ocorrência de 6% e IRA de 8,9%, com mortalidade de 34,5% e 13% respectivamente. Pacientes sem estas complicações a mortalidade foi de 4,3%. **Conclusões:** A mortalidade intra-hospitalar de TAVI na população do RIBAC-NT está diretamente relacionada a complicações do procedimento, não havendo relação com sexo.

520

Sobrevida dos Pacientes Submetidos a TAVI: Análise do Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Valvar Aórtica por Cateter

MARIA CRISTINA MEIRA FERREIRA; VALÉRIO FUKS; MARIA SANALI PAIVA; VIVIANA GUZZO LEMKE; BASÍLIO BRAGANÇA PEREIRA; EMILIA NASCIMENTO MATOS; GLAUCIA MARIA MORAES OLIVEIRA
Hospital das Nações – Curitiba – Paraná – Brasil
Hospital Federal dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Promater – Natal – Rio Grande do Norte – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Com a necessidade de introduzir TAVI no Sistema Único de Saúde para prover esta terapêutica as classes sociais menos favorecidas, é importante conhecer previamente os fatores que impactam a sobrevida pós procedimento. **Objetivo:** Conhecer os fatores que levaram a diminuição da expectativa de vida na população incluída no Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Valvar Aórtica por Cateter e Novas Tecnologias (RIBAC-NT). **Materiais e Métodos:** Análise do RIBAC-NT de 2008 a 2022. Na análise dos dados complexos optou-se, para melhor precisão da identificação dos fatores que impactam a sobrevida, a utilização de *machine learning* com aplicação de modelos logísticos. Utilizado o *software* R e criado árvores de sobrevida para cada um dos períodos de *follow-up* estudados (1 ,6 ,12 e 24 meses). Nível de significância de 5%. **Resultados:** Analisados 2588 pacientes, mediana de 82 anos, 51,2% mulheres. Mortalidade de 7,5%, 10,8%, 13% e 15,7% em 1, 6, 12 e 24 meses respectivamente. As complicações do procedimento exerceram influência na curva da sobrevida (p<0,0001) em todos os períodos; a complicação vascular maior (CVM) foi a mais significativa (p<0,0001), seguidas de insuficiência renal aguda e distúrbios de condução (p<0,001). A sobrevida aos 6 meses foi impactada mais significativamente pela obstrução coronariana (p<0,002) e por acidente vascular cerebral (p=0,046), e aos 2 anos por infarto agudo do miocárdio (p<0,049). Valor de STS escore >39,7 reduziu a sobrevida a menos de 10% no primeiro ano (p<0,002) sem que qualquer complicação do procedimento estivesse presente. Comorbidades como; doença vascular periférica, associada com menor sobrevida aos 6 meses; insuficiência renal crônica em 1 ano, influenciaram a sobrevida mesmo na ausência de complicações; doença pulmonar obstrutiva crônica somente se ocorressem complicações. Mortalidade ligada ao sexo apresentou diferença favorável a mulheres, no seguimento de 2 anos com uso das próteses de primeira geração (p< 0,012). Exemplificado a análise com a Figura 1 que representa a árvore de sobrevida de 12 meses de *follow-up*, selecionada para inclusão neste resumo. **Conclusões:** A sobrevida foi impactada em todos os períodos do seguimento por complicações decorrentes do procedimento, em especial as CVM, as comorbidades tiveram menor influência. Valores de corte de STS podem ser usados para questionar indicação do procedimento.

537

Resolução Imediata de Complicação Durante Implante de Stent no Canal Arterial Via Percutânea – Um Relato de Caso

YASMIN RODRIGUES; YOHANNA PIREDDA; MARIA WAGNER; BERNARDO AVELLAR; RAFAEL AGOSTINHO; RENATA MATTOS
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante de stents no Canal Arterial (CA) por cateterismo é uma prática muito utilizada em doenças que são sabidamente dependentes do CA. Vemos que os pacientes são menos elegíveis e tem mais complicações nos casos de cirurgia de shunt aortopulmonar, quando comparado a colocação do stent no CA. As complicações mais comuns são lesão vascular no local da punção, dissecção do ducto, espasmo ductal, embolização da prótese, e trombose do stent. Os dados a serem avaliados para elegibilidade do procedimento são: origem do ducto, comprimento e morfologia. **Relato do Caso**: LSC, nascida de parto cesáreo por sofrimento fetal agudo, a termo (39 semanas), pequena para a idade gestacional, APGAR 8/9. Evoluiu com hipoxemia, sendo realizado ecocardiograma que evidenciou DSAV desbalanceado com tronco e ramos pulmonares hipoplásicos, sendo iniciada prostaglandina permanecendo internada em unidade intensiva de maternidade. Aos 27 dias dá entrada na unidade intensiva de hospital cardiológico, em uso de prostaglandina 0,2mcg/kg/min. Após estudo detalhado da anatomia com angiotomografia, foi optado por realizar colocação de stent no canal arterial via cateterismo. Durante procedimento foi puncionada artéria carótida esquerda guiada por ultrassonografia, onde foi introduzida bainha 4F, progredindo a guia pela aorta, cruzando o canal arterial, artéria pulmonar e ventrículo direito. Liberado stent (Inspiron 3,0x13) no canal, nova injeção após retirada de guia mostrou trombose no stent. Infundido heparina e progredido novamente guia até artéria pulmonar direita. Redilatado o stent com balão Emerge 3,0x15 e implantado stent inspiron 3,5x13 em posição mais próxima. Nova aortografia mostrou stent pérvio, com bom fluxo em artérias pulmonares. Paciente evoluiu mantendo boa saturação e estabilidade clinica, retornando ao hospital de origem para treinamento de sucção. **Discussão:** É de conhecimento comum que o desfecho benigno de situações como a supracitada, convêm se há equipe capacitada para reconhecimento precoce. Dessa forma, podemos aprender com o caso acima que o diagnóstico precoce e resolução imediata da embolização do stent corroborou para um bom prognóstico do paciente.

715

Seguimento Tardio de Stent Previamente Implantado em Técnica de Chaminé Stent em Procedimento Transcateter Valvar Aórtico (Valve in Valve Aórtico)

JOSÉ FÁBIO ALMIRO DA SILVA; LETICIA HOMSANIV BELO PEREIRA; FELIPE MAIA; MAURÍCIO SALES DE OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI
Copa D'Or – Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante valvar aórtico transcateter (TAVI) é um tratamento bem estabelecido para estenose aórtica grave, em pacientes com risco cirúrgico elevado, moderado e, mais recentemente, em pacientes com baixo risco. A oclusão coronariana é uma complicação rara, mas grave, da TAVI principalmente em valve in valve. A proteção da artéria coronária com a técnica de chaminé pode reduzir esses riscos durante o procedimento. Este artigo visa a relatar o re-estudo dessa técnica com objetivo de avaliar o resultado angiográfico tardio desses pacientes. **Relato do Caso:** Mulher, 79 anos, submetida à valvoplastia cirúrgica em 2009, seguida de troca valvar aórtica. Evolui com nova estenose aórtica importante ao ecocardiograma (área valvar= 0,5cm²). Devido ao risco cirúrgico opta-se pela troca valva transcater. Apresenta baixa altura de coronária esquerda e diâmetro pequeno do seio de valsalva, importantes preditores de oclusão aguda de coronária. Em 2020 é submetida a implante transcateter valvar aórtico em válvula biológica com proteção coronária através do implante de stent em coronária esquerda pela técnica de chaminé, que consiste em posicionar um stent, no tronco da coronária esquerda, com protrusão de, pelo menos, um terço do seu comprimento para aorta e liberado simultaneamente ao implante da prótese valvar aórtica (Evolut 23). Em 2021, devido à nova queixa de dispneia, optou-se pela realização do re-estudo angiográfico, com ultrassom intracoronário, como métodos invasivos elucidativos, e por se tratar de possibilidade de perda luminal em tronco de coronária esquerda, de difícil verificação por métodos investigatórios não-invasivos. O estudo angiográfico demonstrou resultado do stent mantido, Bioprótese aórtica Evolut normofuncionante com gradiente de pico (VE-AO) leve (10mmHg). Ultrassom intracoronário com imagem de stent em tronco de coronária esquerda bem expandido e boa área luminal mínima (>10mm²). **Discussão**: A TAVI tem sido a abordagem preferencial em pacientes de alto risco cirúrgico. Dentre as possíveis complicações da TAVI, há de se destacar a oclusão coronariana, pela sua alta morbimortalidade. A possibilidade de obstrução coronariana no valve in valve é maior do que em válvulas aórticas nativas, principalmente em casos de baixa altura coronariana, como no caso em questão. Uma das estratégias de prevenção da oclusão coronariana é a técnica de chaminé (chimney stenting), usada nesse relato e que mostrou ótimo resultado seu seguimento tardio.

575

Reabordagem de Janela Aortopulmonar Através de Intervenção Percutânea – Relato de Caso

YASMIN RODRIGUES; YOHANNA PIREDDA; MARIA WAGNER; BERNARDO AVELLAR; HERICA FALCI; RAFAEL AGOSTINHO; RENATA MATTOS
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Janela Aortopulmonar (JAP) é uma cardiopatia congênita (CC) rara, sendo causada embriologicamente por um defeito na fusão do septo truncal. Pode ser isolada ou associada com outras CC. Esta anomalia inicialmente fora abordada por meio de cirurgia convencional, o que ocasiona uma maior resposta endócrino-metabólica ao estresse cirúrgico, aumentando chances de complicações pós-operatórias, assim como o tempo de internação. **Relato do Caso:** LCA, 22 anos, dá entrada no ambulatório de CC do adulto com queixa de síncope, mal-estar subjetivo, dor precordial e pico hipertensivo com déficit neurológico focal (amaurose). Realizou cirurgia de Correção de JAP em abril de 1999, no momento em uso de Atenolol 50mg/dia, Enalapril 10mg/dia, AAS 100mg/dia e Furosemida 1x/ semana. Durante realização de exames, ecocardiograma (ECO) revelou presença de membrana subaórtica não obstrutiva, com regurgitação aórtica leve e presença de fluxo contínuo pela artéria pulmonar principal semelhante ao fluxo de canal arterial patente e sobrecarga de cavidades esquerdas. Realizada angiotomografia para melhor restudo do caso e estratificação de conduta, onde foi visualizada JAP residual. Após discussão de caso em sessão clínica, foi optado por realizar cateterismo de correção. Durante exame, foi realizada punção de veia e artéria femorais e aortografia ascendente. A partir da aorta ascendente, foi cruzada a janela residual, estabilizando a guia de troca na veia cava inferior para realização de alça arterio-venosa. Progressão de bainha 9F e posicionado oclusor de comunicação interatrial (prótese Occlutech ASD 7,5) no pertuito. Liberada a prótese após confirmação do ECO transesofágico. Realizada nova aortografia, ausência de shunt residual. Após procedimento sem intercorrências, paciente recebe alta em 24 horas, evoluiu com desmame progressivo de drogas, permanecendo somente com Enalapril 10mg. Discussão: No caso da JAP não é infrequente o fechamento com prótese utilizada para correção de comunicação interatrial e interventrcular. Há a necessidade de estudar o caso com detalhes por exames de imagem, com ECO e Angiotomografia. Para conhecimento da anatomia e buscar a associação frequente de outras cardiopatias que podem estar associadas e contraindicar o procedimento. Avaliamos também a distância do defeito septal em relação às artérias coronárias, tamanho do orifício, distância para as valvas semilunares. Dessa forma, há possibilidade de planejamento para utilizar a técnica e dispositivos ideais.

768

TAVI-in-TAVI como Tratamento de Disfunção de Prótese Balão Expansível

BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOAO CARKIS TRESS; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES
Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) é uma terapia alternativa à cirurgia tradicional de troca valvar aórtica,sendo atualmente uma terapia consolidada. Existe pouca experiência no mundo no tratamento de disfunção de prótese transcateter com implante de nova válvula percutânea. Iremos descrever um caso que exemplifica as dificuldades técnicas encontradas nesse cenário. **Relato do Caso:** W.R.O, 79 anos, IMC 32,2 kg/m2, hipertenso, dislipidêmico, obeso, portador de fibrilação atrial permanente, ex-tabagista (carga tabágica de 75 maço.ano), coronariopata (implante de stent em DA em 2018), foi submetido a TAVI em 12/05/2022 por estenose aórtica grave em válvula bicúspide do tipo 1 R-L com válvula balão expansível Myval 26 mm, em posição alta, com com 8% de oversize (volume nominal). Havia subexpansão do stent da válvula, com relação com um nódulo de cálcio junto à rafe. Como o gradiente VE-Ao pós imediato médio era de 3 mmHg, não foi realizada pós-dilatação, tendo em vista risco de ruptura (oversize limitrofe). 3 meses após o procedimento, o gradiente médio era satisfatório, de 11 mmHg. 1 ano após o implante, houve aumento importante, para 20 mmHg, com retorno da dispnéia aos esforços. Devido a hipóstese de trombose tardia, realizada anticoagulação por 3 meses com apixabana 5 mg bid, sendo o gradiente médio após a terapia de 30 mmHg. ECOTE confirmou imobilidade de um folheto, optado então por implante de válvula Navitor (auto-expansível anular). AngioTC demonstrou boa distância da Myval para junção sino-tubular na região de coronária esquerda, porém difícil avaliação para coronária direita (CD), em torno de 2mm. Confirmada subexpansão, com perímetro de 71 mm e diâmetro em torno de 22 mm na região mais apertada. A estratégia foi de avaliar a possibilidade de cateterização da CD por fora da Myval de maneira a determinar o risco de sequestro de seio, realizar implante direto de Navitor 25 mm e se necessário pós-dilatar com balão não complacente Atlas Gold 24 mm. Foi seguido o planejamento, sendo possível cateterizar a CD por fora da Myval antes do implante. Gradiente médio pós de 8 mmHg, sendo feita pós-dilatação e obtido gradiente final de 3,5 mmHg, sem leak. Cateterizada a CD novamente após a dilatação. **Discussão:** Esse caso ilustra as dificuldade do TAVI-in-TAVI em seu planejamento e execucao. A causa de falha da Myval foi provavelmente subexpansao. A analise combinada de TC e angiografia foi fundamental para prosseguir com seguranca em relacao a obstrucao de coronaria e pos dilatacao.

867

CO-REGISTRO (Inteligência Artificial): Angiografia Coronariana Sincronizada com OCT. Ferramenta Útil na Tomada de Decisão das ICP?

JOSÉ FABIO ALMIRO; FELIPE MAIA; MAURICIO SALLES OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; JOAO PEDRO MACHADO RIBEIRO JACINTHO SILVA; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI
Copa D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A coronariografia é o método de escolha invasivo para confirmação das lesões coronarianas, nas síndromes coronarianas agudas (SCA) e nas síndromes estáveis (SCE). A tomografia de coerência óptica (OCT) é útil na identificação da característica da placa coronariana, bem como, na programação da intervenção coronariana percutânea (ICP). Mais recentemente, o CO-REGISTRO, que sincroniza a angiografia à imagem de OCT, surge como aliado das tomadas de decisão das angioplastias coronarianas. Relataremos 2 casos de CO-REGISTRO guiando procedimentos de intervenção coronariana. **Relato do Caso:** Homem, 66 anos, com SCA sem supra desnivelamento do segmento ST, submetida à angiografia coronariana e identificação de lesões coronarianas em descendente anterior (DA), longa, de 80% e coronária direita (CD) de 80%. Submetido à ICP AD HOC com implante de 1 stent em CD. Após 2 dias, retorna para tratamento da DA, guiada pelo CO-REGISTRO, para otimização do procedimento. Após avaliação da característica da placa, sua extensão e seus diâmetros de referência, foram implantados 2 stents farmacológicos com sucesso. A imagem de controle com OCT, mostrou necessidade de nova pós-dilatação devido à má-aposição de hastes em segmentos do stent. Mulher, 67 anos, com SCE (angina estável) e cintilografia com hipocaptação transitória em parede anterior. Submetida à angiografia coronariana que evidenciou lesão única de 70% em DA. Após utilização do CO-REGISTRO e identificação de placa, com exuberante conteúdo lipídico, seus diâmetros de referência e extensão, foi optado pelo implante de 1 stent farmacológico com sucesso. **Discussão:** A angiografia coronariana detém grande assertividade na confirmação das placas ateromatosas e na programação das intervenções coronarianas. Embora, muitas vezes não permite a identificação da característica da lesão, e pode subestimar diâmetros de referência e não avaliar corretamente o comprimento de lesão. Os métodos de imagem, principalmente o OCT, vem ganhando espaço na lacuna deixada pela coronariografia. Mais recentemente a sincronização da angiografia com o OCT, permite com mais eficiência a programação estratégica das ICP. Nesse relato, o CO-REGISTRO foi fundamental, principalmente no primeiro caso que após a imagem de controle, foi necessária a otimização do procedimento. Novas evidências serão necessárias para corroborar essas informações no futuro, mas é evidente que consiste em uma tecnologia de grande valia nas tomadas de decisão dos procedimentos de angioplastias.

870

Angioplastia Coronariana Complexa Pós-Procedimento de Implante Valvar Aórtico Transcateter (TAVI)

JOSÉ FABIO ALMIRO; FELIPE MAIA; MAURICIO SALLES OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI
Rede D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O implante valvar aórtico transcateter é um tratamento bem estabelecido para estenose aórtica grave (EAO), em pacientes com risco cirúrgico elevado, moderado e até leve. Existe forte concomitância de doença arterial coronariana (DAC) nesses pacientes submetidos à TAVI. A abordagem da DAC subsequente ao implante transcateter se torna muitas vezes desafiador. Este artigo relata um caso de angioplastia transluminal percutânea complexa em paciente após procedimento de TAVI. **Relato do Caso:** Homem, 82 anos, hipertenso, dislipidêmico e diabético, em uso de hipoglicemiante oral, foi submetido à troca valvar aórtica transcater (prótese ACCURATE NEO), previamente, sem necessidade de tratamento de lesão coronariana. Após 3 anos do procedimento índex, apresenta dor torácica típica em repouso (síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento ST). A cineangiocoronariografia revelou lesão grave (80%), calcificada, em Tronco de Coronária Esquerda (TCE), óstio de artéria descendente anterior (DA) e artéria circunflexa (CX), envolvendo também, a origem de importante ramo intermédio (Trifurcação), com gradiente transvalvar de 20mmHg. Ultrassom intracoronário com imagem de placa com conteúdo fibrocalcífico e pequena área luminal mínima em TCE (<3mm2), além de placas significativas com pequena área luminal em óstios de DA e CX. Optado por tratamento percutâneo, com implante de 2 stents (CX e TCE para DA), pela técnica de Mini-Crush (provisionado o ramo intermédio), com sucesso. Ultrassom de controle com excelentes áreas no polígono de confluência e boa aposição de hastes. **Discussão:** A TAVI tem sido a abordagem preferencial em pacientes de alto risco cirúrgico, com estenose aórtica (EAO) grave. Devido à coexistência de DAC, muitas vezes há necessidade de ICP, posteriormente ao procedimento de TAVI, e que, muitas vezes se torna um desafio aos cardiologistas intervencionistas, devido à dificuldade de acessar os óstios coronarianos. Nesse caso relatado, além da dificuldade inerente ao pós-implante de valva aórtica transcateter, havia lesão coronariana em anatomia complexa (Trifurcação de tronco de coronária esquerda), com lesões calcificadas, variáveis que aumentam a complexidade do procedimento e que com o aumento número de TAVI, serão mais comumente encontrados.

International Journal of Cardiovascular Sciences. 2024;37(Supp 4):37-39

6
Cardio-Oncologia

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):37-39

299

Abordagem Cardiológica no Transplante de Medula Óssea: Otimização e Estratégias Personalizadas na Insuficiência Cardíaca

FERNANDA NASCIMENTO DOURADO; MILENA REGO DOS SANTOS; MATHEUS BURIGO OLIVEIRA; AURORA FELICE CASTRO ISSA; TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO
Curso de Pós-Graduação em Insuficiência Cardíaca SBC/INC – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) representa uma considerável preocupação clínica na avaliação de pacientes candidatos a transplante de medula óssea (TMO). Este artigo destaca o caso de um indivíduo de 55 anos, com diagnóstico de mieloma múltiplo, cuja evolução clínica delineou de maneira marcante os desafios e a importância da avaliação cardiológica prévia ao TMO. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 55 anos, sem comorbidades, com histórico familiar positivo para Cardiopatia Dilatada. Em 2012, foi diagnosticado com plasmocitoma na coluna lombar. Submeteu-se a cirurgia e radioterapia, com controle da doença. Evoluiu, em 2022, com progressão para mieloma, iniciando terapia com Ciclofosfamida, Bortezomib e Dexametasona. Após a terapia, foi optado por realizar transplante de medula óssea, o que motivou a avaliação cardiológica pré-transplante. Durante a consulta, apresentava edema nos membros inferiores e dispneia aos médios esforços. O ecocardiograma revelou disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo. Realizou cateterismo cardíaco, não evidenciando doença coronariana. Diante do quadro, foi iniciado tratamento para insuficiência cardíaca, incluindo Sacubitril-Valsartana, beta-bloqueador e Espironolactona. Após discussão interdisciplinar, foi autorizado o procedimento de TMO, ponderando a administração fracionada dos agentes, ajustando a dosagem e a velocidade de infusão. Foi submetido ao transplante sem descompensação da insuficiência cardíaca e permanece assintomático desde então. **Discussão:** A consideração de estratégias modificadas de infusão durante o TMO surge como uma abordagem promissora para reduzir a carga de cardiotoxicidade. A administração fracionada desses fármacos, com ajustes precisos na dosagem e na velocidade de infusão é capaz de minimizar o impacto adverso no sistema cardiovascular. Torna-se necessária a avaliação pré TMO de forma a diagnosticar os casos em que há necessidade de personalização da terapia. No âmbito da insuficiência cardíaca, reconhecer os pilares da terapia medicamentosa torna-se imperativo na compensação clínica do paciente, controlando sintomas e desempenhando um papel crucial na preservação da função cardíaca. Dentro desse contexto, a colaboração estreita multidisciplinar, integrando estratégias de infusão otimizadas com uma abordagem abrangente de terapia medicamentosa para insuficiência cardíaca, visa maximizar os benefícios terapêuticos, ao mesmo tempo em que se minimizam os riscos cardiovasculares inerentes a esses tratamentos.

445

Recorrência de Mixoma Atrial em Membros de uma Mesma Família – Relato de Caso

RAFAELA VIEIRALVES JOÃO IZZO PINTO; DIEGO SARTY VIANNA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FABIO AKIO NISHIJUKA; CÍNTIA CRISTINA CHAVES MATTOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA
Instituto Nacional de Cardiologia – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os mixomas são os tumores benignos primários do coração mais comuns e mais prevalentes em mulheres, originados principalmente no átrio esquerdo. Caracterizam-se pela tríade de obstrução intracardíaca, manifestações embólicas e sintomas constitucionais. Os episódios embólicos ocorrem em cerca de 30% dos pacientes e os sintomas constitucionais são compostos por mialgia, fraqueza muscular, artralgia, febre, perda ponderal e fadiga. O tratamento é sempre cirúrgico. **Relato do Caso:** Este caso descreve uma paciente do sexo feminino, 48 anos, costureira, portadora de hipotireoidismo, com passado de acidente isquêmico transitório e ressecção de 3 mixomas atriais, evoluindo com flutter atrial no seguimento pós-operatório. Apresentou recidiva tumoral precoce após 4 anos da primeira cirurgia cardíaca com embolização para sistema nervoso central confirmado por ressonância magnética. Concomitantemente, sua filha estava internada em outra instituição para ressecção de mixoma atrial também recidivado precocemente – 3 anos após primeira abordagem. A paciente necessitou de troca valvar mitral biológica na segunda abordagem cirúrgica por extensão tumoral acometendo o aparato valvar, evoluindo sem intercorrências seguintes. Ainda sem confirmação diagnóstica de Complexo de Carney, com histopatológico confirmando mixoma na paciente e sua filha. Ressonância magnética de controle, 6 meses após cirurgia, sem evidências de novas lesões. Segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Mixomas intracavitarios cardíacos podem estar relacionados a síndromes genéticas ou hereditárias, com difícil avaliação diagnóstica devido a necessidade de ressecção cirúrgica e confirmação histopatológica.

411

Massa Pericárdica Secundária à Neoplasia de Mama: Relato de Caso

JOSIANE RODRIGUES NUNES; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; JOSÉ LUIZ FERNANDES MOLINA; SAMAENE VINHOSA SIMÃO; MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA; DANILO AUGUSTO EMERY SANTOS; BRENDHA FERRARI BREMENKAMP; VERA LÚCIA ALVES MARIANO
Hospital São José do Avaí – Itaperuna – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Os tumores secundários do coração são mais comuns que os tumores primários, podendo resultar por invasão por contiguidade, disseminação linfática ou disseminação hematogênica. O envolvimento cardíaco mais comum por metástase é o derrame pericárdico, com demonstração ecocardiográfica de lesões como massas ou vegetações aderidas às paredes pericárdicas. Os tumores de pulmão, mama, linfoma e melanoma, são as neoplasias que mais acometem secundariamente as estruturas cardíacas, sendo o câncer de mama o principal responsável pela maioria das metástases. O caso trata-se de uma paciente com diagnóstico de neoplasia de mama avançada, com metástases múltiplas (pleura, peritônio, pericárdio e ossos), que evoluiu com um grande derrame pericárdico com sinais ecocardiográficos de tamponamento cardíaco. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi descrever o caso de uma paciente que apresentou metástase pericárdica, secundária a um câncer de mama e realizar uma breve revisão de literatura. **Relato do Caso:** Paciente, 69 anos, feminino, hipertensa, internada devido a derrame pericárdico em novembro de 2023, apresentando sinais de tamponamento cardíaco, submetida a pericardiocentese de emergência. Apresentando linfadenopatia cervical e axilar direita, com nódulo em mama direita. Realizado ecocardiograma transtorácico mostrando derrame pericárdico importante, associado a imagem ecogênica aderida à parede externa do ventrículo direito, medindo cerca de 16 mm x 10 mm. Realizado exame imunohistoquímico evidenciando carcinoma mamário invasivo, metastático para pleura, peritônio, pericárdio e ossos. **Discussão:** Dentre as principais etiologias de derrame pericárdico, além de metástases tumorais, podemos destacar tuberculose, colagenose, artrite reumatóide, lúpus, hipotireoidismo e insuficiência renal. Vale ressaltar que são as neoplasias metastáticas que acometem significativamente as estruturas cardíacas, sendo demonstradas ecocardiograficamente como massas pericárdicas, dentre as quais destaca-se o câncer de mama como principal responsável pelas mesmas. Sendo de extrema importância o diagnóstico e tratamento precoce a fim de evitar a ocorrência de complicações.
Referências Bibliográficas: LAGO MIRANDA, M. et al. Relato de Caso Grande Derrame Pericárdico e Neoplasia de Mama, Arq Bras Cardiol: Imagem cardiovasc. 2017;30(3):106-109. LIMA LUCIO, P. ET AL. Tumores cardíacos malignos. Hospital Amecor - Universidade de Cuiabá (UNIC).

569

Cardiotoxicidade Aguda por Antraciclina: o Protótipo da Cardiotoxicidade em Ação Não Tão Comum

BÁRBARA CRISTINIA RODRIGUES DE ALMEIDA; RENATO MACIEL DE ARANTES; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; JÚLIA HENRIQUE COSTA; JULIANA EDEL JAZBIK; FLÁVIA BARROS MONKEN; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ
Hospital Caxias D'Or – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Relatamos um caso de cardiotoxicidade aguda por antraciclina, durante tratamento para Leucemia Mielóide Aguda (LMA) tipo M5, a fim de ressaltar a importância de acompanhamento cardiológico intensivo durante uso de medicações com alto índice de toxicidade. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 39 anos, diabética, internada por quadro de sangramento vaginal importante e pancitopenia. Investigação ginecológica não observou alteração estrutural que justificasse a hemorragia, tendo surgido sangramento gengival. Feito biópsia de medula e imunofenotipagem que diagnosticou LMA de alto grau, sendo iniciado esquema quimioterápico (QT) com daunorrubicina e citarabina, após realização de ecocardiograma transtorácico (EcoTT) normal. No curso do tratamento apresentou hemorragia cerebral intra-parenquimatosa (sem necessidade inicial de abordagem cirúrgica), neutropenia febril (uso de antibiótico de amplo espectro) e disfunção ventricular aguda (novo EcoTT após 2 semanas de QT com disfunção grave de ventrículo esquerdo) com instabilidade hemodinâmica. Submetida a intubação orotraqueal e iniciado inotrópico. Faleceu após menos de 1 mês do primeiro ciclo de QT, tendo a disfunção ventricular contribuído significativamente para o pior desfecho clínico, associada a infecção oportunista (fúngica) após entubação. **Discussão:** As antraciclinas tem efeitos cardiotóxicos bem descritos, dentre eles disfunção ventricular e arritmias, sendo a disfunção ventricular aguda mais rara que a tardia. Fatores de risco incluem sexo feminino, dose cumulativa elevada, uso de outras classes quimioterápicas associadas e diabetes. Estratégias cardio-protetoras como diminuição de dose cumulativa e/ou fracionamento do ciclo de QT podem impedir progressão da disfunção. Avaliações cardiológicas em paralelo ao tratamento quimioterápico são fundamentais para tentar mitigar progressão da disfunção, já que a insuficiência cardíaca tardia provocada por essa classe de drogas é responsável por elevada morbi-mortalidade em pacientes em remissão de neoplasias. Pacientes em uso de antraciclinas devem ter acompanhamento cardiológico em paralelo ao oncológico a fim de tentar reduzir as sequelas a curto, médio e longo prazo que essa classe de medicações pode provocar.

613

Disfunção Neurovascular em Sobreviventes de Câncer de Mama Tratados com Doxorrubicina e Trastuzumabe: a Contribuição das Espécies Reativas de Oxigênio

JOÃO EDUARDO IZAIAS; BRUNA EMY ONO; ARTUR SALES; CAMILA SOUZA NUNES; GABRIELLY MEL PINTO SOARES SILVA; LAURA TESTA; RENATA MOLL; ALLAN ROBSON KLUSER SALES

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – São Paulo – São Paulo – Brasil
Instituto do Coração, Hospital das Clínicas HCFMUSP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Evidências anteriores indicam que sobreviventes de câncer de mama (SCM), que foram submetidas a tratamentos quimioterápicos com doxorrubicina e trastuzumabe, apresentam um risco de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV) no mínimo 7 anos após a conclusão do tratamento oncológico. As causas para este aumento do risco de DCV ainda não são totalmente compreendidas, mas acredita-se que uma série de alterações fisiológicas possa estar envolvido. **Objetivo:** Testar se SCM comparado a um grupo controle, pareado por idade, índice de massa corporal (IMC) e sexo, apresentam hiperatividade neural simpática, disfunção vascular associada com aumento em espécies reativas de oxigênio (ERO) e redução de óxido nítrico (NO) e diminuição da capacidade física. **Materiais e Métodos:** Dezesseis mulheres SCM, tratadas com doxorrubicina e trastuzumabe (idade=48±2 anos e IMC=28±2 Kg/m2) e quatorze mulheres sujeitas de controle (idade=46±1 anos e IMC=27±1 Kg/m2) foram estudadas. A atividade nervosa simpática muscular (ANSM, Microneurografia), dilatação mediada pelo fluxo da artéria braquial (DMFAB), rigidez aórtica (velocidade de onda de pulso carótida-femoral, VOPCF), pressão arterial (PA, Finômetro), frequência cardíaca (FC, Eletrocardiograma), consumo de oxigênio de pico (VO2pico, Teste de exercício cardiopulmonar) foram mensurados. Além disso, experimentos inovativos em cultura celular, usando células endoteliais de aorta de humanos (HAEC) e exposição ao plasma dos pacientes foram usadas para avaliar a produção de NO estimulada por acetilcolina e a bioatividade das ERRO. **Resultados:** SCM foram avaliadas aproximadamente 8 anos (±2 anos) após a conclusão do tratamento oncológico. ANSM (frequência e incidência) foram maiores em SCM do que nos controles ($p<0.001$ para ambos). Além disso, a DMFAB e o VO2pico foram significativamente menores em SCM do que nos controles ($p<0.001$). No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à VOPCF, PA e FC ($p>0.05$). Do ponto de vista celular foi observado que ERO foi maior nos SCM em comparação aos controles ($p=0.02$) e a produção de NO teve uma tendência a ser menor ($p=0.08$). Notavelmente, a frequência e a incidência de disparos da ANSM foram inversamente associadas com VO2pico ou DMFAB ($p<0.05$). **Conclusões**: Nossos achados demonstram que SCM têm hiperativação neural simpática, disfunção vascular associada ao aumento de ERO, e redução na biodisponibilidade de NO e, reduzida capacidade de exercício. Esses achados ajudam a explicar em parte o aumento do risco de DCV em SCM.

748

Lipoma Ventricular Esquerdo: Relato de Caso

PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; DEISE REGINA ZVOBOTER; SALOMAO BARUNA ALCOLUMBRE; ARTHUR SOUTELO SOUTO DA SILVA; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; ROBERTA DE MELO COUTINHO

BP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Tumores cardíacos primários consistem em patologia rara, sendo encontrados em até 0,03% das autópsias e a maioria benigna. Dentre os benignos, os lipomas apresentam incidência de 8,5%, mais frequentemente no septo interatrial. Quando localizado no septo interventricular, é considerado patologia ainda mais incomum, com prevalência real desconhecida. Lipomas cardíacos são tumores encapsulados, compostos de células de gordura maduras. Ocorrem em todas as idades e com igual freqüência em ambos os sexos. Geralmente variam de 1 a 15 cm de diâmetro. A maioria dos tumores é de configuração séssil ou polipóide e ocorrem no subendocárdio ou subepicárdio. **Relato do Caso:** Paciente sexo feminino, 57 anos, hipertensa e portadora de doença aterosclerótica. Em investigação de dor torácica ao esforço persistente. Realizado ECOTT com FE 67%, VE 46/26; não encontrado alterações inicialmente. Realizada tomografia de tórax com visualização de imagem nodular bem delimitada em parede lateral do VE, ressonância cardíaca, evidenciou imagem nodular ecogênica, intramural, na porção basal da parede antero-lateral do VE, medindo 29×23 mm, sugestivo de Lipoma. Novo ECOTT, janela subcostal, sem sinais de de obstrução de via de entrada ou de saída do VE, devido o local de dificil resseção foi optado por acompanhamento clínico e tratamento intensivo da coronariopatia. No momento paciente encontra-se clinicamente bem, sem sintomas cardiovasculares. **Discussão:** Tumores cardíacos geralmente são assintomáticos, no entanto podem evoluir com arritmias, disfunção valvar, insuficiência cardíaca e óbito, ressaltando a importância dos métodos de imagem cardiovascular no diagnóstico diferencial e na orientação da terapêutica adequada. Com modernas técnicas de procedimentos diagnósticos as neoplasias cardíacas têm sido diagnosticadas mais precocemente e passam a ter maior possibilidade de cura. O ECOTT é utilizado para determinar localização, dimensões, formato e mobilidade do tumor, enquanto o ecocardiograma transesofágico é particularmente útil para avaliar o local de inserção e características morfológicas dos tumores atriais e ventriculares.

620

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico como Apresentação Inicial de Mixoma Atrial Esquerdo

ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MILENA REGO DOS SANTOS; CLARISSA THIERS BENTO; MARCELO SOUZA HADLICH; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; FABÍOLA LEITE ARAGÃO; TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO

Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O mixoma atrial é um tumor raro, com incidência inferior a 0,1%. Entretanto, dentre as massas cardíacas, é o tumor benigno mais prevalente (cerca de 50%), sendo a embolização neurológica uma forma grave e possível de sua apresentação. **Relato do Caso:** Apresentamos o caso de paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada com acidente vascular cerebral isquêmico há um ano. Durante a investigação, o eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal e o ecocardiograma transtorácico revelou massa móvel em átrio esquerdo - de aspecto gelatinoso, pedunculada, se insinuando para via de entrada do ventrículo esquerdo, sem causar obstrução, com medidas de 2,7 x 1,9cm. Desta forma, foi realizada complementação diagnóstica com ressonância magnética cardíaca, a qual corroborou aspecto compatível com mixoma atrial esquerdo. A partir de tal resultado, foi submetida a ressecção cirúrgica da massa intracardíaca, com anatomopatológico confirmando a hipótese de mixoma atrial. Houve evolução satisfatória, sem intercorrências no período pós-operatório, prosseguindo-se alta hospitalar após o diagnóstico. **Discussão:** Os tumores cardíacos primários são raros, com incidência aproximada de 0,02%, benignos em mais de 75% dos casos, sendo majoritariamente representados pelos mixomas, macroscopicamente, de característica pedunculada e de aspecto gelatinoso. Ainda que alguns indivíduos apresentem-se assintomáticos, suas manifestações clínicas dependem da localização anatômica. Em 80% dos casos, os mixomas surgem no átrio esquerdo, cursando com sintomas constitucionais, insuficiência cardíaca, regurgitação mitral ou embolização. Na paciente em questão, o fato de a massa insinuar-se para o ventrículo esquerdo facilitou sua disseminação para a circulação sistêmica e, em última instância, para o sistema nervoso central. Dessa forma, o mixoma atrial é uma causa rara, porém potencialmente tratável de acidente vascular cerebral isquêmico, sendo a ressecção cirúrgica o tratamento preferencial, associada a baixo risco de recorrência.

7
Cardiopediatria e Cardiopatias Congênitas

38

Diagnóstico Tardio de Síndrome de Bland-White-Garland em Paciente Idosa

SABRINA BARBOSA PACHECO; DANIELA CAPUTI; CARLOS FILIPE PIMENTA; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSÉ XAVIER LOPEZ ROSAS
Hospital Universitario Pedro Ernesto – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de Alcapa é caracterizada pela origem anômala da artéria coronária esquerda a partir do tronco da artéria pulmonar. Acomete um em 300mil nascidos vivos, correspondendo a 0,24%-0,46% de todas as doenças cardíacas congênitas. **Relato do Caso:** MGSL, 75 anos, hipertensa, desde 2019 apresenta cansaço aos médios esforços, edema de membros inferiores, dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Em dezembro de 2019 foi internada com fibrilação atrial de alta resposta ventricular e edema agudo de pulmão, e diagnosticada com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (40%), e regurgitação mitral e tricúspide graves. Iniciou acompanhamento com cardiologista, com melhora parcial de sintomas e foi regulada para avaliação pré-operatória de doença valvar. Indicada coronariografia, realizada em junho de 2023, com anatomia de difícil caracterização, sendo optado por internação para investigação. Angiotomografia de coronárias apontou origem anômala do tronco da coronária esquerda, no tronco da artéria pulmonar, sendo diagnosticada Síndrome de Bland-White-Garland (ALCAPA); tortuosidade parietal de grau importante e dilatação difusa em todas as coronárias, incluindo formação de circulação colateral bem estabelecida e dilatação importante da coronária direita, com tronco de coronária esquerda bifurcando-se em descendente anterior e circunflexa. Novo ecocardiograma apontou função global de ventrículo esquerdo e direito preservadas, disfunção diastólica grau II, refluxo protossístolico de leve a moderado (atriogênico), aumento biatrial, estenose aórtica moderada. Discutido caso clínico, com a decisão de não abordagem cirúrgica da doença valvar e de tratamento conservador da ALCAPA. Segue em acompanhamento ambulatorial e está assintomática, classe funcional NYHA I. **Discussão:** A Síndrome de ALCAPA é classificada nos tipos infantil e adulto. Causa baixa perfusão do miocárdio, com mortalidade de cerca de 90% ainda na infância. Os adultos que sobrevivem apresentam circulação colateral da artéria coronária direita para o território da artéria coronária esquerda e apresentam risco de complicações isquêmicas como arritmias, insuficiência cardíaca e morte súbita cardíaca, pela isquemia subendocárdica crônica. A cirurgia de reimplante da artéria descendente anterior na artéria aorta é hoje o padrão ouro de tratamento.

221

Diagnóstico Intrauterino de Cardiopatia Congênita Cianótica: um Relato de Caso

LEONARDO GONÇALVES VELASCO; RAFAELLA SILVA SOUZA; THAÍS TAVARES PEREIRA SEABRA; THAINÁ FERREIRA VIAL; VITÓRIA DINIZ MACEDO DE BARROS; ALISON CHAGAS FERREIRA; MARIA TAVARES PEREIRA MONTEIRO
Faculdade de Medicina de Campos – Campos dos Goytacazes – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A tetralogia de Fallot (T4F) é a cardiopatia congênita cianótica mais comum, com prevalência de 4 a 5 por 10.000 nascidos vivos. A apresentação clínica depende do grau de obstrução da via de saída do ventrículo direito (VSVD) e da resistência vascular pulmonar (RVP). Em casos graves é indicada a cirurgia paliativa nos primeiros dias de vida. **Relato do Caso:** Paciente A.C.G.P., 2 meses, sexo feminino, diagnóstico de T4F por ecocardiograma fetal com 34 semanas de gestação. Evidenciada comunicação interventricular (CIV) com aorta dextroposta, hipertrofia do ventrículo direito (VD) e estenose pulmonar leve a moderada, caracterizando a T4F de boa anatomia. A paciente nasceu a termo, Apgar 9 / 9, peso 2.395 kg e 44.5 cm de estatura. Ao exame físico, apresentava-se acianótica, com sopro sistólico ejetivo em borda esternal esquerda alta. Após o parto, foi para UTI para monitorização, com alta em 10 dias. O primeiro ecocardiograma transtorácico (ETT) pós-natal confirmou a tetralogia com estenose pulmonar valvar (EPV) e RVP nos limites da normalidade. Após 3 semanas, houve piora da obstrução da VSVD com EPV moderada, episódios esporádicos de cianose, sendo iniciado propranolol. Um novo ETT foi realizado após 2 semanas evidenciando EPV grave. A paciente evoluiu com taquipneia, dispneia às mamadas e cianose significativa ao choro intenso, sendo internada para manejo clínico-terapêutico. **Discussão:** Em razão da piora da EPV, foi realizada a internação da paciente aos 35 dias de vida, e indicado cateterismo cardíaco para realização de valvuloplastia pulmonar percutânea. Como não havia obstrução infundibular significativa nem crises hipóxicas graves, não possui indicação de cirurgia paliativa, a Blalock-Taussing. A cirurgia de correção total deverá ser programada em torno de 6 meses de idade. Como já descrito em literatura atual, essa correção deve ocorrer mais precocemente, evitando complicações, sendo que um dos principais obstáculos para a cirurgia precoce são a RVP alta ou anomalia de coronária com trajeto pelo VD. Observa-se no caso relatado que apesar da T4F de boa anatomia, houve rápida progressão da EPV sendo necessário procedimento invasivo. Portanto, conclui-se que o diagnóstico fetal da cardiopatia, bem como acompanhamento clínico periódico correto permitem que as intervenções necessárias sejam realizadas adequadamente, favorecendo melhor prognóstico a curto e longo prazo.

55

Mixoma Atrial: Patologia Rara em Crianças e suas Graves Complicações

YOHANNA BAIAO PEREIRA PIREDDA; VIVIANE CAMPOS BARBOSA SENA; RENATA LABRONICI FIGUEIRA RODRIGUES ANTUNES; HÉRICA FALCI FERREIRA MACHADO; MARIA WAGNER; YASMIN FARIAS RODRIGUES ARAUJO; RENATA MATTOS SILVA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Tumores primários cardiacos são patologias raras, sendo os mixomas atriais um pouco mais de 50% dos casos. São incomuns em crianças de idade escolar e adolescentes. Cerca de 50% das crianças podem apresentar episodios embólicos, uma complicação grave com potencial de sequelas. **Relato do Caso:** Paciente feminina 10 anos, com história prévia de ressecção de mixoma em Outubro de 2020, interna em hospital quaternário com relato de episódio de acidente vascular cerebral confirmado por clínica e tomografia (TC) de crânio em setembro de 2023. Foi realizado ecocardiograma ambulatorialmente confirmando recidiva de mixoma. Paciente apresentava-se estável, sem queixas durante a internação, em uso de diurético 20mg / dia. Realizada ressecção de mixoma em outubro de 2023 sem intercorrências e ecotransesofágico compatível com mixoma no septo primium e em parede atrial esquerda. Durante internação realiza avaliação neurologia e angiotomografia de crânio, orientada acompanhamento ambulatorial com cardiologia pediátrica e neurologia infantil. **Discussão:** A maioira dos mixomas localizam-se no átrio esquerdo (75%), acometem mais adultos, é mais prevalente no sexo feminino e cerca de 10% dos casos tem relação genética autossômica dominante. A triade clássica são de sintomas obstrutivos (obstrução valvar e insuficiência ventricular), manifestações embólicas (sendo o acometimento cerebral o mais frequente) e sintomas inespecíficos (febre, perda de peso, mialgia, astenia e artralgia). É importante lembrar que alguns casos são assintomaticos, sendo diagnosticados com exames de imagem. O embolismo pode ocorrer em até metade das crianças com mixoma, com possibilidade de sequelas mais graves. É importante atentar-se a essa complicação iniciando o tratamento e acompanhamento com neurologista. O ecotranstorácico é um excelente exame diagnóstico para massas cardíacas, podendo determinar tamanho, localização, aderência e mobilidade do tumor. Também podemos utilizar ressonância magnética que permite distinguir massas benignas de malignas. A terapia de escolha é a ressecção do tumor em paciente com história de eventos tromboembólicos prévios, podendo também ser realizado em pacientes sem história de tromboembolismo mas com aumento da massa intracardíaca ou piora de outros sintomas. **Conclusão:** O acompanhamento ambulatorial nos casos de mixoma são de grande importância para diagnosticar recidivas, possibilitando então tratar de forma precoce os casos indicados a fim de evitar complicações mais graves da doença.

226

Síndrome de Brugada – A Importância da Investigação Genética nos Familiares

YOHANNA BAIAO PEREIRA PIREDDA; VIVIANE CAMPOS BARBOSA SENA; HÉRICA FALCI FERREIRA MACHADO; MARIA WAGNER; YASMIN FARIAS RODRIGUES ARAUJO; CAROLINA GAMA RODRIGUES SANTOS; RENATA ROSENTAL; RENATA MATTOS SILVA
Instituto Nacional de Cardiologia - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A síndrome de Brugada é descrita por episódios de síncope ou morte súbita, em pacientes com coração estruturalmente normal e um eletrocardiograma (ECG) com elevação do segmento ST em precoridais direitas sem aumento do intervalo QT. Tem relação genética sendo importante a investigação familiar. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 5 anos, interna em hospital federal do Rio de Janeiro para implante de Cardio desfibrilador implantavel (CDI), devido a teste genético positivo para a doença. Mãe foi diagnosticada em Maio de 2023 após episódios de sincope sendo implantado CDI. Diante do diagnostico iniciou investigação genética dos familiares tendo resultado positivo para o paciente. Retrospectivamente apresentou 3 episodios de sincope, sendo levado à unidade de pronto atendimento sendo tratado como causa idiopatica sem maiores investigações. Paciente interna em janeiro de 2024, após exames complementares e ECG com elevação de ST em V1, V2 sem demais alteraçoes nos exames foi implantado CDI sem intercorrências recebendo alta com acompanhamento no ambulatório de marcapasso. **Discussão:** A síndrome de Brugada é rara em crianças e seu diagnóstico é baseado nos achados clínicos e ECG. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar síncope, respiração ofegante noturna, palpitações e parada cardiorespiratória (PCR) recuperada. A característica no ECG clássica é o supradesnivelamento do segmento ST nas derivações precordiais direitas (V1 e V2). Há três padrões eletrocardiográficos reconhecidos mas apenas o tipo I define a síndrome de Brugada: supradesnivelamento do segmento ST maior que 2 mm, seguido de onda T descendente e negativa. A herança genética da síndrome de Brugada é autossômica dominante, sendo o gene SCN5A associado à síndrome em 20 a 25% dos casos. Em relação a terapêutica, deve-se evitar hipertermia e uso de drogas antiarrítmicas classe IC e não é recomendado a pratica de esportes competitivos. O CDI ainda é a opção terapêutica sendo sua indicação individualizada e relacionada a fatores de risco. **Conclusão:** A Síndrome de Brugada apesar de rara é importante diagnóstico diferencial, principalmente considerando que seu diagnóstico pode ser realizado pela clínica e ECG. A investigação genética familiar é fundamental para diagnóstico em casos assintomáticos ou como no caso da paciente aqui relatado.

232

Distribuição e Prevalência de Cardiopatia Congênita em 554 Pacientes com Síndrome de Down Conforme Grupo Etário

ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; PATRICIA APARECIDA CARDOSO VASCONCELOS; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO
Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de Down (SD) é a anomalia genética mais comum em seres humanos e é caracterizada pela trissomia do cromossomo 21 (T21). Tem colaborado com o aumento significativo na expectativa de vida o diagnóstico precoce da cardiopatia congênita e seu tratamento efetivo, evitando, assim, as complicações cardiológicas. Desta forma, é importante conhecer as cardiopatias mais prevalentes nas diferentes faixas etárias. **Objetivo:** Determinar a prevalência de cardiopatias em pessoas com SD atendidos pelo Centro de Referência em SD do Distrito Federal e avaliar relação comparativa entre tipo de cardiopatia e faixas etárias. **Materiais e Métodos:** Dados obtidos em anamnese no ambulatório de cardiologia do Centro de Referência em Síndrome de Down do Distrito Federal (Crisdown) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todos pacientes foram submetidos a exames de imagem, eletrocardiograma e ecocardiograma bidimensional com doppler. Todas análises foram realizados utilizando o Pacote estatístico para Ciências Sociais (SPSS) e teste de qui-quadrado de Pearson para análise de significância entre os grupos analisados. Foi realizado comparação da presença ou ausência de cardiopatia congênita entre grupos etários e considerado significante p-valor <0,05. **Resultados:** Foram avaliados 554 pacientes, sendo 257 com idade menor de 12 anos, 143 com idade entre 12 e 18 anos e 154 com idade acima de 18 anos. Não houve diferença significativa em relação a gênero nos diversos grupos. **Conclusões:** Observa-se que a prevalência de cardiopatia congênita varia signficativamente com a faixa etária, sendo mais prevalente a CIA em crianças e adolescentes e as valvulopatias nos adultos.

285

Cardiomiopatia Hipertrófica de Grave Apresentação em Adolescente

ERIKA SANTOS COSTA; BARBARA MAGALHÃES TIUBA; WASHINGTON MACIEL; ERIVELTON NASCIMENTO; MARIA EULÁLIA THEBIT PFEIFFER
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - Rio de Janeiro - RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: KF, 16 anos, masc. Paciente com história recente de dor em hemitórax esquerdo, localizada, de intensidade moderada, que melhora um pouco com uso de dorflex e fricção de pomadas. Por persistir o quadro, procurou a UPA, sendo encaminhado para avaliação. Nega outros sintomas. HPP e HFamiliar sem alterações. Ao exame físico: Bom estado geral. Fascies atípico, ativo, eupneico, corado, hidratado, acianótico, peso 88.700 kg .PA 102/69 mmHg, FC 88 bpm, Sat 97%. Pulsos palpáveis de amplitude normal. ACP: precórdio quieto. Ausência de abaulamentos ou retrações. Ictus em 4º EICE, sem frêmito. RCR 2T BNF SSE+++/6 BEE, média e alta, suave. SSR ++/6 suave na ponta irradiando para axila E. Pulmões com MV preservado sem ruídos adventícios. Abdome SMS. Membros sem edema. ECG: HVE importante, strain.Ondas T negativas em todas as derivações. Rx de tórax com discreto aumento de área cardíaca. Ecocardiograma: HVE concêntrica, miocárdio hiperrefringente, movimento sistólico anterior da válvula mitral com obstrução dinâmica de VSVE e gradiente de 80mmHg, Regurgitação mitral moderada. RM: HVE importante com obstrução dinâmica da VSVE. Septo de 30mm. Realce tardio mesocárdico, difuso, comprometendo cerca de 25-30% do miocárdio, com padrão atípico para doença isquêmica, sugestivo de injúria secundária a hipertrofia. **Conclusão:** Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva grave. Conduta: encaminhado para avaliação do Setor de Arritmia sendo indicado implante de CDI. **Discussão:** A CMH é uma doença congênita de transmissão genética autossômica dominante, causada por mutações em genes responsáveis pela codificação de proteínas do sarcômero cardíaco. Prevalência de 1:500 na população geral, podendo comprometer indivíduos de todas as idades e em diversos graus sendo a maior causa de morte súbita cardíaca em pessoas jovens. Evolução clínica diversa, desde assintomáticos, a insuficiência cardíaca grave e fibrilação atrial, e morte súbita ainda jovens. Devem ser avaliados fatores de risco como síncope, historia familiar de morte súbita, diâmetros septais =/>30mm. Recomenda-se uso de betabloqueadores nos sintomáticos e indicação de miectomia, alcoolização septal ou implante de CDI, conforme riscos e apresentação clínica. Em nosso paciente, por ter um alto risco devido ao grau de injúria miocárdica e hipertrofia septal, optamos por betabloqueador e implante de CDI para prevenção de arritmias graves. Paciente se encontra assintomático.

340

Acidente Vascular Encefálico Maligno em Adolescente sem Comorbidades

BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES
Hospital Geral de Nova Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) maligno ocorre quando há acometimento de mais de 50% do território da Artéria Cerebral Média. Este corresponde a cerca de 10% dos quadros de AVE. Dentre as causas mais comuns, destacam-se: tromboembolismo, dissecção da Artéria Carótida Interna e embolia paradoxal, através do Forame Oval Patente (FOP). **Relato do Caso**: Paciente feminina, 14 anos, previamente hígida, foi admitida em um Hospital Geral com quadro de hemiparesia a esquerda, desvio da comissura labial e rebaixamento do sensório. Relatava também cefaleia intensa, associada a vômitos incoercíveis nas últimas 24 horas. Ao exame físico, apresentava-se sonolenta, desperta ao chamado, acianótica, hidratada, corada, eupneica, taquicárdica, hipertensa e hemiparética a esquerda. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações significativas. Foi submetida a Tomografia Computadorizada de crânio, que demostrou extensa hipodensidade córtico-subcortical frontal a direita, com aplainamento dos sulcos corticais, compressão do ventrículo lateral e desvio das estruturas da linha média para a esquerda. A equipe de Neurocirurgia realizou craniectomia descompressiva sem intercorrências. Durante a internação, foi feita a investigação etiológica do AVE isquêmico, com exames laboratoriais que descartaram trombofilias, infecções e doenças reumatológicas. Eletrocardiograma em ritmo sinusal e Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) dentro da normalidade. Sendo assim, diante da não-elucidação da etiologia, optou-se por realizar o Ecocardiograma Transesofágico (ECOTE), com uso de microbolhas, que conseguiu demonstrar a presença de FOP com shunt direito-esquerdo. A paciente foi posteriormente encaminhada para serviço de Cardiologia para acompanhamento e correção da cardiopatia estrutural. **Discussão:** O forame oval é um orifício que possibilita a comunicação interatrial e que ocorre na circulação fetal normal. Após o nascimento, há o aumento da pressão no átrio esquerdo e consequente oclusão deste espaço. O FOP decorre do não-fechamento desta comunicação. O FOP está presente em cerca de 34% dos adultos e é mais prevalente ainda em pacientes com AVE isquêmico de causa desconhecida (criptogênico). A fisiopatologia envolve a presença de embolia paradoxal. O diagnóstico pode ser feito com ECOTT ou ECOTE. Em pacientes com AVE criptogênico, o tratamento com fechamento do FOP é mais eficaz do que o uso isolado de antiagregantes plaquetários

393

Miocardite Recorrente e Doença dos Desmossomos

ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; RAQUEL GERMER TOJA COUTO; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; AMANDA FRANZOI MOTTER; EDUARDA CORRÊA MAIA; VIRGINIA LAIS FERREIRA; GABRIELLA LIMA PEREIRA DA SILVA; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A miocardiopatia arritmogênica (MCA) com acometimento do ventrículo esquerdo e quadro clínico sugestivo de miocardite representa um desafio diagnóstico, a sua base genética é heterogênea com destaque para os genes que codificam as proteínas dos desmossomos. Apresentamos o relato de caso de miocardite recorrente e diagnóstico de MCA. **Relato do Caso:** Adolescente feminina, início do quadro em 2019 aos 11 anos, apresentando dor precordial e elevação de troponina, com coração estruturalmente normal, sem sobrecargas ou disfunção. Diagnosticada inicialmente com miopericardite e tratada com AINE com melhora dos sintomas. Desde então, necessitou de seis internações hospitalares devido quadro recorrente de dor precordial, elevação da troponina e presença de ectopias ventriculares no eletrocardiograma (ECG). Os episódios de dor precordial ocorriam após realização de atividade física. Ao longo do acompanhamento foi investigada com: Holter 24 (2808 ectopias ventriculares polimórficas isoladas e 96 episódios em salva de duas); ressonância magnética cardíaca (fibrose miocárdica atípica para doença arterial coronariana, com fibrose estimada em 12% da massa do VE); pesquisa para doença reumatológica (negativa); biópsia endomiocárdica (negativa para inflamação, agentes infecciosos e granuloma). Ecocardiograma (Strain Global alterado -13). Em 2023, tia materna apresentou morte súbita (MS) aos 48 anos. Adolescente foi submetida a investigação genética através do projeto RENOMICA, a qual indicou variante patogênica (VP) no gene DSP confirmando o diagnóstico de MCA. O rastreio em cascata demonstrou que sua mãe possui a mesma variante, apesar de assintomática. **Discussão:** O gene DSP, codifica a desmoplaquina, responsável pela força entre os desmossomos cardíacos e os filamentos intermediários, assim VP nesse gene causam lesão miocárdica episódica, fibrose ventricular esquerda, alta incidência de arritmias ventriculares com risco para MS e evolução para insuficiência cardíaca. Este quadro apresenta uma manifestação clínica incomum da MCA, devendo ser incluído no diagnóstico diferencial de síndromes inflamatórias do miocárdio. Esta apresentação clínica é definida como hot-phase ou miocardite-like, caracterizada por dor torácica, alterações eletrocardiográficas e elevação de troponina. A história familiar e clínica, em conjunto com o teste genético, são essenciais para a confirmação diagnóstica.

482

Cirurgia de Reimplante da Artéria Coronária Direita na Infância: Raro Caso de ARCAPA

AMANDA APARECIDA AGUIAR BALDUCE; ALAN EDUARDO SILVA; DENOEL MARCELINO DE OLIVEIRA; LUIZ ALBERTO CHRISTIANI; FÁBIO BERGMAN; JULIANA SERAFIM DA SILVEIRA; MARIANA PÓVOA-CORRÊA
BabyCor Cardiologia Pediátrica e Fetal – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
ProEcho Diagnósticos – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Macaé – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A artéria coronária direita (ACD) anômala com origem da artéria pulmonar principal (ARCAPA) é uma má formação congênita rara encontrada em 0,002% da população. A ARCAPA é definida quando a ACD, ao invés de surgir no seio aórtico, origina-se da artéria pulmonar. As manifestações clínicas mais comuns da doença incluem dor torácica, síncope, dispneia, além de ser importante causa de morte súbita de origem cardíaca. **Relato do Caso:** No presente relato, paciente de 5 anos, sexo feminino, sem comorbidades e histórico familiar de cardiopatias, foi atendida em 2015 com queixa de abaulamento do hemitoráx esquerdo e dor torácica atípica de rápida duração e início súbito. Ao exame físico, ritmo cardíaco irregular com extrassístoles, sem demais alterações. Ao eletrocardiograma (ECG), paciente apresentou taquicardia sinusal e inúmeras extrassístoles ventriculares, sem demais alterações. Ao ecocardiograma (ECO) foi observado coronária esquerda dilatada com presença de imagens sugestivas de fluxo coronariano em região de septo interventricular e na artéria pulmonar. Feito hipótese diagnóstica de ARCAPA, tendo a fístula coronariana como diagnóstico diferencial. Ao realizar o cateterismo, foi confirmado o diagnóstico de ARCAPA e indicado cirurgia corretiva. O procedimento de transposição da ACD para a aorta foi realizado, com redirecionamento do fluxo, por ressecção da coronária do tronco pulmonar e reconstrução da artéria pulmonar com pericárdio autólogo. No pós-operatório, o ECO mostrou a ACD posicionada no seio aórtico, sem ectasias e coronária esquerda normal. Atualmente, ao ECO, observa-se apenas ectasia da origem da coronária direita e insuficiência moderada da valva pulmonar. Paciente segue clinicamente bem, sem queixas cardiológicas e sem limitações funcionais. **Discussão:** A principal preocupação desta anomalia, além do potencial risco de morte súbita, é o "roubo coronariano" devido ao fluxo retrógrado de sangue para artéria pulmonar, dada a baixa pressão neste vaso. Este evento está relacionado à isquemia no território da ACD e pode ser um dos fatores que desencadearam a clínica da paciente. A reimplantação da ACD na aorta é o tratamento de escolha assim como foi descrito neste relato de caso. Desta forma, o diagnóstico realizado a partir do cateterismo foi fundamental para a correção da cardiopatia congênita, resultando em benefícios a curto e a longo prazo, reduzindo potencialmente o risco de morte súbita por origem cardíaca.

494

Miocardites e Pericardites na COVID19 e Síndrome Inflamatória Multissistêmica: um Recorte do Registro ChARisMA

AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA; JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; JULIANA MUTZ ALBANO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; SARA AIMEE MIRANDA; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As miocardites e pericardites constituem processos inflamatórios do miocárdio e pericárdio, sendo relacionada às infecções virais, doenças autoimunes e hiperestimulação do sistema imunológico, entre outras etiologias.[1] A Síndrome Inflamatória Multissistêmica relacionada à pandemia (SIM-P) foi descrita como sendo um processo hiperinflamatório semelhante à doença de Kawasaki e à síndrome do choque tóxico. **Objetivo:** Conhecer a incidência das miocardites, suas características clínicas e laboratoriais e seus desfechos em crianças e adolescentes com a SIM-P e COVID19. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional (registro), tipo coorte, com seguimento longitudinal. Amostra foi obtida no registro das miocardites e miocardiopatias em crianças e adolescentes (ChARisMA). O estudo analisou pacientes de zero a 19 anos, com diagnóstico clínico e/ou de imagem de miocardite. Todos tiveram o seu TCLE assinado por seus responsáveis e o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética local sob o CAAE: 58056516.0.0000.5264. **Resultados:** Nesta coorte, apresentamos os dados de um único centro com recrutamento de 36 crianças, das quais 58,2% apresentavam miocardite e 8,3% pericardite, sendo a maioria do sexo masculino 78,9% com idade média 3,4 anos. A unidade de terapia intensiva foi necessária por 58,3% e 19,4% utilizaram inotrópicos. Imunoglobulina intravenosa foi administrada em 94,4% com corticoterapia adjuvante em 100%. Um NT-proBNP elevado mostrou uma correlação positiva com a ressonância cardíaca (RMC) (p=0,001) a despeito de uma troponina negativa. Dois pacientes (5,5%) apresentaram choque cardiogênico na admissão. O ECG foi uma ferramenta relevante na sala de emergência: intervalo ST supra, fragmentação QRS e intervalo PR infra foi descrito em 84,2% dos 19 pacientes acometidos. Apenas 11% apresentavam alterações ecocardiográficas (aneurisma de artéria coronária – AAC, derrame pericárdico e disfunção do ventrículo esquerdo). Edema foi o achado mais comum na RMC, realce tardio e derrame pericárdico em 26,3%. As bases anterior, lateral e inferior foram os segmentos de parede mais acometidos (68,4%). **Conclusões:** As miocardites e pericardites agudas são o comprometimento cardíaco mais comum em pacientes com SIM-P. Apesar de semelhante à Kawasaki, apenas dois pacientes apresentavam AAC e ambos apresentavam edema demonstrado na RMC. A RMC mostrou-se relevante na documentação da extensão da lesão e o acompanhamento dos biomarcadores demonstraram ser importante ferramenta na observação da instalação da lesão.

486

Kawasaki em Criança: Relato e Follow Up de um Caso

JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; JULIANA MUTZ ALBANO; SARA AIMEE MIRANDA; AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA
Universidade Federal Fluminense UFF – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença de Kawasaki é uma patologia multissistêmica febril e aguda pediátrica, sendo 80% em crianças com até 5 anos de idade. Apresenta diversas manifestações mucocutâneos e adenite cervical não supurativa. É uma doença que possui predileção por artérias de pequeno e médio porte, principalmente as artérias coronárias. O diagnóstico é um desafio visto às variadas apresentações clínicas e semelhanças com diversas doenças virais e bacterianas. Contudo, são definidas algumas sintomatologias clássicas - febre persistente, alterações na mucosa oral e lábios, linfadenopatia cervical e alterações cutâneas em mãos e pés - junto a exames laboratoriais de suporte que ajudam no diagnóstico. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 6 meses, foi levada a serviço de emergência com febre de 39°C, hiperemia conjuntival e rash cutâneo, tendo apresentado quadro viral 4-5 semanas antes. Foi internada no 5° dia de doença com a hipótese de Síndrome de Kawasaki. Usou imunoglobulina e corticoide. A paciente retornou 1 semana após a alta com febre persistente e piora das provas de atividade inflamatória. Fez-se novamente imunoglobulina e corticoide. Ecocardiograma de controle 1 após segunda alta mostrou aneurisma gigante da CX e ectasia das demais coronárias. Iniciou-se varfarina, clopidogrel e AAS. Após 1 semana, o Ecocardiograma controle revelou trombo no aneurisma com oclusão de cerca de 40% da luz. A paciente foi internada sendo realizada a administração de alteplase com boa resolução. Quadro atual: 1 ano e 2 meses, lesões melhores, mantém ectasia da DA e aneurisma da Cx. Último EXG realizado há 1 dia com resultado normal. **Discussão:** Este caso apresenta-se de forma incompleta ou atípica, uma vez que, embora o paciente não preencha os critérios diagnósticos, a presença de sinais de coronariopatia no ecocardiograma indica a doença de Kawasaki, sobrepondo-se aos demais diagnósticos diferenciais. Além disso, a apresentação atípica, a resistência à imunoglobulina e o risco aumentado de aneurismas são mais comuns em bebês ≤6 meses de idade. Portanto, as opções de tratamento são mais limitadas nessa faixa etária. Como exposto, a presença de sinais de coronariopatia no ecocardiograma foram cruciais para indicar a doença na paciente, destacando a importância de uma boa conduta clínica e exames complementares. Ademais, a monitorização do tratamento e avaliações periódicas para ajuste da medicação foram de suma importância na melhora do quadro clínico da paciente.

545

Insuficiência Valvar Pulmonar Melhorada Durante Gestação Não Planejada

NATHALIA WANDERLEY MONÇORES VELLOSO; IZADORA BIGHETTI BRITO; CÍNTIA CHAVES MATTOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FÁBIO AKIO NISHIJUKA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Tetralogia de Fallot (T4F) é uma cardiopatia congênita de alta prevalência, caracterizada pela presença de comunicação interventricular, obstrução da via de via de saída do ventrículo direito (VSVD), hipertrofia ventricular direita e dextroposição da aorta. A correção cirúrgica é feita tipicamente até os 6 meses. Complicações tardias envolvem insuficiência pulmonar (IP) grave, endocardite, arritmias supra e ventriculares. **Relato do Caso:** Mulher de 30 anos com múltiplas perdas de seguimento ambulatorial, realizou correção da T4F aos 7 anos. Submetida à ventriculosseptoplastia, abertura da VSVD e instalação de placa monocúspide transvalvar nº 14. Aos 26 anos evoluiu com piora da classe funcional (NYHA III) e apesar da função biventricular preservada, apresentava arritmias supraventriculares, insuficiência pulmonar importante e volume diastólico final de ventrículo direito (VDFVD) com 165 mL/m2, indicando necessidade de trova valva pulmonar. No entanto, a cirurgia foi suspensa pela pandemia de COVID-19 associado ao fato de gestação não planejada. Manteve-se em NYHA II/III até que, aos 29 anos, houve nova tentativa de troca valvar, retardada devido a uma segunda gestação. Apesar de referir NYHA III, durante avaliação pré e pós-natal, estavam ausentes ectopias supraventriculares além da melhora dos diâmetros do VD e melhora da IP no ECOTT. **Discussão:** Aproximadamente um terço dos adultos operados de T4F requer reoperação devido a sequelas tardias. A IP causa sobrecarga volumétrica do VD com dilatação progressiva e os parâmetros da RM cardíaca e do ECOTT auxiliam no timing cirúrgico. As alterações fisiológicas da gestação predispõem a risco de descompensação. As submetidas a reparo cirúrgico com boa evolução apresentam risco da gestação semelhante à população geral. No entanto, naquelas com sobrecarga importante de VD, seja de pressão e/ou volume, apresentam maior risco de descompensação da classe funcional, além de arritmias atriais ou ventriculares. Curiosamente, no caso descrito houve uma adaptação do sistema cardiovascular, com melhora da dilatação ventricular e da IP durante a nova gravidez, não havendo necessidade, por ora, de nova correção cirúrgica. No momento, segue estável e aguardando a realização de nova ressonância cardíaca para confirmação dos parâmetros ecocardiográficos.

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):40-46

600

Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde e Perfil Microbiológico em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Cirúrgica Cardíaca

JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; ISABELA CAROLINE ALVES NASCIMENTO; WENDER EMILIANO SOARES; PÉROLA FIGUEIREDO VERÍSSIMO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; PAOLLA MARINHO CONTILDES; CRISTIANE HENRIQUES TEIXEIRA; ANDRÉ RICARDO ARAUJO SILVA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) são eventos adversos em unidades de terapia intensiva, principalmente as causadas por germes multirresistentes. **Objetivo:** Relatar as taxas de IRAS ocorridas em UTI pediátrica cirúrgica cardíaca e perfil microbiológico. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado em uma UTI pediátrica cirúrgica cardíaca do município do Rio de Janeiro, em 2023. Foi utilizada a definição de IRAS proposta pela ANVISA de 2023. Foi realizada uma análise descritiva da topografia da IRAS e perfil microbiológico. A taxa de IRAS foi expressa em densidade incidência por 1000/pacientes- dias (DI/1000 PD) e os valores em porcentagens. **Resultados:** Foram admitidos 463 pacientes, totalizando 4119 pacientes-dia e 36 IRAS, com uma DI/1000 PD de 8,7. Bactérias Gram-negativas (BGN) foram isoladas em 21 ocasiões, bactérias Gram-positivas (BGP) em 5, fungos em 4 e em 6 ocasiões, o agente causador não foi isolado. As principais topografias de IRAS foram: infecção urinária não associada a cateter vesical (10/36=27,8%) infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (9/36=25%), pneumonia não associada à ventilação mecânica (4/36=11,1%) e outros sítios em 13/36 (36,1%). Entre as BGN, foi verificado perfil de resistência em 11/21 (52,4%), das quais 3/21 (14,3%) com perfil de resistência à carbapenêmicos. Entre as BGP, somente 1/5 (20%) apresentou perfil de resistência. **Conclusões:** As bactérias gram-negativas representaram o maior quantitativo das IRAS em UTI pediátrica cardíaca cirúrgica. O perfil de BGN resistentes a carbapenêmicos representaram menos de 10% de todas as IRAS.

606

Evolução Cardiovascular em Paciente com Distrofia Muscular de Duchenne Subclínica: um Relato de Caso

MARCOS MORAIS DE MEIS; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; DAVI WHATELY AMAR; MADJER BRILHANTE DE MORAES; FERNANDA BATISTA FERREIRA; SEBASTIANA BESSA PORTO; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – RJ – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é um raro distúrbio genético relacionado a distrofina, que promove degeneração e necrose nos músculos esqueléticos, assim como ao miocárdio. Avanços terapêuticos têm aumentado a expectativa de vida dos pacientes, mas há uma crescente demanda por intervenções farmacológicas com intuito de retardar a cardiomiopatia associada à forma tardia da DMD. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 10 anos, portador de DMD, diagnosticado aos 4 anos por teste molecular, com deleção em hemizigose dos éxons 45 a 50. Em uso de deflazacort, espironolactona, enalapril e carvedilol desde o diagnóstico. Iniciou acompanhamento clínico em centro de referência de um hospital universitário em 2019, com ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciando assincronia de paredes e deformação longitudinal global (DLG) de -15,7%, fração de ejeção ventricular esquerda de 53% e encurtamento sistólico de 32%. Em 2020, realizou novo ECOTT que evidenciou discreta dilatação do átrio esquerdo e da artéria pulmonar, além de um Eletrocardiograma com Bloqueio de Ramo Direito. Diante desses novos achados, as doses das medicações foram otimizadas visando a cardioproteção do paciente. No ano seguinte, foi submetido a novo ECOTT que apontou agravamento do remodelamento cardíaco, com hipertrofia e discreta dilatação de ventrículo direito, DLG de -15,6%, apesar da otimização posológica, demonstrando clara progressão da doença e que a terapia padrão atual possui eficácia limitada. Contudo, em 2023, após 4 anos de judicialização, foi determinado o fornecimento da medicação Eteplirsen 780mg/semana, atuante na excisão do éxon 51, permitindo a produção de uma minidistrofina funcional. Após início do Eteplirsen, não houve piora evolutiva da cardiomiopatia, apresentando boa aceitação e resposta à nova terapia. Entretanto, ainda é recente para ponderar sua eficácia em retardar a progressão da doença, que mostra-se refratária à terapia convencional. **Discussão:** Com a crescente sobrevida dos pacientes com DMD, evitar a progressão da cardiomiopatia torna-se um dos principais desafios médicos. No entanto, as terapias convencionais têm limitações, destacando a urgência de novos tratamentos para retardar a doença. Novas terapias como o Eteplirsen oferecem esperança para uma parcela específica dessa população, mas ainda não há uma solução definitiva para curar ou retardar efetivamente a progressão da DMD, melhorando a qualidade de vida e prognóstico desses pacientes.

650

Endocardite Infecciosa e Cardiopatia Congênita Complexa: do Diagnóstico ao Tratamento

ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MARIA CAROLINA TERRA COLA; FÁBIO AKIO NISHIJUKA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; CÍNTIA CRISTINA CHAVES MATTOSO; BOABEDIL JUNIOR XAVIER ALVES
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As manifestações clínicas das cardiopatias congênitas (CC) variam de acordo com a complexidade das mesmas, sendo as cianóticas com maior risco para endocardite infecciosa (EI). **Relato do Caso:** Homem de 19 anos, portador de CC complexa cianótica não corrigida por limitação anatômica (hipoplasia artéria pulmonar), composta por atresia da valva pulmonar, comunicação interventricular (CIV) e colaterais aorto-pulmonares. Apresentou ataque isquêmico transitório, associado à febre de 39,6ºC. Angiotomografia cerebral evidenciou imagens compatíveis com abscessos cerebrais, associado a hemoculturas positivas para Streptococcus mitis e ecocardiograma transesofágico com imagem aditiva filamentar, móvel, de 0,9cm em válvula tricúspide. Feito diagnóstico de EI com embolização para sistema nervoso central, administrada antibioticoterapia com Gentamicina por duas semanas e Ceftriaxone por oito semanas, resultando em hemoculturas negativas, ausência de vegetações, porém, ainda com resquício do abscesso cerebral. Após discussão com Infectologia, seguimos sem abordagens cirúrgicas, mantendo Amoxicilina ambulatorial até controle radiológico após três meses. No seguimento, houve resolução completa das alterações supracitadas, sendo finalizada antibioticoterapia. **Discussão:** Atresia pulmonar com CIV é uma CC cianótica com hipofluxo pulmonar, sendo necessária intervenção cirúrgica ao nascimento. Como o paciente em questão não foi submetido a procedimento paliativo, comporta-se como sobrevivente natural da doença, cursando com hipoplasia do leito arterial pulmonar, o qual é nutrido a partir de colaterais aorto-pulmonares. Tal anatomia não corrigida promove mistura de sangue venoso e arterial, com shunt da direita para esquerda e, quando ocorre EI, há maior risco de embolização para qualquer outro território sistêmico, inclusive sistema nervoso central, cursando com abscesso cerebral. Os principais agentes causadores de EI são bactérias gram-positivas, principalmente Staphylococcus, Streptococcus e Enterococcus, sendo a antibioticoterapia direcionada ao organismo isolado em hemocultura. Para esses pacientes, profilaxia para procedimentos odontológicos é sempre recomendada, por conta do maior risco de EI. Por fim, destaca-se a importância de adequada higiene bucal diária como forma de prevenção da EI.

662

Gestante com Membrana Subaórtica e Comunicação Interventricular com Indicação Cirúrgica

LUIZA FONSECA BRANDÃO; RAFAELA VIEIRALVES JOÃO IZZO PINTO; NATHALIA WANDERLEY MONÇORES VELLOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; CÍNTIA RIBAS SOUZA; FLÁVIA CUNHA DOS SANTOS; ROBERTA SIUFFO SCHNEIDER DUQUE
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A membrana subaórtica é causa de estenose aórtica (EAo) e representa 1% das doenças cardíacas congênitas. Ela é caracterizada por uma membrana tipicamente muscular logo abaixo da válvula aórtica, causando obstrução ao fluxo sanguíneo através da via de saída do ventrículo esquerdo (VE). Uma gestação numa paciente com EAo grave é considerada de alto risco, sendo portando, importante um planejamento familiar. Mesmo assim, muitas vezes nos deparamos com pacientes que engravidam e não é fácil a decisão de levar adiante uma gestação que envolve tanto risco materno-fetal. **Relato do Caso:** Feminina, 23 anos, portadora de membrana subaórtica e comunicação interventricular, com história de miectomia septal e comissurotomia valvar, evoluindo com bloqueio átrio-ventricular total e implante de marcarpasso em 2011, interna para avaliação de segunda abordagem cirúrgica por piora de classe funcional com dispneia NYHA III, ortopneia e edema com resposta insatisfatória ao ajuste medicamentoso. O ecocardiograma evidenciou membrana subaórtica de 0,4 cm, envolvendo via de saída do VE, gerando aceleração de fluxo com gradiente médio de 56mmHg. A mesma referiu possibilidade de gestação, confirmado por dosagem de beta-HCG. Mantido acompanhamento por serviço de obstetrícia que cogitou interrupção da gestação ainda no primeiro trimestre por alto risco materno-fetal, quando a mesma evoluiu com edema agudo de pulmão após quadro infeccioso, porém após compensação clínica a paciente manteve-se estável hemodinamicamente e, por desejo da mesma de prosseguir com a gestação e pela ausência de critérios formais de interrupção (função de VE preservada, ausência de arritmia grave e compensação clínica) optou-se por acompanhamento ambulatorial obstétrico e cardiológico a cada 15 dias. Manteve-se então em NYHA II. Por volta da 29 semana começou um quadro de congestão com necessidade de diurético de alça inicialmente por via oral, porém, interna com piora da congestão e hipotensão associada e, portanto, com indicação de interrupção da gestação, que aconteceu na 31 semana. **Discussão:** A paciente tinha um forte desejo de prosseguir com a gestação apesar de informada do alto risco materno-fetal, o que foi atendido pelos médicos que a assistiram intensificando o acompanhamento ambulatorial. A evolução clínica dessas pacientes é muito variável e, portanto, segue sendo importante a particularidade de cada caso quanto ao acompanhamento, tratamento e interrupção ou não da gestação.

678

Sobrevivente Natural de Cardiopatia Congênita Cianótica Complexa

LUIZA FONSECA BRANDÃO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FABIO AKIO NISHIJUKA; BOABEDIL JUNIOR XAVIER ALVES
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A atresia pulmonar (AP) com comunicação interventricular (CIV) tem uma incidência de 0,07% em 1000 nascido vivos, representando aproximadamente 2,5% das doenças cardíacas congênitas. A combinação de AP com CIV e circulação pulmonar suprida por fístulas aorto-pulmonares é rara e considerada atresia pulmonar complexa pela grande variação de suprimento sanguíneo pulmonar. O relato de caso de um sobrevivente natural, ou seja, sem correção cirúrgica, de uma doença cardíaca complexa cianótica tem como objetivo discutir o manejo clínico desses pacientes, assim como a possibilidade deles terem uma sobrevida satisfatória com qualidade de vida, apesar dos riscos inerentes da patologia. **Relato do Caso**: Feminina, 60 anos, portadora de cardiopatia congênita cianótica complexa - atresia pulmonar e comunicação interventricular - sobrevivente natural, mantendo uma circulação pulmonar patente por meio de fístulas aorto-pulmonares, classificação Barbero-Marcial tipo C, confirmado por angiotomografia. Mantendo-se majoritariamente em classe funcional II (NYHA) com reabilitação cardíaca e controle de pressão arterial para garantir bom enchimento das fístulas e consequentemente boa perfusão pulmonar, além de controle de outras comorbidades coexistentes. **Discussão:** A sobrevida desses pacientes portadores de AP e CIV com diferentes espectros da doença, referentes ao suprimento sanguíneo pulmonar, está relacionada ao avanço das técnicas cirúrgicas que permitem que eles cheguem à idade adulta, porém há poucos dados sobre os pacientes que chegam na fase adulta sem correção cirúrgica devido a grande complexidade e baixa sobrevida dessa população. Ainda mais raros são os casos em que eles mantem boa qualidade de vida apenas com tratamento clínico, assim como a paciente do caso em questão.

729

Endocardite Neonatal

RAFAEL COUTO FIGUEIRINHA; RAFAEL DE CARVALHO CHIMELLI; MARIA EDUARDA MIRANDA E SILVA DE SÁ EARP; MARIA FERNANDA CAVALCANTI CEPPAS TEIXEIRA; GABRIEL COUTO FIGUEIRINHA
Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Endocardite Infecciosa (EI) caracteriza-se por colonização ou invasão de um agente microbiano nas valvas cardíacas e no endocárdio mural, resultando na formação de vegetações volumosas e friáveis, bem como na destruição dos tecidos cardíacos subjacentes. A EI no período neonatal (primeiros 28 dias de vida) é uma doença rara. Até a década de 1980, o diagnóstico da doença em neonatos era quase sempre através de necropsia. **Relato do Caso:** Antecedentes maternos: 27 anos G2/P2/A1, sorologias negativas, sem outras intercorrências. RN do sexo masculino, idade gestacional de 41 semanas e 1 dia. Apresentou cordão com artéria umbilical única e ânus imperfurado, sendo encaminhado à UTI neonatal de um hospital escola situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro. No período, foi realizada uma punção em veia jugular interna direita, quatro inserções de cateter central com infusão periférica. Apresentou ainda três hemoculturas positivas para Staphylococcus coagulase. Ao trigésimo oitavo dia de vida, apresentou ecocardiograma com hipertensão pulmonar (PSAP 80), insuficiência aórtica moderada a grave, com imagem sugestiva de vegetação em folheto coronariano e persistência de canal arterial amplo. Evoluiu com sepse tardia, choque séptico, mesmo em vigência de antibiótico terapia de amplo espectro. Paciente veio a óbito ao quadragésimo quinto dia de vida. **Discussão:** A EI no período neonatal é uma doença de difícil diagnóstico, mostrando-se necessária uma investigação minuciosa, sendo mais comum em recém nascidos que estão sob cuidados intensivos por grandes períodos. A clínica da endocardite infecciosa, sobretudo no período neonatal, tem caráter inespecífico, em que o paciente pode apresentar febre, desconforto respiratório, anorexia, sopro cardíaco, taquicardia, insuficiência cardíaca e hipotensão. A presença de cardiopatia congênita é considerada um importante fator de risco, sendo observada em 8% dos neonatos com endocardite, porém a grande maioria dos neonatos com EI não tem doença cardíaca subjacente, nessas o cateter venoso central, a formação de trombo e colonização bacteriana ou fúngica representam a forma mais comum de infecção do endocárdio. É importante estar atento aos fatores de risco, sobretudo invasões com catéter venoso central, possíveis condições anatômicas predisponentes, população mais acometida, bem como aos critérios diagnósticos (Critérios da Duke University) para endocardite infecciosa e aos seus tratamentos, para que sejam instituídos de maneira acurada.

791

Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica: Desenvolvimento de uma Plataforma de Ensino de Reanimação Cardiopulmonar Gamificada

MARIARA LOPES DA COSTA MARQUES; THAYANNE MENDES DE ANDRADE; JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; THAIS ROCHA SALIM; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA; CAROLINA SANTIAGO DE MEDEIROS; GERALDO XEXEO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A parada cardiorrespiratória (PCR) pediátrica é uma importante causa de emergência cardiovascular no Brasil. Apesar de grandes avanços, as taxas de mortalidade (TM) da PCR no ambiente hospitalar se mostram três vezes maiores quando comparado ao pré-hospitalar. Para melhorar os desfechos clínicos e a prática da reanimação cardiopulmonar (RCP), é necessária a construção de estratégias de ensino inovadoras. **Objetivo:** Construir uma plataforma de ensino para conhecimento e atuação de profissionais e alunos de graduação da área da saúde, habilitando-os no reconhecimento da PCR, técnicas de execução e atualizações da RCP em Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria. **Materiais e Métodos:** Desenvolvimento de plataforma de treinamento gamificada em RCP pediátrica em suporte básico e avançado de vida para profissionais da área da saúde, a partir de prototipagem. Posteriormente, ocorrerá a validação da plataforma através de pré-teste e pós-teste, em ambiente virtual, e avaliação em ambiente de simulação prática presencial após conclusão do treinamento virtual. Os dados estatísticos sobre a declaração de óbito (DO) e TM foram obtidos pelo DATASUS através do SIM, pelo IBGE e SINASC. **Resultados:** No Brasil, de 1996-2019, a principal causa básica de morte com descrição de PCR na sequência de óbito foi a doença do sistema respiratório, nos menores de 20 anos. Quando observado o local de ocorrência desses óbitos em que a PCR foi descrita na sequência de morte, 83% ocorreram em ambiente intra-hospitalar. Como estratégia para mudar o desfecho desse prognóstico, foi produzida uma plataforma de ensino gamificada, alocada no moodle, apresentando pré-teste e pós-teste com 25 questões em suporte básico e avançado de vida pediátrico, um e-book com o algoritmo em RCP pediátrico e dois módulos de ensino gamificado, divididos entre RCP voltado ao lactente e ao escolar, com pontuação mínima para aprovação. **Conclusões**: a implementação de uma plataforma gamificada dedicada à RCP pediátrica representa uma abordagem inovadora e promissora para melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade em crianças com parada cardiorrespiratória. Essa estratégia não apenas fortalece a competência dos profissionais de saúde e do público em geral, mas também demonstra o potencial transformador da tecnologia na medicina.

792

Perfil de Morte por Todas as Causas e o Comportamento das Doenças do Aparelho Circulatório na Infância Durante a Pandemia de COVID-19, no Brasil

MARIARA LOPES DA COSTA MARQUES; THAYANNE MENDES DE ANDRADE; JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; THAIS ROCHA SALIM; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA; CAROLINA SANTIAGO DE MEDEIROS; GERALDO XEXEO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Entre 2020 e 2023, a pandemia da COVID-19 modificou a forma de morrer em todas as faixas etárias. Em estudos internacionais, a taxa de mortalidade (TxM) infantil variou conforme o nível socioeconômico e o modo de enfrentamento à pandemia. As doenças do aparelho circulatório foram um dos principais fatores de risco para pior prognóstico e óbito entre adultos. No Brasil, não foram encontrados estudos de observação sobre TxM entre os menores de 20 anos por todas as causas e por doenças do aparelho circulatório, para entender o impacto da COVID-19 na saúde infantil. **Objetivo:** Analisar as TxM por causas básicas de morte no país, por macrorregião, nos menores de 20 anos, entre 2019 e 2021, em ambos os sexos, e o comportamento das TxM por doenças circulatórias nessa faixa etária, entendendo o papel da pandemia nas causas de óbitos. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico de série temporal, de 2019 a 2021, de óbitos em menores de 20 anos, avaliando as TxM e mortalidade proporcional por causa básica, em ambos os sexos. A distribuição por quartis das TxM por causas básicas e por doenças circulatórias. Utilizou-se os dados sobre os óbitos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As informações populacionais foram retiradas de projeções de cálculos estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados:** No país, de 2019 a 2021, ocorreram 183.070 óbitos em menores de 20 anos por todas as causas básicas, em ambos os sexos, com TxM de 68,2 por 100 mil habitantes e com maiores taxas entre os menores de 1 ano, independente da causa básica. As principais causas de morte foram perinatais, externas e malformações congênitas, respectivamente. A TxM apresentou queda de 9% entre 2019 e 2020 e de 0,1% entre 2020 e 2021. As maiores TxM foram no Norte e Nordeste. Quanto às doenças circulatórias, houve redução entre 2019 e 2020, em todas as faixas etárias, com aumento em 2021, exceto em adolescentes de 15 a 19 anos, que tiveram aumento das mortes por essa causa no Sudeste e no Centro-Oeste. Houve uma queda de 6% de nascidos vivos entre 2019 e 2021. **Conclusões:** A redução de nascimentos pode se relacionar com a queda na TxM infantil. A alta TxM em menores de 20 anos no Norte e no Nordeste estão, provavelmente, relacionados ao índice de desenvolvimento humano das regiões. Sobre as mortes por doenças circulatórias, houve difícil acesso à saúde nesse período, com diminuição dos diagnósticos e da descrição desta causa básica nas declarações de óbito.

801

Quando Fechar a CIV Restritiva – Relato de Caso de um Fechamento Percutâneo

CLARA ROSAS; LARA LARA; ISABELLE COHEN; BEATRIZ LIMA; JAQUELINE FISZPAN
INC – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Comunicação Interventricular (CIV) é uma cardiopatia congênita que geralmente tem seu fechamento de modo espontâneo na infância. A maioria dos pacientes com CIV, cerca de 80%, são assintomáticos e não realizam uma nova cirurgia. Porém, a pequena parcela restante pode desenvolver problemas graves ao longo dos anos, como câmara dupla de VD (DCVD). Segundo as diretrizes ACC/AHA 2008, há 3 indicações de fechamento cirúrgico da CIV restritiva: 1. Pacientes que sofreram um episódio de endocardite; 2. Quando a relação entre o fluxo sanguíneo pulmonar e o fluxo sanguíneo sistêmico (Qp/Qs) é igual ou superior a 2 e há evidência de sobrecarga de volume no VE; 3. Em casos de menor gravidade, recomenda-se intervenção quando há evidência de disfunção sistólica ou diastólica do VE, ou quando a pressão arterial pulmonar e a resistência vascular pulmonar são inferiores a dois terços da pressão sistêmica e resistência vascular periférica, respectivamente. **Relato do Caso**: Paciente do sexo masculino, 25 anos, com história de coarctação aórtica e PCA corrigidas cirurgicamente com 17 dias de vida, além de uma CIV perimembranosa pequena residual assintomática. Aos três anos de idade apresentou um quadro de endocardite infecciosa de valva tricúspide, que foi tratada clinicamente. Em 2019, a CIV restritiva foi fechada de forma percutânea com uma prótese de cera de 7 mm, devido à insuficiência aórtica (leve à moderada) causada pelo efeito de ventura na valva aórtica. Atualmente, demonstra quadro de valva aórtica bicúspide com insuficiência aórtica leve. **Discussão:** A partir da análise dos estudos revisados, observam-se possíveis inferências acerca do fechamento percutâneo da CIV. Acreditava-se que o defeito no septo ventricular se fechava espontaneamente, além do fato de que pacientes com CIV restritiva apresentavam boa sintomatologia clínica e ausência de hipertensão pulmonar (HARALD, 2002). Com os avanços científicos, houve um aumento no número de mortes súbitas em pacientes adultos sem tratamento cirúrgico na infância, fato que ocorre devido a um grande número de complicações tais como arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, endocardite e regurgitação aórtica (NEUMAYER, 1998). No entanto, há relatos na literatura de complicações após intervenção cirúrgica de CIV, como perfuração tardia da cúspide aórtica e agravamento da regurgitação aórtica (TOPCUOGLU, 2015). Logo, deve-se considerar atentamente cada caso e avaliar o risco e benefício para cada paciente.

828

Síndrome de ALCAPA: um Relato de Caso

NATHALIA WANDERLEY MONCORES VELLOSO; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MARIA CAROLINA TERRA COLA; FÁBIO AKIO NISHIJUKA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de ALCAPA é uma cardiopatia congênita rara caracterizada pela localização anômala do óstio da artéria coronária esquerda na artéria pulmonar, decorrente de uma alteração embrionária patológica. Há elevada taxa de óbito caso não submetida a correção cirúrgica nos primeiros meses de vida, porém, a própria abordagem invasiva também apresenta risco de complicações, como insuficiência mitral (IM) decorrente de isquemia do músculo papilar mitral, estenose pulmonar (EP) supravalvar e estenose de óstio coronariano. **Relato do Caso:** Mulher, 19 anos, portadora de alfatalassemia, diagnosticada aos 2 meses de idade com síndrome de ALCAPA associada a IM. Foi submetida a correção de coronária anômala e plastia mitral, com posterior necessidade aos 5 meses de reimplante desta coronária por estenose de óstio e anuloplastia mitral devido a anemia hemolítica não-imune. Evoluiu com EP supravalvar, provavelmente relacionada à sutura da abordagem prévia e sobrecarga do VD, com cintilografia miocárdica sugestiva de isquemia estresse-induzida e RM cardíaca com disfunção segmentar sem fibrose miocárdica. Aos 17 anos, realizada 3ª abordagem, com implante de tubo Dacron na posição da artéria pulmonar e plastia valvar pulmonar. Desde então, mantém-se assintomática. **Discussão:** A correção cirúrgica da síndrome, mesmo em assintomáticos, é o tratamento ideal devido ao alto risco de evolução para cardiomiopatia isquêmica, arritmias ventriculares e morte súbita. Quando não realizada, há evolução para óbito ainda no 1º ano de vida. A sobrevida sem a cirurgia está intimamente relacionada ao desenvolvimento de extensa circulação colateral da coronária direita, observada em adultos diagnosticados tardiamente com a condição. Devido ao avanço de métodos de imagem não-invasivos no estudo da anatomia coronariana, houve um aumento do nº de casos reportados em indivíduos acima de 50 anos. Em decorrência do alto risco cirúrgico e muitas vezes anatomia desfavorável, estes pacientes eventualmente permanecem em tratamento conservador, o que, por si, parece reduzir o risco de morte súbita, além de estabilizar os sintomas. Em crianças que evoluíram com IAM decorrente da condição, o tratamento clínico pode ser instituído durante o pré-operatório como tentativa de recuperação da função ventricular para melhor prognóstico. Atualmente, não há dados suficientes referentes ao impacto do tratamento medicamentoso na sobrevida, sendo necessários mais estudos para o estabelecimento de guidelines clínicos de manejo desta condição.

826

Isomerismo Atrial Esquerdo com Situs Inversus Abdominal: um Relato de Caso

BRUNA BALBINA DE MELO E SILVA; GUSTAVO EMILIO DE GOIS; FERNANDA MARIA LEMOS; MARIA JULIA JURKOVICH; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; NATHALIE JEANNE BRAVO-VALENZUELA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A complexa formação anatômica humana, desde suas fases embrionárias até a configuração final dos órgãos e tecidos, obedece um padrão determinado geneticamente. O situs inversus corresponde a imagem "em espelho". Além disso, a síndrome heterotáxica acrescenta uma camada de complexidade, caracterizada pela lateralização dos órgãos torácicos e abdominais. Nesta condição, pode ocorrer isomerismo atrial, seja ele do lado direito ou esquerdo, acompanhado por duplicações ou ausências de outros órgãos. **Relato do Caso:** Pré-escolar do sexo masculino, 3 anos, diagnosticado com diversas malformações congênitas após o nascimento, incluindo pé torto congênito, agenesia sacral, massa ocular no olho direito, comunicação interventricular (CIV) e dextrocardia. Apesar do diagnóstico dessas malformações, o paciente não apresentou sintomatologia cardiovascular clinicamente relevante. Sua evolução clínica tem sido positiva, com sinais de fechamento da CIV observados ao longo do tempo. O paciente nasceu por cesárea devido à apresentação pélvica e alcançou o termo com 37 semanas e 6 dias de gestação. Seus parâmetros ponderoestaturais foram adequados para sua idade gestacional ao nascer, com um APGAR de 8/9. Ecocardiograma transtorácico apresentando dextrocardia com dextroápex, situs atrial ambiguus tipo esquerdo, persistência de veia cava superior esquerda com drenagem para seio coronário e ausência da porção hepática da veia cava inferior com drenagem por veia ázigos e CIV pequena sem repercussão. Ultrassonografia abdominal com demonstrando situs inversus, fígado localizado à esquerda, baço único localizado à direita, ambos sem alterações morfológicas. Realizada análise cromossômica por microarray, com resultado normal. **Discussão:** Este caso ilustra a complexidade da anatomia humana e a diversidade de manifestações clínicas associadas a malformações congênitas. Além disso, destaca a importância da monitorização cuidadosa e do manejo multidisciplinar para garantir uma evolução clínica favorável em pacientes com condições congênitas complexas. É importante no contexto do cuidado da criança, atentar-se para alterações do ritmo cardíaco e quanto à imunização desses pacientes, pois estão mais suscetíveis a infecções e arritmias. O acompanhamento longitudinal deste paciente oferece insights valiosos sobre a evolução e o manejo de múltiplas malformações congênitas. Este relato de caso pode contribuir para uma melhor compreensão e abordagem clínica dessas condições em contextos pediátricos.

865

Miocardite por Streptococcus Pyogenes, Relato e Follow Up de um Caso

SARA AIMEE MIRANDA; JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; JULIANA MUTZ MUTZ ALBANO; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A miocardite se trata da inflamação do músculo cardíaco, que pode ser desencadeada por diversos fatores, sendo comumente relacionada a agentes infecciosos ou inflamações crônicas. Esta condição pode evoluir para complicações graves, como insuficiência cardíaca e arritmias, destacando-se no contexto pediátrico. No que diz respeito à miocardite desenvolvida por causas infecciosas, àquela resultante de agentes virais é a mais comum, tornando o diagnóstico por etiologia bacteriana menos recorrente e mais desafiadora. Nesse sentido, é preciso destacar a ação da bactéria Streptococcus pyogenes como uma importante e agressiva causadora dessa doença. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 14 anos, internada com história de febre alta (>39ºC) com duração de 10 dias, seguida de rash cutâneo e desconforto respiratório. Foi realizado eletrocardiograma, que demonstrou supradesnivelamento de ST e bloqueio de ramo direito, e ecocardiograma com resultado normal. As provas de atividade inflamatória foram positivas, o resultado do NT-ProBNP foi de 2550 e a troponina negativa. Ressonância magnética cardíaca evidenciou edema no coração e leve derrame pericárdico. Pesquisa viral por sorologias e painel respiratório negativos. Exames negativos para dengue e SARS Cov2. Hemocultura revelou infecção por Streptococcus pyogenes. Fechou-se o diagnóstico de miocardite infecciosa. **Discussão:** Na literatura, têm-se descrito casos de miocardite causada pelo Streptococcus do grupo A, embora a etiologia viral seja mais comum. A paciente apresentou sintomas inicialmente atribuídos à dengue, porém, devido aos resultados negativos dos testes (NS1 e IgM), essa hipótese foi descartada. Posteriormente, considerou-se a possibilidade de Síndrome de Ativação Macrofágica ou Inflamatória Sistêmica, e o tratamento com prednisona foi administrado, sem sucesso terapêutico. Segundo a American Heart Association (AHA), o diagnóstico de miocardite pode ser alcançado a partir de quatro estratos: biópsia comprovada, suspeita clínica confirmada por RMC, suspeita clínica e miocardite provável. Os sintomas da paciente, juntamente com a presença de focos de realce tardio meso-epicárdico e alterações no ECG, levantaram a suspeita de miocardite. Abordagens como hemocultura e a RMC foram cruciais para fechar o diagnóstico. Tal caso de miocardite, especialmente nas suas formas menos comuns, por Streptococcus pyogenes, demonstra a importância dessa integração para encontrar uma conclusão precisa

8
Ciência Básica e Translacional

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):47-48

570

Persistente Hiperativação Neural Simpática, Disfunção Vascular e Capacidade Física Atenuada em Pacientes com COVID Longa

BRUNA EMY ONO; ARTUR OLIVEIRA SALES; THAIS SILVA RODRIGUES; JOÃO EDUARDO IZAIAS; MARIA FERNANDA CHAMELETE RUVOLO; BRUNA PEREIRA MORAIS; RENATA JUNQUEIRA MOLL-BERNARDES; ALLAN KLUSER SALES
Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – São Paulo – São Paulo – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Recentemente nosso grupo mostrou que pacientes com COVID longa apresentam sequelas cardiovasculares de médio prazo, tais comodisfunção neurovascular e capacidade física atenuada. Contudo, se essas alterações cardiovasculares estão presentes em longo prazo são completamente desconhecidas. **Objetivo:** Testar se pacientes com COVID longa apresentam hiperativação neural simpática, disfunção endotelial, enrijecimento aórtico e capacidade física reduzida. **Materiais e Métodos:** Dezoito pacientes com COVID longa (Idade: 49±8anos e IMC: 30.80±3.58 Kg/m2) e dezenove controles (Idade: 44±9anos e IMC: 29.36±4.55 Kg/m2) bem pareados foram arrolados para o estudo. Atividade nervosa simpática muscular (ANSM, Microneurografia), dilatação mediada pelo fluxo da artéria braquial (DMFBA, Ultrassom-Doppler), espessura médio-intimal de carótida (IMTCa, Ultrassom-Doppler), velocidade de onda de pulso carótida-femoral (VOPCF, Tonometria de aplanação), pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD, semiautomático), frequência cardíaca (FC, Eletrocardiograma) e consumo oxigênio de pico (VO2pico, ergoespirometria) foram mensurados. Além disso, marcadores circulantes de estresse oxidativo (carbonilas, NADPH, SOD e FRAP), vesículas celulares de derivadas de células endoteliais (VECEs) e angiotensina II (Ang II) foram mensurados em amostras de plasma. **Resultados:** Os pacientes com COVID longa foram estudados 26±2meses após a infecção aguda pelo SARS-CoV-2. Enquanto ANSM (frequência e incidência, p<0,001 para ambos), VOPCF (p<0,0007), FC (p< 0.03) e IMTCa foram maiores na COVID longa do que nos controles, DMFBA (p<0.03) e VO2 pico (p<0.015) foram menores. Interessantemente, as VECEs (p=0.02) e as carbonilas (p=0.0003) foram maiores na COVID longa do que nos controles e SOD e FRAP foram menores (p<0.05 para ambos). Não houve diferença entre os grupos para PAS, PAD e Ang II. VO2picofoi inversamente associado com ANSM (p<0.002) e diretamente associada com DMFAB (p<0.03). **Conclusões:** Nossos achados revelaram que pacientes com COVID longa exibem hiperativação neural simpática, disfunção vascular, capacidade de exercício reduzida e aumento nos níveis circulantes de VECEs e estresse oxidativo, mesmo após 2 anos do diagnóstico da COVID. Portanto, é urgente estabelecer estratégias terapêuticas (por ex: reabilitação com exercício físico) para restaurar ou aliviar as sequelas cardiovasculares de longo prazo, em pacientes com COVID longa.

607

Treinamento Muscular Inspiratório de Alta Resistência Melhora o Controle Neurovascular e Reduz a Pressão Arterial, em Pacientes com COVID Longa

ARTUR DE OLIVEIRA SALES; THAIS SILVA RODRIGUES; BRUNA EMY ONO; JOÃO EDUARDO IZAIAS; CAMILA SOUZA NUNES; GABRIELLY MEL PINTO SOARES DA SILVA; MARIA FERNANDA CHAMELETE RUVOLO; ALLAN ROBSON KLUSER SALES
InCor – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP – São Paulo – São Paulo – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – São Paulo – São Paulo – Brasil
Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pacientes com COVID longa têm um risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares, na qual parece ser explicado, em parte, por hiperativação neural simpática, disfunção vascular e capacidade de exercício atenuada. Portanto, propor estratégias que possam reverter essas alterações cardiovasculares é urgente. **Objetivo:** Testar se o treinamento muscular inspiratório de alta resistência [TMIAR à 75% da pressão inspiratória máxima (PImáx)] reduz a atividade nervosa simpática muscular (ANSM), melhora a função endotélio-dependente, reduz o enrijecimento arterial aórtico e a pressão arterial média (PAM) e aumenta a tolerância ao esforço físico nesse grupo de pacientes. **Materiais e Métodos:** Nós executamos um ensaio clínico, randomizado, duplo -cego, controlado por sham (NCT06091384) para testar os efeitos de 6 semanas de TMIAR (30 respirações/dia, 6 dias/semana à, 75% PImáx) versus treinamento sham (30 respirações/dia, 6 dias/semana à 15% PImax) sobre diferentes desfechos cardiovasculares, em pacientes com COVID longa. A PImáx (Manovacuometria), ANSM (Microneurografia), a dilatação mediada pelo fluxo da artéria braquial (DMFAB, Ultrassom-Doppler), velocidade de onda de pulso carótida femoral (VOPCF, tonometria de aplanação), PAM (Sistema semiautomático), frequência cardíaca (FC, ECG) e consumo de oxigênio de pico e no limiar anaeróbico (VO2pico e VO2LA, teste de exercício cardiopulmonar) foram mensurados antes e após 6 semanas de treinamento. **Resultados:** Vinte e quatro pacientes completaram estudo, sendo 12 no grupo TMIAR (Idade: 45.0 ± 8.81anos e IMC: 33.9±4.5Kg/m2) e 12 no grupo Sham (Idade: 49.6 ± 9.49 anos e IMC:33.4 ±5.6Kg/m2). TMIAR reduziu a frequência e a incidência de ANSM (p<0,001 para ambos) e a PAM (p<0.01) e, aumentou a DMFAB (p<0.05) e a PImáx (p<0.001). O TMIAR aumentou a carga e o tempo de pico do esforço (p<0.05), mas não o VO2pico e VO2LA (p>0.05). Além disso, o TMIAR não modificou a VOPCF e FC (p>0.05). No grupo sham, nenhuma mudança foi observada nos parâmetros estudados. **Conclusões:** Coletivamente, nossos achados indicam que o TMIAR reduz a ANSM e PA, aumenta a PImax, melhora a função endotelial e melhora a tolerância ao esforço físico em pacientes com COVID longa, se colocando como uma estratégia promissora para restaurar a saúde cardiovascular desse grupo de pacientes. Contudo, ensaios clínicos maiores são necessários para confirmar nossos achados.

International Journal of Cardiovascular Sciences. 2024;37(Supp 4):49-51

9
Cirurgia Cardiovascular

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):49-51

233

Aneurisma de Aorta Abdominal Roto Contido – Alta Complexidade no SUS

ISABELLE MENDES RODRIGUES SALOMÃO; LUCAS DE MORAES BORGES; BRUNO GONÇALVES GARCIA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; RAFAEL PRINS; MARCIO MONTENEGRO; ALINE STERQUE VILLACORTA
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Portadores de aneurismas da aorta (AA) têm risco cardiovascular elevado, sendo importante o reconhecimento e tratamento precoces, a fim de evitar complicações e reduzir mortalidade. O caso relatado demonstra a complexidade do tratamento e suas complicações, e exemplifica a abordagem multissetorial em hospital quaternário no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Relato do Caso:** Paciente masculino, 71 anos, com história prévia de hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial, doença arterial coronariana, déficit visual e ex-tabagista. Transferido para Hospital quaternário por quadro de AA abdominal roto contido, sendo optato por tratamento cirúrgico. Realizado cinecoronariografia pré-operatória, que foi visualizado lesão obstrutiva de 30% em TCE, ACD ocluída, ADA com 90% em 1/3 médio e ACx com lesões graves em 1/3 médio. Realizado angioplastia em ADA e mantido com AAS e clopidogrel (DAPT). Apresentou pneumonia nosocomial, tratada com antibioticoterapia. Após 15 dias, foi implantado endoprótese toraco-abdominal sem intercorrências. Posteriormente, evoluiu com hematêmese, sendo necessário transfusão sanguínea e endoscopia digestiva alta, que mostrou lesão aguda de mucosa gástrica - sangramento em lençol (forrest IIB) e esôfago friável. Iniciado inibidor de bomba de próton dose plena e mantido apenas clopidogrel. Evoluiu com BAVT intermitente com sinais de baixo débito, sendo implantado marca-passo definitivo. Retornou com DAPT e enoxaparina plena um mês após da hemorragia digestiva alta. Uma vez que o paciente apresentava CHADSVASc de três pontos e risco de sangramento elevado com a tripla terapia (HASBLED 4 pontos), foi optado por fechamento percutâneo de apêndice atrial esquerdo (AAE). Realizou ECOTE, sendo visualizado AAE com trombo móvel em seu interior, sendo mantido terapia tripla. Optado por realizar oclusão de AAE cerca de 1 mês após anticoagulação plena, não sendo visualizado trombo durante o procedimento. Paciente apresentou pneumonia por broncoaspiração e evoluiu a óbito uma semana após o procedimento. **Discussão:** Os AA têm formas variadas de apresentação e quando associado com outras patologias cardiovasculares, principalmente em pacientes em fase avançada, como no caso relatado, constitui um grande desafio, implicando na alta complexidade do tratamento, manejo das complicações e tomada de decisão envolvendo diversas subespecialidades.

421

Síndrome de Reel em Paciente Portadora de Marcapasso DDD-R, um Relato de Caso

GUILHERME SOUZA POLICARPO; SARA FERNANDA GOMES DE LIMA FRAZÃO; MARCELLA MENEZES RELVAS; ULISSES RODRIGUES DIAS FILHO; MARCELLO SÁVIO DA SILVA MARTINS; JOYCE CARDOSO ABECASSIS; ELEONORA DIAS GALHEIGO; VANESSA CARVALHO DUARTE
Hospital de Força Aérea do Galeão – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de Reel (SR), variante da Sindrome de Twiddler(ST), caracteriza-se pela rotação transversal do gerador, provocando tração e deslocamento dos cabos-eletrodos do dispositivo cardíaco eletrônico implantável (DCEI), com maior incidência após um mês de implante, muitas vezes com cabos-eletrodos intactos. Consequências graves, como choques inapropriados, falha na identificação de arritmias fatais, síncope, bradicardia e morte súbita, destacam-se. A avaliação clínica e exames de imagem são cruciais para o diagnóstico. **Relato do Caso:** N.A.O, 88 anos, com hipertensão arterial sistêmica e síndrome demencial, em uso de: Losartana 50mg, Donapezila 10mg e Citalopram 20mg, apresentou bradicardia significativa (FC 40bpm) em consulta. Sem sinais de baixo débito, foi encaminhada à emergência com PA 130x80mmHg e FC 30bpm, onde o ECG revelou Bloqueio Átrio Ventricular total. O implante bem-sucedido de marcapasso DDD-R ocorreu em março de 2023. Em julho de 2023, buscou atendimento médico por palpitações, ao exame, foi visto incompatibilidade no ECG devido à ausência sensorial na estimulação atrial e ventricular direita. A radiografia identificou desposicionamento, enrolamento dos cabos-eletrodos e rotação transversal do gerador. No mesmo mês, uma intervenção corretiva reposicionou e fixou os cabos-eletrodos. A radiografia confirmou a correta posição posteriormente e paciente recebe alta 2 dias após. **Discussão:** Complicações raras, como macrodeslocamentos em DCEI, demandam reconhecimento pelas graves consequências. A literatura diverge sobre as definições dessas síndromes, destacando duas principais: Twiddler e Reel. A ST, rara, envolve a rotação do gerador, causando deslocamento e emaranhamento dos cabos-eletrodos, com disfunção do sistema. Sua ocorrência, geralmente no primeiro ano pós-implante, associa-se a fatores de risco como sexo feminino, obesidade, história de doenças psiquiátricas, idade avançada e tecido subcutâneo frouxo. Medidas preventivas, como fixação firme dos cabos-eletrodos e criação de bolsa cirúrgica adequada, são recomendadas. Casos de recorrência são raros, mas o implante submuscular e fixação com pontos de prolene 2-0 foram adotados no caso. A movimentação anormal associada à síndrome demencial parece contribuir para o deslocamento. Estudos como este enriquecem a compreensão das síndromes, orientando práticas clínicas seguras em DCEI.

407

Tratamento Híbrido em Doença da Aorta, um Relato de Caso

SARA FERNADA GOMES DE LIMA FRAZÃO; GUILHERME SOUZA POLICARPO; MARCELO SÁVIO DA SILVA MARTINS; VANESSA CARVALHO DUARTE; JOYCE CARDOSO ABECASSIS; ELEONORA DIAS GALHEIGO; MARCELLA MENEZES RELVAS; DIEGO MARTINS FERREIRA
Hospital de Força Aérea do Galeão – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: As Doenças da Aorta desenvolvem-se a partir da perda de integridade da camada média, propiciando o desenvolvimento de aneurismas, e sua incidência aumenta progressivamente com a idade, quando na forma adquirida, e tem a aterosclerose e hipertensão arterial como importantes fatores de risco. Dentre as possibilidades de manifestação aguda, estão: a dissecção de aorta (quadro mais grave e de alta mortalidade), úlcera penetrante de aorta e o hematoma mural. **Relato de Caso:** Paciente L.A.M., 85 anos, hipertenso, ex-tabagista (CT 30 maços/ano), doença renal crônica em tratamento conservador, portador de tronco bovino, aneurisma de aorta abdominal infra-renal, evoluiu com dissecção de tronco celíaco, sendo necessário procedimento com colocação de stent em março de 2023 pela cirurgia vascular. Paciente já apresentava hematoma em aorta torácica desde o arco, até a porção descendente, com tentativa de tratamento conservador, contudo, apresentou aumento de hematoma e dor associada. Paciente com elevado risco cirúrgico por comorbidades associadas, Euroscore II 15,6%. Definida por abordagem cirúrgica, com proposta de derivação de vasos do arco aórtico para Aorta, e posterior colocação de endoprótese pela cirurgia vascular. Realizada cirurgia sem circulação extracorpórea (CEC), com heparinização parcial, clampeamento parcial da aorta, aortotomia e anastomose término-lateral da extremidade de 20 mm do enxerto de Hemasheild ramificado 20/10/10 mm na aorta ascendente, seguida de arteriotomia sob clampeamento parcial de artéria carótida interna esquerda e TBC (tronco braquiocefálico) com confecção de anastomoses término-laterais com ramos de 10 mm do mesmo enxerto. Paciente após 20 dias de pós-operatório, foi submetido a procedimento endovascular com colocação de 3 endopróteses desde origem de TBC até emergência de tronco celíaco, contemplando toda a região acometida pelo hematoma intramural. **Conclusão:** Trata-se de paciente idoso, de elevado risco cirúrgico, portador de hematoma intramural em TBC e aorta descendente em expansão, com necessidade de intervenção de urgência, submetido a tratamento híbrido em duas etapas, sendo o primeiro Debranching dos vasos da base – Aorta, seguido de tratamento endovascular com colocação de endopróteses em toda extensão de aorta acometida pelo hematoma, desde o TBC até a emergência do tronco celíaco. Paciente recebeu alta hospitalar após 5 dias de procedimento percutâneo, em boas condições.

578

Síndrome de May-Thurner Associada à Trombose Venosa Profunda em Mulher de 49 Anos

CLAUDIO JOSÉ SOBREIRA CAVALIERI; JOSÉ RICARDO BRIZZI CHIANI; LORENA BARROS MIRANDA; KAMILA NETTO CASTRO; PAULO GUSTAVO AGUIAR OLIVEIRA; ANDREA FERREIRA HADDAD
Hospital Unimed Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome de May-Thurner é definida pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita. Seu quadro clínico é bastante variável, podendo cursar de maneira assintomática ou com complicações relevantes, como trombose venosa profunda. Acomete, mais frequentemente, mulheres entre a segunda e quarta décadas de vida e estima-se que esteja presente em 2-5% dos pacientes com doença venosa dos membros inferiores. **Relato do Caso:** Paciente, 49 anos, sexo feminino, com Endometriose em uso de Drospirenona há 3 meses, desenvolveu dor em membro inferior esquerdo, após viajar de carro por cerca de oito horas. Evoluiu, uma semana após, com edema em membro inferior esquerdo e piora progressiva da dor, motivando a busca por atendimento médico. Negou dispneia ou outros sintomas. Ao exame físico, única alteração evidenciada foi edema desde a raíz da coxa esquerda 3+/4+, panturrilha esquerda sem empastamento; membro inferior direito sem alterações. Iniciada anticoagulação plena com Enoxaparina e indicada internação hospitalar em unidade aberta. Realizado Doppler de membros inferiores, com ausência de sinais de trombose venosa ou antiga, sendo solicitada Angiotomografia de Pelve e Abdome, que evidenciou compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita e falha de enchimento na veia ilíaca externa esquerda, compatível com trombo. Paciente foi submetida a tratamento endovascular com angioplastia intrastents em veias ilíacas comum e externa esquerda e trombectomia em veias ilíacas externa e comum esquerda, com resolução do quadro, recebendo alta hospitalar com anticoagulação com Rivaroxabana e seguimento ambulatorial com Cirurgia Vascular. **Discussão:** A Síndrome de May-Thurner é uma variação anatômica que, apesar de presente na minoria dos casos de doença venosa dos membros inferiores, possui diagnóstico subestimado. A compressão da veia ilíaca esquerda propicia fluxo mais estreito, aumentando risco de trombose. Faz-se necessário pensá-la como diagnóstico diferencial, principalmente em mulheres adulto-jovens com sintomas em membro inferior esquerdo a fim de seguimento adequado, sendo o tratamento endovascular opção terapêutica importante nestes casos.

Referências Bibliográficas: MACHADO, M. et al. Síndrome de may-thurner primário, resultados clínicos e seu tratamento endovascular: A nossa experiencia. Angiol Cir Vasc, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 22-37, 2018. MOUSA, A. Y. & ABURAHMA, A. F. May-Thurner Syndrome: Update and Review. Ann Vasc Surg, 2013; 27:984-995.

647

Relação entre Diabetes Mellitus e Infecção no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca

NATÁLIA DA SILVA PAIS; NATHÁLIA FERREIRA PALOMO VALLE; ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; MARYE DOS SANTOS XAVIER; ANTÔNIO SÉRGIO CORDEIRO DA ROCHA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Em geral, doenças infecciosas são mais frequentes em pacientes com diabetes mellitus (DM), com potencial de aumentar a morbimortalidade desses pacientes. A maior frequência de infecções em diabéticos é causada pelo ambiente hiperglicêmico que favorece disfunção imunológica (dano à função dos neutrófilos, depressão do sistema antioxidante e da imunidade humoral), micro e macroangiopatias, redução da atividade antibacteriana da urina, do sistema gastrointestinal e maior número de intervenções médicas nesses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a probabilidade de pacientes com DM desenvolverem infecção no pós-operatório de cirurgia cardíaca (PO). **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva baseada em revisão de prontuário e banco de dados de cirurgias cardíacas de janeiro de 2022 até março de 2023 de um hospital quaternário no Rio de Janeiro. Foram avaliados diferentes tipos de cirurgias cardíacas – 43 cirurgias de revascularização miocárdica isolada e 14 combinadas com troca valvar, 33 cirurgias de troca valvar isolada e 1 reimplante de coronária direita por origem anômala. Para análise estatística foi utilizado o programa SPSS versão 22. **Resultados:** A amostra é composta por 91 pacientes, com idade de 68±10 anos, 63 (69,2%) do sexo masculino e 35 (38,4%) portadores de DM. A mediana de internação hospitalar foi de 10 (IC95%=7-13) dias e de 4 (IC95%=2-6) dias em unidade de terapia intensiva. No PO imediato até a alta hospitalar, 14 pacientes (15,4%) evoluíram com infecção – 6 pneumonias, 4 translocações bacterianas, 1 infecção de corrente sanguínea, 1 flebite importante, 1 infecção de esterno e 1 infecção do trato urinário. O tempo médio de instalação das infecções foi de 6±4 dias. A proteína C reativa (PCR) aumentou de 3,9±2,7mg/dL no PO imediato para 17,5±14,5 mg/dL antes do início da antibioticoterapia, um aumento em torno de 6 vezes. Entre os infectados, 9 (64,3%) tinham DM e 5 (35,7%) não tinham DM (P=0,03). Pela razão de verossimilhança a probabilidade de um paciente diabético desenvolver infecção no PO foi de 17%, ou seja, aproximadamente 1 de cada 5 diabéticos submetidos à cirurgia cardíaca desenvolveu infecção. **Conclusões:** Esse estudo sugere que os pacientes com DM possuem maior risco de infecção no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

824

Choque Cardiogênico Pós-CEC: Relato de Caso de uma Evolução Temida no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca

THAISA RODRIGUES GARCIA; MONICA AMORIM DE OLIVEIRA; ANDREA FERREIRA HADDAD; MARCIA BARBOSA DE FREITAS
Instituto Unimed Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A resposta inflamatória sistêmica observada após a circulação extracorpórea (CEC) representa um dos maiores obstáculos a serem enfrentados no pós-operatório (PO) imediato de cirurgia cardíaca (CC), quadro já bem descrito por Campos LA (Rev SOCERJ, 2001). Estima-se que 1 a 2% dos pacientes submetidos à CC apresentem falência de saída da CEC. **Relato do Caso**: Paciente feminina, 65 anos, ICFEp NYHA II com piora progressiva no último ano. ECOTT com prolapso mitral com predomínio em cúspide posterior, sinais de degeneração mixomatosa e rotura de cordoalha. Regurgitação tricúspide leve. PSAP 63 mmHg. Função biventricular preservada. Submetida a troca valvar mitral e a plastia de tricúspide. ECOTT pós-CEC com ausência de refluxo protético ou periprotético. IT mínima. Função contrátil biventricular sem alteração. Apresentou taquicardia e hipotensão no PO imediato com necessidade de uso de amina, evoluindo, no segundo dia, com hipovolemia e TV não sustentada. PAs 81 mmHg. Sudoreica, hipocorada, extremidades frias. Lactato 3,0 mmol/L. Aumento de amina, hemotransfusão e início de dobutamina e amiodarona. ECOTT com disfunção grave VE com predomínio de segmentos apicais. VCI 1,9 variando pouco. Prótese mitral normofuncionante. Valva tricúspide normal. PSAP 40 mmHg. DP leve sem sinais de restrição diastólica. Aventada hipótese diagnóstica de Takotsubo/Choque misto cardiogênico + inflamatório pós-CEC. Optado por passagem de BIA, contudo manteve instabilidade apesar de transfusão de hemácias e albumina e correção de distúrbio eletrolítico, sendo optado por intubação orotraqueal e ECMO. Após seis dias de suporte e melhora clínica, foi realizado o explante da ECMO, com posterior retirada do BIA. A alta hospitalar ocorre após 36 dias de PO com a paciente lúcida, orientada e decanulada. **Discussão:** Trata-se de relato de caso com critérios diagnósticos de choque cardiogênico de provável causa por disfunção pós-CEC. No caso descrito, foi realizado suporte volêmico com otimização de inotrópicos e vasopressores, correção de anemia e distúrbios eletrolíticos, sem resultado satisfatório, sendo indicado o BIA. A opção por ECMO seguiu a recomendação do INTERMACS como ponte para recuperação. As condutas foram bem indicadas e executadas, o que pode ser comprovado com a posterior recuperação e alta hospitalar da paciente. O choque cardiogênico observado no PO imediato de CC é uma síndrome cardiovascular gravíssima e que exige pronto diagnóstico etiopatogênico e tomadas de decisão terapêutica farmacológica e mecânica.

713

Resultados de 12 Anos de um Programa de Implante de Suporte Mecânico Circulatório Intra-Corpóreo de um Centro Privado de Insuficiência Cardíaca

MARCELO WESTERLUND MONTERA; MARCELO RAMALHO; LIGIA NERES; ARNALDO RABISCHOFFSKY; BRUNO MARQUES; ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI
Hopsital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Para o implante de suporte mecânico circulatório intra-corporeo (SMCI) em pacientes com insuficiência cardíaca avançada (ICAv) sem possibilidade de transplante cardíaco é necessário hospital com experiencia em alta complexidade e atuação de equipe multidisciplinar especializada em suporte circulatório. **Objetivo:** Apresentar os resultados de 12 anos de um programa clinico-cirúrgico de ICAv. num hospital privado, no implante de SMCI. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de um coorte de pacientes, no período de 2012 a 2024, portadores de ICAv e insuficiência cardíaca aguda, que foram submetidos a implante de SMCI com objetivo de ponte para transplante cardíaco (PTC) ou terapia de destino (TD). Foram avaliadas a mortalidade intra-hospitalar (MHI), sobrevida a longo prazo e êxito no alcance dos objetivos. **Resultados**: 16 pacientes foram submetidos a implante de SMCI: 5 Heartware, 9 Heart-Mate 2, 2 Heart-Mate 3. Idade média:60,9± 15 anos; 11 sexo masculino e 5 feminino. Apresentavam classificação INTERMACS: 1 (25%); 2 (25%); 3 (37,5%); 4 (12,5%). 8 pacientes tiveram objetivo de TD e 8 TC. 43,7% necessitaram de SMC temporário prévio ao implante. Tempo médio de internação foi de 65± 33 DIAS. Mortalidade intra-hospitalar foi de 37,5%. Com sobrevida em 1 ano de 90%. Os pacientes encaminhados para com objetivo de ponte para TC obtiveram maior sucesso no alcance do objetivo que os pacientes para TD (87,5% vs e 37,5%; p=0,06). Os pacientes com disfunção ventricular direita (57% VS 22%; p=0,05), com múltiplas complicações no pós operatório (62,5% VS 12,5%, p=0,06), apresentaram relação com maior MIH. O tempo médio de permanência com SMCI para os pacientes com TD foi de 3,4±3,9 anos e os com ponte para TC 4,6±3,4 anos, p=0,6, sem apresentarem complicações relativas ao SMCI. O tempo mais prolongado de SMCI é de 9,8 anos em TD, até março de 2024. **Conclusões:** A experiencia no implante de SMCI para pacientes com IC avançada demonstrou trazer resultados benéficos com uma alta taxa de sobrevida intra-hospitalar e de sobrevida a longo prazo pós alta com baixa taxa de complicações. Nossa experiencia demonstrou ser possível o desenvolvimento de centros de implante de SMCI no Brasil com excelência de resultados em medicina de alta complexidade.

10
Doença Coronária

29

Intervenção Coronariana Percutânea Primária: Diabetes Mellitus Associada a Maior Mortalidade

DINALDO C. OLIVEIRA JR.; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; JOÃO V. CABRAL; MARIA M. B. M. SILVEIRA; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA
PROCAPE – Recife – Pernambuco – Brasil

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é preditor de desfechos clínicos adversos após intervenção coronariana percutânea primária (ICPP). **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar se durante a mortalidade até 30 dias de pacientes diabéticos submetidos a ICPP foi maior do que a de não diabétcios na atual era da cardiologia. **Materiais e Métodos:** Este é um registro de mundo real que recrutou pacientes com IAMST submetidos a ICPP de março de 2019 a junho de 2021. Foram realizadas analises comparativas de caracteristcias clínicas, anatômicas e da evolução até 30 dias de pacientes diabéticos versus não diabéticos. Foram realizadas testes estatisticos de acordo com as variáveis e o valor de p ≤0,05 foi considerado significativo. Estudo aprovado pelo comite de etica da instituição. **Resultados:** Foram recrutados 730 pacientes submetdios a ICPP, sendo 241 diabéticos e 489 não diabéticos. As análises comparativas entre os grupos reveleram: idade: 63 ± 7,9 vs 62,5 ± 5,6 anos, p = 0,3; homens: 124 (51,4%) vs 356 (72,8%), p < 0,001; hipertensão arterial sistêmica: 204 (84%) vs 312 (63%), p < 0,001; tabagismo 65 (26,9%) vs 192 (39%), p = 0,001; dislipidemia 75 (31%) vs 68 (14%), p < 0,001; acidente vascular encefalico 11 (4,5%) vs 18 (3,6%), p = 0,7; ICP previa 37 (15,3%) vs 63 (12%), p = 0,5; tempo total de isquemia 640 min (390 – 1110) vs 557 min (380 – 1020), p = 0,007; via radial: 135 (56%) vs 291 (59%), p = 0,4; parede anterior: 139 (57%) vs 256 (52%), p = 0,2; sucesso do procedimento 194 (80%) vs 413 (84%), p = 0,2; trombose subaguda de stent 3 (1,2%) vs 8 (1,6%), p = 0,9; tempo de permanencia hospitalar: 9,01 ± 8,6 vs 8,56 ± 12, p = 0,06; mortalidade: 24 (9,9%) vs 27 (5,5%), p = 0,04. **Conclusões:** Pacientes diabéticos subemtidos a ICPP tiveram mortalidade até 30 dias maior do que pacientes não diabéticos. As prevalências de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e tabagismo foram maiores nos diabéticos e a de homens maior nos não diabéticos. Portanto, os pacientes diabéticos permanecem na era atual da cardiologia sendo um subgrupo de maior gravidade e de prognóstico a curto prazo mais desfavoravel.

62

DAC: Diagnóstico Anatômico ou Funcional?

MAURO ALVES
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A DAC continua sendo a principal causa de morte no mundo. Consequentemente, há interesse crescente no diagnóstico de DAC. Qual ferramenta diagnóstica seria a mais adequada para esta finalidade? Não é recomendado o rastreamento de rotina de DAC em assintomáticos com baixo risco cardiovascular. Naqueles com risco intermediário, os exames mais adequados, levando em consideração o julgamento clínico e o risco-benefício do exame, assim como a possibilidade pré-teste de um determinado exame, são estes o teste ergométrico (TE) convencional e a cintilografia tomografica de perfusão miocárdica. **Relato do Caso**: Homem de 66 anos com história de: DM2, dislipidemia, hipertensão arterial e história familiar de DAC. Nega tabagismo e realiza exercícios. Realizou cintilografia miocárdica em 0dezembro de 2022, onde o TE máximo foi sem critérios para isquemia miocárdica esforço-induzida. Porém, as imagens mostraram presença de isquemia miocárdica nos segmentos apical, láteroapical e ínfero-apical do ventrículo esquerdo e apresentou anormalidade da função segmentar apical no período do pós-esforço. A cinecoronariografia, realizada em dezembro de 2022, mostrou DAC obstrutiva multiarterial. Realizou Revascularização Miocárdica Cirúrgica final de dezembro de 2022 com colocação de 5 pontes. **Discussão:** O Teorema de Bayes foi aplicado à ergometria com grande sucesso e estendido posteriormente a múltiplas áreas da medicina interna, juntamente com os conceitos já conhecidos de falso positivo, falso negativo, sensibilidade e especificidade. Um teste de esforço (TE) com resposta não isquêmica e coronariografia alterada deve ser interpretado como "falso negativo para doença obstrutiva coronariana" e não como "falso negativo para isquemia do miocárdio". A probabilidade pré-teste de DAC em uma população com determinadas características influencia o risco pós-teste de existir doença coronariana. Um resultado positivo no teste ergométrico é provavelmente verdadeiramente positivo (isto é, com baixo risco de falso positivo) em uma população com um risco pré-teste alto para DAC, enquanto que um teste negativo é provavelmente um falso negativo. Por outro lado, em uma população com risco pré-teste baixo de doença coronariana, um teste ergométrico positivo por alterações no segmento ST durante o esforço está pouco associado com a presença de doença coronariana. Logo, o resultado de um teste ergométrico deve levar em conta o perfil de risco para doença coronariana da população estudada.

35

Intervenção Percutânea em Ruptura de Septo Interventricular Após Infarto Agudo do Miocárdio: um Relato de Caso

TAMIRES BORGES GONÇALVES; PEDRO RIBEIRO; FÁBIO DOS SANTOS; JÚLIA FURTADO; LUCAS ALBANEZE
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As complicações mecânicas associadas à Doença Arterial Coronariana (DAC) aguda são graves e letais. Descrevemos um caso clínico notável onde a comunicação interventricular (CIV) surgiu como uma complicação após um infarto agudo do miocárdio (IAM) de parede anterior. Discutimos a subsequente abordagem com implante de prótese percutânea bem-sucedida para o tratamento da CIV. **Relato do Caso:** Feminino,71 anos, ex tabagista e hipertensa, procurou Unidade de Pronto Atendimento por angina típica tendo diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST de parede anterior sendo trombolisada após 2 horas da dor com suspensão da medicação após minutos devido à sangramento orofaríngeo. Foi admitida no Hospital Universitário após 48 horas para o cateterismo cardíaco que evidenciou ectasia em terço médio da Artéria Descendente Anterior, com fluxo TIMI 0 em distal, não foi submetida a angioplastia por suspeição de embolização distal/reperfusão após a trombólise. Transferida para a Unidade Coronariana admitida em Killip IV, necessitou de inotrópicos, vasodilatadores e oxigenoterapia em baixo fluxo, evoluindo com deterioração clínica ao longo da internação. O ecocardiograma transtorácico evidenciou Fração de ejeção de 34% e a presença de comunicação interventricular muscular em região apical com shunt esquerdo direito, de 1,2 cm. Após ampla discussão sobre a estratégia de correção do CIV (percutânea ou cirúrgica) (Euroscore II 9.5% e STS 15,8 %), sendo contemplados a fragilidade moderada/importante da paciente e o desejo de seus familiares,foi realizado o fechamento do CIV por abordagem percutânea após 21 dias do insulto isquêmico com implante de prótese bidisco percutâneo sem intercorrências, com alta médica 7 dias após. **Discussão:** A CIV que ocorre após o IAM é uma complicação de alta morbimortalidade. É patologia com incidência rara na atual era pós trombólise. Pode ocorrer nas 24 iniciais ou de 3 a 7 dias pós IAM. O diagnóstico e o manejo terapêutico continuam sendo desafiadores mesmo em grandes centros. As manifestações clínicas podem ser o achado de um sopro novo sinais de choque cardiogênico e hipoperfusão sistêmica. A terapêutica escolhida pela equipe multidisciplinar contemplou os aspectos anatômicos do CIV, o risco cirúrgico e o desejo da paciente. Apesar do tratamento cirúrgico continuar sendo a abordagem de escolha, tem se tornado mais frequente o fechamento percutâneo do CIV com relatos de evolução clínica favorável.

202

Infarto Agudo do Miocárdico e um Comportamento de Risco Modificável

PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; ALINE STERQUE VILLACORTA; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; BRUNO GONÇALVES GARCIA; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; BERNARDO GUÉRCIO FAÍSCA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; LUCAS DE MORAES BORGES
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A associação de doença arterial coronariana (DAC) e uso de anabolizantes já é bem estabelecida na literatura. Acomete paciente jovens, com sequelas potencialmente graves ou mesmo desfecho fatal. Por se tratar de um fator de risco modificável, o objetivo deste caso é enfatizar a necessidade de identificar esse grupo de risco e conscientizar esta população dos riscos envolvidos. **Relato do Caso:** Paciente de 38 anos, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCSST) de parede anterior, Killip I, submetido a trombólise com Alteplase com critérios de reperfusão. Realizado Cateterismo cardíaco como estratégia fármaco invasiva, que evidenciou lesão obstrutiva uniarterial – placa instável em artéria descendente anterior –, sendo angioplastada com 1 stent farmacológico e resultado final com fluxo TIMI 3. Ecocardiograma evidenciou função sistólica global do ventrículo esquerdo moderada a severamente diminuída, com fração de ejeção de 32%, disfunção diastólica grau I e função do ventrículo direito preservada. Paciente apresentava como fatores de risco a síndrome da imunodeficiência adquirida, com boa adesão ao tratamento proposto, tabagismo com alta carga tabágica – 36 maços/ano –, história familiar positiva para DAC e relato de abuso de anabolizantes – faz uso de testosterona desde os 26 anos de idade. **Discussão:** O uso de anabolizantes é capaz de aumentar cerca de 10-20% de massa muscular, o que torna seu uso corriqueiro por atletas e competidores. Por outro lado, seu uso pode ter consequências deletérias ao aumentar o risco cardiovascular, podendo evoluir com hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou até mesmo óbito. Grande parte desta população não conhece essa relação e acredita que o potencial efeito benéfico da droga suplanta os riscos envolvidos, como no caso em questão. Trata-se de um paciente jovem, já portador de múltiplos fatores de risco, em que o uso de anabolizantes pode ter sido determinante no seu desfecho – IAMCSST e disfunção cardíaca – com impacto direto na qualidade de vida e até mesmo na sobrevida.

278

Padrão de Winter: uma Manifestação Eletrocardiográfica Rara de Oclusão de Artéria Descendente Anterior e Correlação com Cineangiocoronariografia

LUÍVIA OLIVEIRA SILVA; JÉSSICA GOMES MUNIZ; LARISSA CHRISTINE OLIVEIRA; JOÃO ROMÁRIO GOMES SILVA
PRONTOCOR – Muriaé – Minas Gerais – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Padrão "De Winter" é a denominação de uma rara manifestação eletrocardiográfica associado à oclusão da artéria descendente anterior em seu terço proximal. Este trabalho apresenta o relato de um paciente com dor torácica que apresentou à eletrocardiografia o padrão "De Winter", com resultado confirmado pela angiografia coronária. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, hipertenso, tabagista procura atendimento com queixa de dor torácica tipicamente anginosa, com evolução de 3 horas. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou ondas T hiperagudas associadas a infradesnivelamento do segmento ST em derivações precordiais e inferiores, além de supradesnivelamento de segmento ST de aVR. Recebeu terapêutica para síndrome coronariana aguda (SCA), com dupla antiagregação plaquetária, anticoagulação e antianginoso, com melhora parcial. Foi admitido no hospital de referência e o ECG com 5 horas de evolução evidenciou supradesnivelamento do segmento ST nas derivações precordiais, além de infradesnivelamento de segmento ST nas derivações inferiores. Foi submetido à cinecoronariografia que revelou oclusão da artéria descendente anterior (ADA), em sua porção proximal, além de obstrução de 80% da artéria coronária direita (ACD). Realizado angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) com implante de um stent farmacológico. Durante o procedimento apresentou episódio de fibrilação ventricular com retorno à circulação espontânea após desfibrilação. Programada ACTP de ACD na mesma internação. Após cuidados em UTI, o paciente estável hemodinamicamente e assintomático aguardava prosseguir com investigação complementar, incluindo realização de ecocardiograma e ACTP de CD, entretanto evadiu da instituição após 4 dias de internação. **Discussão:** O padrão eletrocardiográfico descrito por De Winter *et al.* (2008) é encontrado em aproximadamente 2% dos casos de oclusão aguda da ADA. O traçado inclui infradesnivelamento do segmento ST de 1 a 3 mm no ponto J, seguido de onda T caracteristicamente ascendente rápida e simétrica nas derivações precordiais. Pode ou não apresentar progressão de onda R e o QRS é frequentemente estreito. Outra característica comum é o supradesnivelamento de ST de 1 a 2 mm na derivação aVR. Embora raro, o padrão "De Winter" suscita reperfusão imediata e seu reconhecimento é essencial no manejo terapêutico do infarto miocárdico anterior.

Referências Bibliográficas: DE WINTER, R. J *et al.* A new ECG sign of proximal LAD occlusion. The New England Journal of Medicine, n.359, v.19, p.2071–2073, 2008.

322

Necrose Subendocárdica sem Obstruções Coronarianas: um Caso Típico de MINOCA

DANIEL ANTONIO CAETANO SÓ; JOSÉ ARY BOECHAT E SALLES; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; ANA PAULA DOS REIS VELLOSO SICILIANO; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Hospital Samaritano – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto do Coração Edson Saad – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio (IAM) sem doença coronariana obstrutiva (MINOCA) representa até 8% das síndromes coronarianas agudas, sendo mais comum sem elevação do segmento ST. Os principais critérios são: ausência angiográfica de coronariopatia obstrutiva e nenhuma causa não coronariana que justifique o quadro agudo. **Relato do Caso:** Homem, 63 anos, natural dos Estados Unidos, dislipidêmico e sedentário, atendido com relato de precordialgia em caráter opressivo associado à palpitações e sudorese profusa quando se encontrava no aeroporto, referiu episódio semelhante cerca de 3 semanas antes, porém não procurou atendimento médico. Na emergência já se encontrava assintomático, realizou ECG que evidenciou padrão de infra desnível de ST em 6 derivações associado à supra desnível de avR e curva de troponina positiva (128>>5038ng/dL). Administrado ainda na emergência AAS, ticagrelor e enoxaparina. Ecocardiograma sem alterações. No dia seguinte, foi encaminhado para coronariografia que mostrou ausência de lesões coronarianas ou vasoespasmo. No fim do procedimento evoluiu com choque anafilático, manifestado por rash cutâneo, hipotensão e eventualmente PCR em assistolia, que foi revertida após 2 minutos. Não apresentou sequelas neurológicas ou novas alterações ecocardiográficas após a intercorrência. Devido ao diagnóstico de MINOCA, submetido à ressonância cardíaca (RC), que evidenciou infarto subendocárdico (massa infartada de 2%) envolvendo os segmentos laterais e septais do ventrículo esquerdo, compatível com etiologia isquêmica (Figuras A e B). Após 3 dias de internação, foi concedida alta hospitalar em uso de diltiazem, ácido acetilsalicílico e rosuvastatina. **Discussão:** A MINOCA possui diferentes mecanismos fisiopatológicos como dissecção coronária, vasoespasmo ou doença microvascular. Nesse contexto, a RC pode auxiliar no diagnóstico de outras anormalidades cardíacas, além de diferenciar entre processos inflamatórios e necrose isquêmica. O manejo depende da etiologia de base, sendo fundamental individualizar o uso de vasodilatadores, antiagregantes e estatinas. Embora seu prognóstico seja variável, a mortalidade hospitalar é inferior ao IAM com doença obstrutiva, e o desfecho em 1 ano é semelhante aos eventos com doença univascular.

313

Alterações Dinâmicas do Eletrocardiograma: um Marcador de Muito Alto Risco

THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA ROCHA FREITAS VIEITAS; DANIELA BELSITO SANGIOVANNI; WILIAN MENEGUCI OLIVEIRA; GUILHERME TRINDADE MARTINS MOREIRA SILVA; HUGO ANDRADE SANTOS; BRUNO AZEVEDO CRUZ
Hospital Caxias DO'r – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A dor torácica é uma causa frequente de busca por atendimento médico nos serviços de emergência, sendo o eletrocardiograma (ECG) um exame, amplamente disponível e indispensável na avaliação diagnóstica na suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA), sendo sua realização seriada crucial na tomada de decisão e de conduta. **Relato do Caso:** Paciente 61 anos, portador de hipertensão, ex-tabagista, sedentário, dá entrada na unidade de pronto atendimento devido a quadro de desconforto retroesternal em opressão, de 30 minutos de duração após estresse emocional, associado a sudorese e náuseas. ECG da admissão evidenciando supra do segmento ST de 1mm em DIII e 0,5mm em aVF e DII e infra de ST em parede lateral alta. Após início de vasodilatador venosa, minutos após, ECG seriado apresentou normalização. Submetido a cateterismo cardíaco evidenciando coronária direita com lesão subtotal de 99% no 1/3 médio. Realizada angioplastia da coronária direita com implante de 01 stent farmacológico com sucesso. **Discussão:** A investigação de síndrome coronariana aguda na sala de emergência é sempre um grande desafio. Além de uma avaliação clínica detalhada, a realização precoce do ECG é fundamental para um rápido diagnóstico. É importante ressaltar que a avaliação de um ECG isolado pode não ser o suficiente para um diagnóstico assertivo, tendo em vista a possibilidade de alterações dinâmicas do ECG, como visto no caso exposto, que só poderão ser identificadas em exames seriados. No caso em questão, tratava-se de paciente com evoluindo com dor torácica anginosa, com alteração eletrocardiográfica que não configurava supra do segmento ST, evoluindo com alteração dinâmica da repolarização ventricular, com melhora do padrão eletrocardiográfico. Apesar de não configurar supra de ST, tratava-se de uma síndrome coronariana aguda de muito alto risco, com indicação abordagem invasiva precoce. A análise seriada do ECG é de suma importância na condução dos pacientes com dor torácica.

434

Dor Torácica na Mulher Jovem – O Desafio dos Diagnósticos Atípicos

BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; RENATO KAUFMAN; RENATO KAUFMAN; RENATO KAUFMAN; ANDRE CASARSA MARQUES; ANDRE CASARSA MARQUES; ANDRE CASARSA MARQUES; FELIPE MAIA; FELIPE MAIA; FELIPE MAIA; MONICA ALCANTARA; MONICA ALCANTARA; MONICA ALCANTARA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA
IDOR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A dissecção espontânea da artéria coronária (SCAD) é uma causa pouco comum de síndrome coronariana aguda (SCA). Sua prevalência é maior em mulheres jovens, principalmente gestantes, do 3º trimestre e até o 3º mês pós-parto. A fisiopatologia ainda não é completamente conhecida. Características epidemiológicas e da história clínica merecem ser reforçadas para o reconhecimento de novos casos. Este trabalho exibe um caso de SCAD e seu manejo intra-hospitalar. **Relato do Caso:** Mulher, 31 anos, puérpera, com história prévia de correção de Comunicação interventricular durante a infância, é admitida no pronto socorro com dor torácica tipo A iniciada subitamente durante caminhada. Realizou Eletrocardiograma que identificou supradesnivelamento de segmento ST (SST) em parede inferior. Realizado 200 mg de AAS, nitroglicerina EV e encaminhada para angiografia. Ao exame, identificou-se dissecção proximal de artéria descendente anterior. Optou-se por terapia conservadora com analgesia, controle de duplo produto e dupla antiagregação plaquetária (DAPT). Após adequada vigilância hemodinâmica, ECG e biomarcadores seriados, na ausência de dor, recebeu alta hospitalar. **Discussão:** Estima-se que a SCAD tenha maior prevalência em mulheres devido a ação do estrogênio e progesterona sobre o tecido endotelial, enfraquecendo-o e permitindo um orifício de entrada à túnica média, que culmina no acúmulo de sangue extravascular e redução luminal. Outra hipótese sugere hemorragia diretamente na túnica média pela ruptura de vasa-vasorum. Em ambos os casos, o sangue se propaga axialmente distendendo o falso lúmen e comprimindo a luz verdadeira, manifestando-se como SCA. A troponina ultrassensível é comumente positiva e a alteração eletrocardiográfica mais comum é o SST. A displasia fibromuscular, doenças do sistema conjuntivo, alterações anatômicas coronarianas e anticoncepcional oral (ACO) são fatores contribuintes para esta patologia. De forma semelhante, exercício físico extenuante, estresse emocional, uso de cocaína e anfetamina, podem desencadear a SCA. A coronariografia é o principal método o diagnóstico de SCAD, sendo muito benéfico o auxílio de IVUS ou OCT nos casos duvidosos. A conduta conservadora é preferível, e a DAPT é especialmente recomendada quando há tratamento invasivo. Deve-se atentar à friabilidade do vaso e a possibilidade de progressão da dissecção no caso de angioplastia. Após o evento, é contraindicado nova gestação, uso de ACO, reposição hormonal e tabagismo.

447

Papel do Heart Team na Condução do Choque Cardiogênico e Infarto Agudo do Miocárdio

BRUNO GONÇALVES GARCIA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; ALINE STERQUE VILLACORTA; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; RODRIGO DE FRANCO CARDOSO; EDGARD FREITAS QUINTELLA; MÁRCIA BARBOSA DE FREITAS

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: IAMCSSST evoluindo com choque cardiogênico apresenta elevada morbimortalidade. Reperfusão precoce é pilar crucial. Apresentamos dilemas do dia-a-dia do cardiointensivista e o importante papel do Heart Team (HT). **Relato do Caso:** Paciente masculino, 51 anos, com histórico de HAS, DM, ex-tabagista, atendido com quadro de IAMCSSST de parede anterior, trombolisado, com evolução inicial em Killip I. Transferido para cateterismo cardíaco (CATE), e identificada doença coronariana multiarterial, com acometimento do tronco de coronária esquerda (TCE) grave distal e descendente anterior (DA) grave proximal com placa ulcerada, e disfunção moderada do ventrículo esquerdo (VE), tendo então perspectiva de abordagem cirúrgica. No entanto, um dia após o CATE, paciente apresenta edema agudo de pulmão cardiogênico e delirium, evoluindo com sinais de baixo débito cardíaco e hipoperfusão tecidual (Killip IV). Ecocardiograma (ECO) descartou complicações mecânicas. Iniciado inotrópico e rediscutido estratégia de revascularização, tendo em vista evolução em curso de choque cardiogênico estágio C (''clássico''). Em HT, decidiu-se por tratamento da lesão culpada (TCE + DA). Realizada complexa angioplastia com sucesso, com uso de balão intra-aórtico (BIA) para suporte circulatório mecânico. Apresentou importante resposta inflamatória (SIRS), taquicardia sinusal, vasoplegia, com necessidade de associar vasopressores. Nos dias subsequentes, houve desmame gradual do suporte, sendo retirado o BIA cinco dias após. Introduziu-se vasodilatadores orais e betabloqueador. ECO de controle demonstrou melhora da função do VE. Paciente recebeu alta, mantendo seguimento ambulatorial. **Discussão:** Decisão terapêutica inicial foi cirurgia de revascularização miocárdica, contudo a grande área isquêmica em sofrimento do VE e choque tornaram urgente o procedimento. Dada a presença de dupla antiagregação plaquetária e deterioração clínica, foi decidido pelo procedimento percutâneo, em uma anatomia complexa e de riscos maiores. Focou-se no tratamento do território culpado pela isquemia aguda, pilar essencial para a reversão do quadro de choque, além do destaque da terapia de suporte com inotrópico, BIA e vasopressores. Ressalta-se que a vasoplegia pode prejudicar o funcionamento do BIA, necessitando de expertise na sua manipulação e interpretação das curvas. A atuação decisiva do HT contribuiu para o desfecho favorável.

483

Trombose Muito Tardia de Stent Farmacológico: Evento Teórico?

BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; FLÁVIA BARROS MONKEN; TATHIANA FONTES BALTHAZAR; ALEXANDRE LOJA ANELLO; JORGE LEONARDO FIGUEIREDO PINTO; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; RENATO MACIEL DE ARANTES

Hospital Caxias D'Or – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Trombose de stent coronário constitui complicação rara mas potencialmente catastrófica, levando a IAM ou morte, podendo ocorrer em diferentes momentos após a realização da intervenção coronariana, recebendo dessa forma diferentes nomenclaturas. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 71 anos, HAS, DM2, dislipidêmico, tabagista, portador de doença arterial periférica de MMII difusa, sedentário, com IAM sem supra em 2016, submetido a angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico em 1/3 proximal de CX e em 1/3 médio de CD, apresentando também oclusão crônica de DA 1/3 médio, mantida em tratamento clínico. Em setembro de 2020, por angina instável, foi realizada nova coronariografia com evidência de lesão grave em CD proximal, sendo submetida a angioplastia com stent farmacológico. Seguiu assintomático, em tratamento clínico otimizado, mas sem interromper tabagismo. Em janeiro de 2022, angina estável CCS III motivou nova coronariografia e nova angioplastia de CD proximal por reestenose intra stent. Fez uso de DAPT (AAS + prasugrel) até novembro de 2023, quando o prasugrel foi suspenso (após 1 ano e 10 meses da última ICP). Em janeiro de 2024, dá entrada na emergência com quadro de dor torácica típica, de forte intensidade, iniciada 2 horas antes da chegada, associada a náuseas, vômitos e sudorese profusa. ECG sinusal, infradesnível do segmento ST em DI, aVL, V4 a V6 e discreto suprete em DIII. Ao exame: FC 86 bpm FR 19 irpm PA 160 x 10mmHg SPO2 99% TAx 36°C. Corado, acianótico, ausência TJP, sudoreico e ansioso. RCR, B4, BNF, sem sopros. MV + e sem RA. Abdome e MMI: sem alterações. Entendido como SCA sem supra de ST de muito alto risco, foi optado por estratificação invasiva ultra precoce. Coronariografia evidenciando trombose intra stent 1/3 proximal de CD, tendo sido realizado ICP intra stent, 3ª malha de stent no mesmo vaso com sucesso. Por trombo ventricular, paciente necessitou de anticoagulação plena. Recebeu alta hospitalar 6 dias após internação, com terapia tripla (apixabana + clopidogrel + AAS) no primeiro mês e com programação de terapia dupla após esse período. **Discussão:** A trombose de stent permanece como evento potencialmente fatal e os stents farmacológicos de última geração reduziram significativamente a incidência desse tipo de desfecho. Entre os mecanismos que justificam tal ocorrência encontram-se as diversas características da plataformas, tanto as mecânicas como quanto ao tipo de polímero e a dose de droga dispensada, de forma a causar menor lesão e propiciar endotelização precoce.

467

Estratificação de Risco no IAM pelo ECG: o Temido Padrão

BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; JÚLIA HENRIQUE COSTA; LAIS LOPES PIRES; THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA DA ROCHA FREITAS VIETAS; WILLIAM CÉSAR DA SILVA FIOROTT; WILLIAM MENEGUCCI

Hospital Caxias D'Or – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença cardiovascular segue como uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, de forma que não somente o seu diagnóstico e tratamento precoces constituem aspectos destacados nessa patologia, mas necessitamos o quanto antes, classificar individualmente o risco de cada paciente. Nesse caso, descrevemos apresentação de síndrome coronariana aguda, onde chamamos atenção para o eletrocardiograma isolado como potente marcador de prognóstico, mediante determinada alteração específica. **Relato do Caso**: Paciente masculino, 50 anos, obesidade grau II, HAS há cerca de 10 anos, DM2 há cerca de 5 anos, em uso de hipoglicemiante oral, dislipidemia sem tratamento, tabagista corrente 32 maços/ano, admitido na emergência com dor torácica em aperto iniciada há 3 dias, sem irradiação, acompanhada de sudorese profusa e dispneia, com piora bem-marcada cerca de 1 hora e meia antes do atendimento. Ao exame físico: FC 95 bpm FR 24 irpm PA 200 x 120 mmHg TAx 36° SPO2 96% AA Corado, acianótico, taquipneia, ansioso e sudoreico. Ausência TJP RCR, B3? BNF, sem sopros MV + com estertoração crepitante em bases bilateralmente. Abdome obeso, flácido, indolor e peristáltico MMII sem edemas e panturrilhas sem empastamentos. Realizou ECG imediatamente (PORTA-ECG 3 min), que evidenciou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior extensa cerca de 10 mm, bem como extrassistolia frequente (em anexo). Feito AAS 300 mg via oral, iniciado nitroglicerina venosa, solicitado Rx tórax e acionado equipe de hemodinâmica para coronariografia de emergência visando angioplastia primária. Evolui com dessaturação cerca de 10 min após a chegada, sendo iniciado suplementação de O2, seguido de VNI. Mantendo dor torácica e piora padrão ventilatório, sendo intubado em sequência rápida sem dificuldades técnicas. Após intubação, bradicardia progressiva e instabilidade hemodinâmica severa culminando com PCR em assistolia sendo submetido a manobras de RCP por 39 min e sem sucesso no retorno da circulação espontânea. **Discussão:** O ECG constitui exame complementar chave no diagnóstico e estratificação de risco das síndromes coronarianas agudas. Seu poder de diagnóstico e reclassificação de risco imediato, de forma não invasiva e rápida, guia parte importante da estratégia de tratamento. A alteração eletrocardiográfica de "supra ST em lápide", geralmente se refere a oclusão proximal de artéria descendente anterior, grande massa de miocárdio envolvida, alto risco de choque cardiogênico e morte, embora já tenha sido descrita em outros cenários clínicos.

488

Microfístulas Coronarianas para Ventrículo Esquerdo como Causa de Infarto Agudo do Miocárdio

ISABELLE MENDES RODRIGUES SALOMÃO; LUCAS DE MORAES BORGES; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; MARCIO MONTENEGRO; ALINE STERQUE VILLACORTA

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Microfístulas coronárias são defeitos congênitos raros, que pode afetar 0,002% da população geral e representa 14% das anomalias das artérias coronárias. Os pacientes podem apresentar angina e dispneia aos esforços, pelo mecanismo de roubo coronário, que causa isquemia funcional do miocárdio, mesmo na ausência de estenose. Pode ser diagnosticada na proporção de 1:500 em estudos cinecoronariográficos. **Relato do Caso:** Paciente, 70 anos, feminino, com história prévia de HAS, tabagista e DPOC. Evoluiu com dor torácica típica, e ECG na admissão que evidenciou supradesnivel do segmento ST (SSST) em parede anterior extensa e troponina I 17,9. Foi administrado dose de ataque de AAS e clopidogrel seguido de trombólise com alteplase, tendo apresentado critérios de reperfusão com redução do supra de ST e melhora da precordialgia. Foi transferida para hospital quaternário para estratificação coronariana invasiva. Realizado cinecoronariografia com ausência de doença obstrutiva coronariana, ponte miocárdica em artéria descendente anterior e presença de microfístulas da artéria descendente posterior (ADP) para a cavidade ventricular esquerda. Paciente manteve-se assintomática durante internação, com níveis pressóricos e frequência cardíaca controlados, sendo optado por tratamento conservador com AAS e clopidogrel associado a betabloqueador. Alta hospitalar com acompanhamento cardiológico ambulatorial. **Discussão:** O caso apresentado manifesta-se inicialmente como IAMCSSST, com critérios clínicos, eletrocardiográficos e laboratoriais confirmando o diagnóstico. Trombólise foi indicada como tratamento imperativo na ausência de angioplastia primária no centro. Através da estratificação precoce invasiva, foi possível estabelecer um diagnóstico de causa não aterogênica e não trombótica para o IAM. As microfístulas coronárias pequenas geralmente são assintomáticas e com bom prognóstico. É recomendado tratamento medicamentoso com betabloqueador ou bloqueador do canal de cálcio e acompanhamento ambulatorial com ECOTT. É contra-indicado uso de nitrato. As fístulas grandes e sintomáticas devem ser fechadas por via percutânea ou cirúrgica. Geralmente, têm bom prognóstico com taxas de recorrência de 9% a 19% para o fechamento transcateter e 25% para a ligadura cirúrgica.

519

Síndrome de Bland-Áltman-Garland em Pessoa Idosa do Sexo Masculino

SANDRO VIEIRA DE OLIVEIRA; MICHEL FERNANDES BATISTA DOS SANTOS; LEONARDO MONTEIRO SALES; FABIANO DE OLIVEIRA CEGA
HEAN – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A síndrome de Bland-Altman-Garland também conhecida como ALCAPA (abreviatura do termo em inglês origem anômala da artéria coronária esquerda na artéria pulmonar), é uma doença cardíaca congênita rara e excepcionalmente encontrada em adultos, porque poucos portadores desta anomalia conseguem atingir a fase adulta sem intervenção cirúrgica. **Relato do Caso:** Paciente com 71 anos do sexo masculino admitido na UTI Cardiológica do Hospital Estadual Anchieta (HEAN) após IAM SSST com DeltaT de 18 horas na qual foi submetido ao cateterismo < 48 h de internação. Em sua HPP tem relato de IAM há 3 anos. O paciente informou ser hipertenso e diabético com uso irregular de medicações e ser ex-fumante por longa data tendo parado quando infartou pela primeira vez. Na realização da cineangiocoronariografia foi evidenciada a origem anômala da artéria coronária esquerda no tronco da artéria pulmonar além de coronariopatia obstrutiva tri arterial. Os resultados do exame físico na admissão estavam normais. O ECG com ritmo sinusal regular de 75 bpm, e onda T bifásica nas paredes anterior e lateral. O ETT demonstrou câmaras cardíacas normais, com hipocinesia da parede anterior, septo anterior e porção lateral. FE ventricular em repouso 60% (Teichholz). Coronariografia revelou que a artéria coronária esquerda era eram ectásica com curso tortuoso e doença coronariana grave trivascular. O fenômeno de roubo era evidente, com fluxo retrógrado da coronária esquerda para a artéria pulmonar principal. O paciente foi então mantido preparado para intervenção cirúrgica com reimplante aórtico de tronco de coronária esquerda e revascularização do miocárdio. **Discussão:** A incidência estimada da síndrome de Bland-Áltman-Garland é de 1/300.000 nascidos vivos (0,24–0,46% de todas as anomalias cardíacas congênitas) e que 10–15% das crianças acometidas atinjam a idade adulta. Sua sobrevivência depende da extensão da circulação colateral adquirida. Sua sobrevivência depende da extensão da circulação colateral adquirida entre a coronária direita e a coronária esquerda por meio de um mecanismo de compensação shunt. O paciente deste caso apresentava um satisfatório mecanismo de compensação e foi o que lhe fez atingir a terceira idade sem sintomas e comprometimento de função miocárdica. Tendo a anomalia sido descoberta única e exclusivamente por doença aterosclerótica coronariana que levou a 2 eventos isquêmicos.

563

Avaliação Epidemiológica dos Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana II

VINÍCIUS RAMOS OLIVEIRA; ROGÉRIO MARTINS OLIVEIRA; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; WENDER EMILIANO SOARES; AMANDA MARIA SOUSA FELIX; PÉROLA FIGUEIREDO VERÍSSIMO; FELIPPE GUSTAVO COSTA MANHÃES SIQUEIRA; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a apresentação clínica mais grave da doença arterial coronariana, sendo a principal causa de morte no mundo. No Brasil, foram registradas 93 mil admissões hospitalares por IAM em 2022, evidenciando um importante problema de saúde pública. O estado do Rio de Janeiro (RJ) e a Região Metropolitana II (RM II) da capital, composta pelos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, não estão imunes a essa realidade, sendo fundamental a análise epidemiológica do perfil dos óbitos por IAM, a fim de traçar políticas públicas eficazes para essa população. **Objetivo:** Analisar o perfil dos óbitos por IAM em relação à faixa etária, cor/raça, escolaridade e sexo no estado do RJ e RM II. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e descritivo nos períodos de 2010 - 2021. Dados disponíveis no DATASUS. **Resultados:** Nesta análise, observa-se que mais de 70% dos óbitos por IAM ocorrem em pessoas com mais de 60 anos, tanto no RJ quanto na RM II. A população branca apresentou o maior índice de mortalidade por IAM, enquanto a população negra teve um aumento contínuo ao longo dos anos em ambas as regiões. Embora o número absoluto de óbitos seja maior no sexo masculino nas duas regiões, a taxa de mortalidade feminina é maior. No RJ, a maioria dos óbitos ocorreu em pessoas com até 3 anos de escolaridade, enquanto na RM II, esse grupo representou 40,10% dos óbitos, e no RJ, 36,59%. A taxa de mortalidade proporcional no RJ variou de 7,58 a 8,16 entre 2010 e 2019, com uma queda para 5,22 e 5,29 em 2020 e 2021, respectivamente, durante a pandemia de COVID-19. Na RM II, houve discrepâncias na taxa de mortalidade proporcional, especialmente entre 2013 e 2016, quando o IAM foi responsável por mais de 10% dos óbitos. O risco de morte por IAM foi maior na RM II. **Conclusões:** Ressalta-se a necessidade de políticas públicas para prevenir o IAM no RJ e na RM II, especialmente para a faixa etária acima de 60 anos. Disparidades raciais também são evidenciadas, com mais óbitos entre a população branca e aumento entre a população negra. A alta taxa de mortalidade proporcional na RM II destaca a importância de considerar fatores regionais, demográficos e sociais na formulação de políticas de saúde.

527

Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração: Análise por Causas Múltiplas

LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; PAOLO BLANCO VILLELA; JOSE LUCAS PERES BICHARA; EMILIA MATOS DO NASCIMENTO; EDUARDO LUIZ VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; BASILIO DE BRAGANÇA PEREIRA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O envelhecimento da população e o concomitante aumento das doenças não transmissíveis influenciam a evolução e os desfechos que podem culminar na morte, alterando a evolução das doenças isquêmicas do coração (DIC) e suas causas associadas. Assim, é fundamental compreender o processo de morte por DIC, as doenças associadas a elas e aquelas com as quais as DIC se relacionam. **Objetivo:** Avaliar a mortalidade por DIC no Brasil entre 2006 e 2020 pelo método de causas múltiplas e identificar diferenças nos padrões de distribuição por sexo e região geográfica. **Materiais e Métodos:** Analisamos, a partir de informações extraídas das Declarações de Óbitos (DO) da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pelo método de causas múltiplas, as doenças associadas às DIC quando elas foram definidas como causa básica do óbito (CB) e quando estavam presentes em qualquer linha das DO, de 2006 a 2020, no Brasil. Posteriormente, foram avaliadas a proporção dessas doenças e as diferenças entre os sexos e as regiões geográficas, com relevância estatística analisada pelo teste do qui-quadrado, e dependência entre os fatores ilustrada por meio de gráficos de barras empilhadas e grafos de redes de pequeno mundo. **Resultados:** As DIC, quando CB, foram associadas com infarto agudo do miocárdio (IAM), hipertensão arterial (HA), doença isquêmica crônica do coração (DICC), insuficiência cardíaca (IC) e diabetes melito (DM), em ordem decrescente de apresentação. Quando ocorreu menção de DIC em qualquer linha da DO, observou-se IAM seguido por DM, DICC, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular cerebral (AVC) e dislipidemia, assim como covid-19 no ano de 2020. No sexo feminino, destacaram-se DM como CB e menção, HA como CB e DICC e doença de Alzheimer como menção, enquanto, nos homens, dependência química como CB e menção, e câncer como menção. Nas regiões Norte e Nordeste, destacaram-se DM e AVC; no Centro-Oeste, dislipidemia e obesidade; no Sul e Sudeste, a doença de Alzheimer; e no Sul, DAC e DPOC. **Conclusões:** Diversas enfermidades, como IAM, HA, DICC, IC e DM associam-se com DIC como CB. As DIC relacionam-se com outras CB, como IAM, DM, DICC, DPOC e AVC. A proporção dessas associações varia entre os sexos e as regiões geográficas. Assim, a compreensão da magnitude dessas relações, pelo método de causas múltiplas, possibilitaria o melhor direcionamento de investimentos em saúde.

565

Desafios do Controle da Doença Arterial Coronariana e Importância da Cintilografia Miocárdica na Conduta Terapêutica: um Relato de Caso

LUANE DA SILVA RIBEIRO; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO; LUCIENE MIGUEL LIMA
UNIGRANRIO – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Doença Arterial Coronariana é uma patologia muito prevalente e de alta morbimortalidade, oriunda de alterações estruturais e/ou funcionais das coronárias, que cursam com isquemia. A DAC pode ser causada por diversas etiologias, sendo a aterosclerose a mais comum, e apresentando-se de formas variáveis quanto a estabilidade, sintomatologia e risco à vida do paciente. Dessa forma, cada paciente precisa de uma análise minuciosa de sua situação clínica, avaliando presença e controle de fatores de risco, classe funcional e seu risco cardiovascular, a fim de estabelecer metas e métodos de controle dos sintomas e prevenção de complicações. **Relato do Caso:** Paciente masculino, negro, 56 anos, com DAC, HAS, DM 2 e obesidade em uso de atenolol, hidroclorotiazida clopidogrel, AAS, sinvastatina, metformina e insulinoterapia. Tem história de 2 episódios de infarto agudo do miocárdio sem supra de segmento ST, mas com curva de troponina positiva, e angioplastia de artéria descendente anterior com colocação de stent farmacológico, nos últimos dois anos. Nega tabagismo e etilismo. Histórico familiar de doenças cardiovasculares, pai, mãe e duas irmãs tiveram IAM. Comparece ao ambulatório de cardiologia com queixas de angina estável aos mínimos esforços compatível com NYHA e CCS III, estava em obesidade grau II, seguindo o esquema terapêutico farmacológico, porém não estava implementando as mudanças do estilo de vida na sua rotina, com má alimentação e sem atividade física. Além disso, apresentou cintilografia miocárdica no repouso indicando grau moderado de isquemia nos segmentos anterior e ântero lateral do ventrículo esquerdo, fibrose nos segmentos apical, anterior apical, lateral apical e inferolateral do VE, com função sistólica preservada, mas com alteração da contratilidade. Entretanto, após o teste de esforço, o exame demonstrou a hipocaptação do radiotraçador, indicando a menor perfusão associada à hipocinesia desses mesmos segmentos. **Discussão:** Em virtude da não adesão às mudanças do estilo de vista e ao descontrole dos fatores de risco da DAC, associados aos achados da cintilografia miocárdica, reforça-se a suspeita de reestenose de stent de artéria descendente anterior ou nova lesão em outro vaso, sendo indicado novo cateterismo cardíaco. Desse modo, demonstra-se as dificuldades do tratamento e da profilaxia secundária da DAC, principalmente em situações de vulnerabilidade socioeconômica, e a importância da mensuração da carga isquêmica na cintilografia miocárdica para conduta clínica.

573

Uso do Termografia Auricular na Identificação de Pacientes com Cintilografia Miocárdica Anormal: uma ferramenta Inovadora em Cardiologia?

LEONARDO SOUZA MOREIRA ALVES; CAMILA RIBEIRO SOUZA FONTE; ISABELLA PALAZZO; NILTON LAVARORI CORREA; WILTER KER; RENATA RODRIGUES TEIXEIRA CASTRO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A termografia é uma ferramenta consagrada na identificação de área de perfusão anormal de modo não-invasivo. O seu uso pode permitir a quantificação do fluxo sanguíneo em regiões diversas como articulações, extremidades e áreas do corpo. Um dos sinais associados à doença coronariana é o sinal de Frank, onde se observa uma dobra diagonal no lobo da orelha. Este sinal parece ser decorrente de redução da elastina secundária à função microvascular anormal na região da orelha. A nossa hipótese é de que a termografia auricular possa identificar pacientes com maior probabilidade de doença coronariana e servir para o rastreio desta condição. **Objetivo:** Avaliar um novo índice termográfico auricular com doença coronariana, conforme demonstrado pela cintilografia de perfusão miocárdica (CPM). **Materiais e Métodos:** Foram analizados 29 individuos encaminhados para cintilografia miocárdica, sem doença coronariana prévia conhecida, 15 mulheres e 14 homens, na faixa etaria entre 41 e 83 anos. A imagem de termografia foi realizada com o termografo FLIR T530, com resolução de 320x240 (76.800 pixels), em um ambiente climatizado com temperatura de 22oC (±1), umidade relativa do ar <50% e distância padronizada em 30 cm. As imagens foram realizadas sempre antes do teste de esforço. Nós analisamos o ponto mais hiperradiante do meato acústico externo, que seria a equivalência da temperatura central, e subtraimos do ponto mais hiporradiante do pavilhão auricular encontrando o que seria equivalente ao ponto de menor perfusão do pavilhão, assim formando o Escore Térmico Auricular (ETA). Analisamos a associação entre anormalidades na cintilografia e o ETA com Teste Exato de Fisher. **Resultados:** A distribuição térmica foi similar no meato acustico externo nos indivíduos com CPM anormal e normal. O melhor ponto de corte para o ETA foi de 7,6, sendo que todos os 8 individuos com ETA < = 7,6 tinham CPM normal, enquanto 10 dos 21 com ETA > 7,6 (48%) apresentaram doença coronariana pela CPM (p = 0,01). **Conclusões:** A termografia auricular parece uma técnica promissora para auxiliar no rastreio de pacientes com doença arterial coronariana. Valores de ETA menores que 7,6 se associaram com menor risco de DAC e podem ser potencialmente uteis na seleção de pacientes para avaliação cardiovascular. Mais estudos sobre o tema são importantes para definição desta estratégia inovadora.

580

Preditores de Risco para Evolução com Disfunção Ventricular Esquerda como Consequência do Infarto Agudo do Miocárdio

DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FERNADO OSWALDO DIAS RANGEL; FERNADO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALLES; ANA LUIZA FERREIRA SALLES; LUCIANA REIS; LUCIANA REIS; BRYSA PAIVA CRUZ; BRYSA PAIVA CRUZ
Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Fundamento: O infarto agudo do miocárdio é uma doença prevalente e com alta morbidade e mortalidade. A identificação de preditores de risco para evolução com disfunção ventricular esquerda pode proporcionar um aprimoramento do cuidado. **Objetivo:** Identificar preditores de risco para evolução com disfunção ventricular esquerda de moderada a grave em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Casuística e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de coorte, de 698 pacientes internados com diagnóstico confirmado de IAM, com e sem supra de ST, entre janeiro e 2018 e janeiro de 2024 em um hospital privado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados durante a internacao por equipe de profissionais de saúde treinados e analisados pelo software SPSS. **Resultados**: A presença de diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, doença arterial coronariana prévia e ou angioplastias coronarianas prévias, acidente vascular encef'alico previo, insuficiência renal cronica e fibrilação atrial não influenciaram no desenvolvimento de disfunção ventricular. A presença de disfunção ventricular esquerda de moderada a grave ocorreu em 14,6% dos pacientes com IAMSSST e 21,7% daqueles com IAMCSST (p 0.024044). 66% dos pacientes que desenvolveram choque cardiogênico durante a internação evoluíram com disfunção ventricular moderada a grave e naqueles sem choque cardiogênico a disfunção ventricular foi observada em 15,65% (p <0.00001). **Conclusões:** Os preditores de disfunção ventricular foram a apresentação com IAMCSST e choque cardiogênico. A deteccao precoce destes cenarios possibilita a instalacao de medidas para reduzir a extensao do dano miocardico na fase intra e extrahospitalar.

582

Lesão Única de Tronco de Coronaria Esquerda em Paciente Jovem

ANDRES MANUEL MORRON MEZA; FELIPPE ALVIANO ORLANDO; JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; MAURICIO FARIA CORVISIER; DIOGO BARROS GUTTERRES
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As lesões de tronco de coronária esquerda são um desafio diagnóstico e terapêutico pela limitação de informação na literatura, já que é uma entidade de difícil estudo pelo risco aumentado de mortalidade. Podem estar involucradas por múltiplas causas, incluindo complicações cirúrgicas. Neste caso, trazemos uma paciente com antecedente de febre reumática que precisou realizar troca valvar aórtica e mitral, que posteriormente foi evoluindo com piora da classe funcional e disfunção do ventrículo esquerdo. Por ser paciente jovem, foi atribuído primariamente como causa valvular, mas que depois seria investigada, achando lesão única em tronco da coronária esquerda. Sendo esta a possível causa do quadro clinico. **Relato do Caso:** Paciente feminina de 46 anos, com antecedente de febre reumática, precisou de realizar troca de válvula aórtica e mitral, evoluindo tempo depois com piora da classe funcional progressivamente e disfunção de ventrículo esquerdo. Pela idade e antecedente valvular com avaliação das coronárias antes da cirurgia valvular normal foi atribuído esta entidade como a causa primaria, após otimização da terapia de insuficiência cardíaca paciente persistia com sintomas, motivo que motivou a procurar outra etiologia sendo solicitado estudo de coronária para avaliar outras causas. Achando lesão única de 90% no tronco da coronária. Foi investigada doença aterosclerótica pelo antecedente de dislipidemia familiar. Avaliada por uma angiotomografia de coronária, apresentando score de cálcio zero e com lesão de 70% no tronco, solicitado IVUS, encontrando placa fibrótica focal, sugerindo complicações na troca valvular. **Discussão:** A estenose de tronco de coronária esquerda ou descendente anterior por placa fibrótica é uma complicação infrequente na cirurgia de troca valvular, com maior predomínio na válvula aórtica. Envolvendo várias subáreas da cardiologia, como orovalvar, coronariopatia e insuficiência cardíaca. Em paciente jovem é maior o desafio diagnóstico e terapêutico. Nos países desenvolvidos, tem maior dificuldade ainda pela baixa incidência de febre reumática e complicações cardiovasculares.

Referências Bibliográficas: Ziakas AG, Economou FI, Charokopos NA, Pitsis AA, Parharidou DG, Papadopoulos TI, Parharidis GE. Coronary ostial stenosis after aortic valve replacement: successful treatment of 2 patients with drug-eluting stents. Nadeem A, Bilal W. Coronary ostial stenosis after coronary artery bypass graft and combined aortic valve replacement: case report. Ann Med Surg (Lond). 2023

666

Eficiência Operacional de uma Unidade de Dor Torácica

BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; LOUISE FREIRE; LUCIANA REIS; FABÍOLA A TRAVESSO DA MOTTA; DANIEL SETTA; ANDRÉ VOLSCHAN; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As Unidades de Dor Torácica (UDT) surgiram com objetivo de facilitar o acesso ao paciente, fornecendo atendimento através de uma estratégia eficiente, evitando diagnósticos equivocados. No Brasil, a primeira UDT foi implantada em 1996 em um Hospital Quaternário no Rio de Janeiro. Gradualmente seu protocolo vem se modernizando, às custas do surgimento de novos biomarcadores e da análise do banco de dados desse hospital. Dessa forma os pacientes são divididos em rotas assistenciais (rotas 1, 2 e 3). A Rota 1 representa síndrome coronariana aguda com supra do segmento ST, Rota 2 pacientes com alteração isquêmica do eletrocardiograma (ECG) e/ou troponina e Rota 3 os pacientes que apresentem dor torácica, porém sem alterações isquêmicas do ECG ou da troponina. Para esses pacientes, a estratificação para doença coronariana aguda pode ocorrer durante sua permanência na sala de Emergência ou a nível ambulatorial. **Objetivo:** Demonstrar a eficiência operacional de uma UDT, após a racionalização de recursos, sem prejuízo assistencial aos pacientes incluídos na Rota 3 ao longo dos anos. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 2472 pacientes incluídos no protocolo institucional de dor torácica em Rota 3 na sala de emergência, por meio de um banco de dados do período de Janeiro de 2020 a Dezembro de 2023. **Resultados:** No ano de 2020 observamos 553 pacientes incluídos na rota 3, dos quais 374 realizaram estratificação ambulatorial, representando 69% do total, e 74 realizaram estratificação não invasiva durante a permanência na emergência, representando 13% da amostra. Em 2021, 668 pacientes incluídos na rota 3, dos quais 454 realizaram estratificação ambulatorial, representando 68% do total, e 96 realizaram estratificação não invasiva durante a permanência na emergência, sendo 14% da amostra. Em 2022, 616 pacientes incluídos na rota 3, dos quais 507 realizaram estratificação ambulatorial, representando 82% do total, e 81 realizaram estratificação não invasiva durante a permanência na emergência, sendo 13% da amostra. Em de 2023, 635 pacientes incluídos em rota 3, dos quais 563 realizaram estratificação ambulatorial, representando 89% do total, e 58 realizaram estratificação não invasiva durante a permanência na emergência, representando 9% da amostra. **Conclusões:** Assim, nota-se que a estratificação ambulatorial aumentou 20%, e a taxa de retorno no período foi de 0,112, 0,102, 0,104 e 0,124 respectivamente, mostrando que a racionalização de recursos não trouxe prejuízo assistencial aos pacientes.

696

Manejo Cirúrgico de Aneurisma Coronariano Gigante

FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; FELIPE FELIPE MONGE; HENRIQUE FELIPE COUTINHO; ROBERTO FELIPE ESPORCATTE
UERJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Dilatações coronarianas são um achado relativamente comum em coronariografias, e podem variar desde ectasias, pseudoaneurismas, aneurismas saculares, fusiformes até aneurismas gigantes. Essas dilatações são consideradas relevantes quando atingem 1,5x o diâmetro do vaso, e chamadas de ectásicas quando se extendem de forma difusa ou de aneuristmáticas quando possuem aspecto focal. Abaixo apresentamos um caso atípico recebido em nosso serviço. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 60 anos, transferida para nosso hospital para coronariografia em contexto de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST de parede inferior, em estratégia fármaco-invasiva, após ser submetida à trombólise em sua unidade de origem, com critério clínico mas não eletrocardiográfico de reperfusão. Angiografia demonstrou aneurisma fusiforme de 9,5mm em terço proximal de Coronária Direita. Discutido caso em Heart Team e optado por tratamento cirúrgico. Realizado bypass de Artéria Torácica Interna Direita para Coronária Direita, ligadura coronariana proximal e distal ao aneurisma e abertura do saco aneuristmático. Cirurgia ocorreu sem intercorrências e paciente recebeu alta hospitalar 3 dias após o procedimento. **Discussão:** Pacientes portadores de aneurismas coronarianos são geralmente assintomáticos, mas ocasionalmente podem se apresentar como síndrome coronariana aguda. A definição de aneurismas gigantes não é consensual, mas no geral se referem aos casos com mais de 50mm ou aumento de 4x do tamanho original do vaso. Sua incidência é rara – ocorre em cerca de 0,02% das coronariografias e sabemos que sua origem geralmente se relaciona com aterosclerose ou como sequela da Doença de Kawasaki na infância. Ainda não é claro qual o melhor método de tratamento para tais lesões – seja conservador, por ressecção do aneurisma, angioplastia com stent ou bypass coronariano. Para definir a melhor estratégia de abordagem de forma individualizada em cada caso, a discussão entre cardiologistas clínicos, intervencionistas e ciriurgiões via Heart Team torna-se absolutamente necessária.

775

Preditores de Risco de Mortalidade Intra-Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio com e sem Supra desnivelamento de ST

LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; BRYSA PAIVA CRUZ; NATÁLIA DA SILVA PAIS; THIAGO BURGARELLI; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FERNANDO BORGES RODRIGUEZ; ANA LUIZA FERREIRA SALES; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio é uma condição altamente prevalente, associada a considerável morbidade e mortalidade. A identificação de preditores de mortalidade é crucial para estratificar pacientes de maior risco e aprimorar a abordagem clínica. **Objetivo:** Este estudo visa identificar preditores de risco para mortalidade intra-hospitalar em pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio em uma instituição privada no Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de coorte envolvendo 782 pacientes hospitalizados com diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio, abrangendo o período entre janeiro de 2018 e janeiro de 2024. Os dados foram meticulosamente coletados por uma equipe de profissionais de saúde capacitados e analisados utilizando o software Jamovi. Foi realizada uma regressão logística binomial para identificação de preditores independentes. **Resultados:** Não foram identificadas associações significativas entre o desfecho óbito e as seguintes variáveis: sexo (p = 0,58), idade > 75 anos (p = 0,24), hipertensão arterial (p = 0,47), diabetes mellitus (p = 0,69), doença arterial coronariana prévia (p = 0,52), insuficiência cardíaca (p = 0,53), presença de disfunção ventricular ao ecocardiograma (p = 0,22), lesão de tronco de coronária esquerda (p = 0,89) e anemia (hemoglobina <8,0) (p = 0,22). No entanto, apresentaram-se como preditores de risco a ocorrência de choque cardiogênico (p < 0,001; OR 70,12; IC 25,27-194,57), classificação Killip III (p = 0,01; OR 3,9; IC 1,3-11,8), Killip IV (p = 0,007; OR 6,30; IC 1,65-24,09). A presença de lesão em apenas um vaso coronariano mostrou-se inversamente relacionada ao desfecho óbito (p = 0,009; OR 0,13; IC 0,02-0,60). **Conclusões:** Os preditores independentes de óbito incluíram a apresentação com choque cardiogênico e classificação Killip >2. Essas descobertas são cruciais para estratificação de risco e informação de estratégias clínicas mais assertivas para pacientes com infarto agudo do miocárdio.

780

Riscos e Benefícios da Revascularização Miocárdica na Doença Aterosclerótica Coronária no Tratamento Individualizado

CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; VINICIUS HENRIQUES SILVA; LUCAS ARANTES VASCONCELOS; KARINE MENDES ALVES; PEDRO PIMENTA DE MELO SPINETI; MARCO ANTONIO MATTOS
Hospital Unimed Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A decisão pela revascularização miocárdica em pacientes com doença aterosclerótica coronariana (DAC), cirúrgica ou percutânea, pode ser justificada para controlar sintomas ou aumentar a sobrevida. A estratificação coronariana anatômica é amplamente utilizada na tomada de decisão, porém pode ser insuficiente, principalmente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Dito isto, determinar a probabilidade de benefício da cirurgia de revascularização miocárdica nestes pacientes é fundamental e continua a ser um desafio clínico na prática. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 80 anos, com hipertensão arterial, diabetes e cardiopatia isquêmica com fração de ejeção levemente reduzida, internado por IC aguda com perfil hemodinâmico tipo B e fibrilação atrial com alta resposta ventricular. Após descartar trombose intracavitária, foi realizada cardioversão elétrica com sucesso e iniciada anticoagulação. A cineangiocoronariografia realizada em internação anterior (< 6 meses) evidenciou reestenose tipo II em stent implantado em coronária direita. Na época conduzido de forma conservadora. Optou-se por realizar estratificação funcional com ressonância cardíaca, que evidenciou 15% de massa infartada sem viabilidade miocárdica. Optou-se por otimizar o tratamento farmacológico para DAC e IC. O paciente recebe alta hospitalar com orientação para manter acompanhamento ambulatorial com cardiologista e realizar reabilitação cardiopulmonar. **Discussão:** A disfunção miocárdica em pacientes com DAC pode ou não ser reversível quando a revascularização cardíaca é realizada. Determinar a probabilidade de benefício deste procedimento é fundamental na indicação do tratamento do miocárdio hibernante com restauração do fluxo coronariano. Para tanto, a avaliação da viabilidade miocárdica por meio da estratificação funcional apoiada por exames de imagem, ecocardiografia, ressonância magnética ou tomografia por emissão de fóton único pode avaliar a integridade celular. De forma complementar, o uso da dobutamina avalia a reserva contrátil e a tomografia por emissão de pósitrons avalia o metabolismo celular. Neste caso clínico, a utilização da ressonância cardíaca descartou o possível benefício da revascularização miocárdica e contribuiu para a estimativa prognóstica pela quantificação da necrose miocárdica. Essas informações, somadas à avaliação clínica, podem auxiliar o cardiologista na individualização de condutas e otimização do tratamento farmacológico.

789

Infarto Agudo do Miocárdio Trombótico – Relato de Caso

MATHEUS MANZANI MALHEIROS; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; CLARICE DE CASTRO CARVALHO; BRUNA NALESSO SARAIVA; LEONARDO MAGNO NEIVA DE SOUSA; NÉLIO GOMES JUNIOR
Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Santa Teresa – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Cerca de 94% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) possuem como principal etiologia a doença aterosclerótica subjacente (Pasupathy et al., 2015). No entanto, outras entidades mais raras também podem resultar em IAM com coronárias normais (Ibanez et al., 2017). **Relato do Caso:** Sexo feminino, 53 anos, hipertensa controlada e história familiar de evento cardiovascular precoce, procura atendimento com quadro de dor torácica típica. O eletrocardiograma evidenciou IAMCSST de parede anterior, Killip III. Troponina ultrassensível positiva de 15,64 (VR 11,03). Encaminhada à Intervenção Coronária Percutânea (ICP), onde observou-se disfunção sistólica global grave do VE e obstrução coronariana por trombo, com oclusão aguda da artéria DA e ausência de doença aterosclerótica. Seguiu-se para angioplastia primária com colocação de 1 stent farmacológico. Após a ICP, foi admitida na Unidade Coronariana (UCO). Ecocardiograma transtorácico durante a internação evidenciou sobrecarga de VE com espessura parietal normal e disfunção ventricular esquerda leve a moderada. Paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar no 5º dia. Cerca de 1 mês após a alta, retorna ao mesmo serviço com quadro súbito de dispneia e tosse secretiva. Exames de imagem e laboratoriais compatíveis com choque misto grave – séptico de foco pulmonar e cardiogênico –, sendo novamente admitida na UCO. Evoluiu com necessidade de intubação orotraqueal (IOT) e posterior traqueostomia, múltiplos esquemas de antibioticoterapia e piora progressiva da função renal, com necessidade de hemodiálise. Apresentou trombose arterial com necrose de MIE, com necessidade de desbridamento cirúrgico e amputação do 5º pododáctilo. Atualmente encontra-se em VM, com refratariedade às tentativas de extubação, em sedação leve e em uso de drogas vasoativas há mais de 40 dias. **Discussão:** Infartos com coronárias normais representam apenas 6% dos quadros de IAM registrados (Pasupathy et al., 2015). Descartadas outras causas mais comuns, como a fibrilação atrial, estende-se a investigação para outras etiologias. A hipótese para o caso envolve a investigação de trombofilia subjacente, pela apresentação atípica de trombose coronariana em ausência de outros fatores predisponentes. Com a dificuldade de desmame ventilatório associada à gravidade do quadro e a possibilidade de um distúrbio da coagulação, é fundamental seguir a investigação etiológica com possível injúria cerebral.

790

Oclusão Aguda de Stent Coronariano – Importância da Antiagregação Plaquetária

CLARICE DE CASTRO CARVALHO; BRUNA NALESSO SARAIVA; MATHEUS MANZANI MALHEIROS; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; LEONARDO MAGNO NEIVA DE SOUSA; NÉLIO GOMES JUNIOR
Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Santa Teresa – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Dupla Antiagregação Plaquetária (DAP) é um dos pilares fundamentais da terapia medicamentosa após eventos cardiovasculares, sobretudo após Intervenção Coronária Percutânea (ICP) com colocação de stent (TL Santos, 2023). Atualmente, alguns estudos avaliam a eficácia da Tripla Antiagregação Plaquetária (TAP) e seus desfechos (Peng R, 2022). **Relato do Caso**: Sexo masculino, 43 anos, hipertenso em uso irregular de Losartana, Tabagista, portador de Obesidade, Síndrome Metabólica e Doença Arterial Coronariana com história pregressa de ICP há 3 anos com colocação de stent em coronaria direita (CD), sem acompanhamento médico. Ecocardiograma transtorácico realizado em 2023 evidenciando ICFER isquêmica e disfunção moderada de VE. Admitido no Pronto Atendimento com quadro de dor torácica típica, em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, de início há 02 horas. ECG com supradesnível de segmento ST em DII, DIII e aVF e curva de troponina na admissão e após 4h de, respectivamente, 9,90 e 3.042 (VR 11), compatível com IAMCSST de parede inferior. Encaminhado para ICP de urgência, com colocação de stent em CD e evidência de lesão residual multiarterial – DA 90%, Cx 70% –, fluxo TIMI 2 em VP e DP. Evoluiu satisfatoriamente, com segunda abordagem coronariana após 4 dias e angioplastia com colocação de mais 2 stents. Paciente orientado sobre a importância do tratamento completo com antiagregação e acompanhamento médico, optou pela alta à revelia da Unidade Coronariana (UCO) após o procedimento. Retorna ao mesmo serviço após 07 dias, com novo quadro de dor torácica típica. ICP de urgência com evidência de oclusão aguda de stent de CD de etiologia trombótica, realizada dilatação com balão não-farmacológico. Devido a permanência de múltiplos trombos mesmo após ICP, optado pela administração de Tirofibana, AAS, Prasugrel e anticoagulação plena com Enoxaparina. Manteve estabilidade hemodinâmica, com transferência da UCO para enfermaria clínica e orientações para acompanhamento médico regular e adesão à terapia medicamentosa prescrita. **Discussão:** A antiagregação plaquetária após abordagem intervencionista demonstrada na literatura é uma ferramenta fundamental para desfechos positivos no contexto de Doença Arterial Coronariana. Neste caso, é ilustrado uma de suas aplicações, demonstrando a sua importância e eficácia como escolha de tratamento farmacológico.

808

Perfil Epidemiológico do Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital Quaternário Privado do Rio de Janeiro

DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; BRYSA PAIVA CRUZ; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; PAOLLA MARTINS DE ALMEIDA FIGUEIREDO; LISIMEIRE CAVALCANTI COSTA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O conhecimento aprofundado do perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio desempenha um papel crucial na formulação de políticas de saúde e no desenvolvimento de estratégias destinadas a minimizar as complicações associadas a essa entidade nosológica. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar de maneira sistemática o perfil epidemiológico dos pacientes internados com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado situado no Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Realizamos um estudo de coorte retrospectivo envolvendo 782 pacientes hospitalizados com diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio (IAM), classificados como IAM com supra de ST (IAMCSST) e IAM sem supra de ST (IAMSSST), no período compreendido entre janeiro de 2018 e janeiro de 2024. A coleta de dados foi conduzida por uma equipe de profissionais de saúde devidamente treinados e a análise estatística foi realizada por meio do software Jamovi. **Resultados:** Do total de pacientes, 549 (70,2%) foram diagnosticados com IAMSSST, enquanto 233 (30,8%) apresentaram IAMCSST. Observou-se uma predominância do sexo masculino (541 pacientes, 69,2%), sendo 337 (43,0%) com 75 anos ou mais. Entre os pacientes, 598 (76,4%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 308 (39,3%) diabetes mellitus, 350 (44,7%) doença arterial coronariana prévia, 279 (35,6%) insuficiência cardíaca (IC), 75 (9,5%) fibrilação atrial (FA), 69 (8,8%) lesão de tronco de coronária esquerda (TCE), 284 (36,3%) com doença multivascular, 174 (22,2%) com disfunção ventricular moderada a grave, 32 (4,0%) evoluíram com injúria renal aguda (IRA), 54 (6,9%) com choque cardiogênico, e 37 (4,7%) receberam transfusão de concentrados de hemácias. Quanto à classificação de Killip, 60 (7,6%) foram classificados como Killip II, 72 (9,2%) como Killip III, 27 (3,4%) como Killip IV, e 60 (7,6%) evoluíram com óbito. **Conclusões:** O perfil epidemiológico revela uma população composta por indivíduos idosos, predominantemente do sexo masculino, portadores de múltiplas comorbidades, com um percentual significativo de doença multivascular. Essas descobertas têm implicações cruciais para a formulação de estratégias de tratamento e intervenções clínicas direcionadas a essa população específica de pacientes com infarto agudo do miocárdio.

807

Análise do Segmento Intra-Hospitalar dos Pacientes em uma Unidade de Dor Torácica

BRYSA PAIVA CRUZ; DANIELA PIRES DE CASTRO MIRANDA; LUCIANA REIS; FABÍOLA A TAVARES DA MOTTA; BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As Unidades de Dor Torácica (UDT) surgiram nos anos 70, objetivando facilitar o acesso ao paciente, fornecendo atendimento rápido e prioritário através de uma estratégia organizada e eficiente, evitando diagnósticos equivocados. No Brasil, a primeira UDT foi implantada em 1996 em um Hospital Quaternário no Rio de Janeiro. Ao longo de quase 30 anos, seu protocolo vem se modernizando, às custas do surgimento de novos biomarcadores e através da análise do banco de dados desse hospital. Dessa forma os pacientes são divididos em rotas assistenciais (rotas 1, 2 e 3). **Objetivo:** Descrever o modelo assistencial e seus resultados de uma UDT. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de 2185 pacientes, incluídos no protocolo institucional de dor torácica na sala de emergência, através de um banco de dados no período de 2019 a 2023. **Resultados:** Dos 4.315 protocolos abertos, foram excluídos 892 após avaliação médica, ficando, então com 3.400 pacientes. A taxade conformidade do tempo porta-eletro em até 10 minutos foi em media de 95,5%. A distribuição conforme as rotas aconteceram da seguinte forma: Rota 1 para síndrome coronariana aguda com supra do segment ST, Rota 2 para os pacientesque apresentassem alteração isquêmica do eltrocardiograma (ECG) e/ou troponina positiva e Rota 3 para os pacientes que apresentassem dortorácica, porém sem alterações isquêmicas do ECG ou da troponina. A Rota 1 foi responsável por137 pacientes, sendo que desses 15 apresentavamdisfunção ventrículo esquerdo (VE), 4 seguirampara o tratamento cirúrgico, 11 para tratamentoconservador e 107 para tratamento percutâneo. A mortalidade total desses pacientes representou15,45%. Dos 394 pacientes incluídos na Rota 2, 32 apresentavam disfunção do VE. Quanto ao seutratamento, 24 seguiram para revascularizaçãomiocárdica, 111 para tratamento clinico e 227 para tratamento percutâneo. Sendo a mortalidade total dos pacientes da rota 2 de 2,5%. Quanto aos 2.869 pacientes que foram incluídos na Rota 3, 365 foram estratificados de forma não invasiva, 90 foram submetidos a cineangiocoronariografia e 2.414 foram estratificados ambulatorialmente. **Conclusões:** Dessa forma, com atendimento organizado e protocolado, as unidades de dor torácica conseguem sistematizar os atendimentos dos quadros de suspeitos de síndrome coronariana aguda e com isso manter o melhor seguimento intra-hospitalar dos pacientes.

810

Impacto da Disfunção Ventricular Esquerda na Evolução de Pacientes Internados com Infarto Agudo do Miocárdio

DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; THIAGO BURGARELLI; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; BRYSA PAIVA CRUZ; NATALIA DA SILVA PAIS; MARCELO BANDEIRA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio é uma condição prevalente com elevada morbidade, frequentemente associada à disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca subsequente. Identificar preditores de risco para a progressão com disfunção ventricular pode aprimorar significativamente a abordagem clínica e o manejo dessa população de pacientes. **Objetivo:** O presente estudo visa identificar fatores de risco associados à evolução com disfunção ventricular esquerda no contexto do infarto agudo do miocárdio. **Materiais e Métodos:** Conduzimos uma análise observacional retrospectiva de coorte, incluindo 782 pacientes hospitalizados com diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio, abrangendo o período entre janeiro de 2018 e janeiro de 2024. Os dados foram meticulosamente coletados por uma equipe de profissionais de saúde qualificados e posteriormente analisados utilizando o software Jamovi. **Resultados:** Não foram identificadas associações significativas entre a presença de disfunção ventricular esquerda e os seguintes fatores: sexo, doença arterial coronariana prévia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilação atrial, número de vasos comprometidos ou lesão do tronco da artéria coronária esquerda. No entanto, os seguintes fatores emergiram como preditores para a evolução com disfunção ventricular esquerda: idade superior a 75 anos ($p = 0,027$; OR 1,6097; IC 1,05593-2,454), choque cardiogênico ($p = 0,006$; OR 3,3650; IC 1,40750-8,045), Killip II ($p < 0,001$; OR 3,1733; IC 1,69849-5,929), Killip III ($p = 0,014$; OR 2,1180; IC 1,16666-3,845) e Killip IV ($p < 0,001$; OR 17,1133; IC 4,59264-63,768). **Conclusões:** Idade superior a 75 anos, apresentação em Killip > II e choque cardiogênico destacam-se como preditores significativos para a evolução com disfunção ventricular esquerda durante a internação hospitalar de pacientes com infarto agudo do miocárdio. Essas descobertas podem orientar a formulação de estratégias preventivas e de manejo mais eficazes para essa população de pacientes críticos.

811

Influência da Anemia no Prognóstico do Infarto Agudo do Miocárdio

DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; THIAGO BURGARELLI; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; FABIOLA ALVES TRAVERSO DA MOTTA; LUCIANA REIS; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A anemia tem o potencial de piorar o insulto isquêmico miocárdico na síndrome coronariana aguda (SCA), tanto pela diminuição do aporte de oxigênio fornecido ao miocárdio, quanto pelo aumento do consumo energético, dado o aumento do débito cardíaco. Na última década diversos autores exploraram o impacto prognóstico dos valores de hemoglobina no contexto da SCA. **Objetivo:** Investigar a relação entre anemia e desfechos clínicos adversos em pacientes com SCA. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de coorte envolvendo 782 pacientes hospitalizados com diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio, abrangendo o período entre janeiro de 2018 e janeiro de 2024. Os dados foram coletados por uma equipe de profissionais de saúde qualificados e posteriormente analisados utilizando o software Jamovi. Foram analisadas as variáveis multimodal de sexo, idade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, choque cardiogênico e anemia. Para definição de anemia foi adotado um nível de hemoglobina <10 g/dl na admissão hospitalar. **Resultados:** Houve associação de anemia a um tempo de internação hospitalar maior que 5 dias (p = 0,003; OR 2,56; IC 1,37-4,80) e maior mortalidade (p = 0,018; OR 3,77; IC 1,26-11,31). Não foi identificada associação significativa entre anemia e disfunção ventricular moderada a grave (p = 0,241). **Conclusões:** A inclusão da anemia na estratificação de risco de pacientes internados com SCA pode guiar intervenções mais direcionadas para melhorar a eficiência dos cuidados prestados, diminuindo o tempo de internação hospitalar e a chance de mortalidade.

Referências Bibliográficas: Brenda Moura. Anemia e prognóstico das síndromes coronárias agudas. Rev Port Cardiol. 2012;31(2):133-134.

856

Síndrome Coronária Aguda e Uso Inadequado de Gestrinona: um Relato de Caso

MARCELLE PEREIRA DE MENEZES CAMARA; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; GUILHERME LAVALL; TIAGO MATTOS; BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença cardiovascular (DCV) é a primeira causa de internações hospitalares no mundo[1]. Existe forte correlação entre o uso de derivados sintéticos da testosterona e aumento da incidência da DCV, podendo ser atribuída ao potencial trombótico do esteróide. De 10 a 15% dos pacientes com dor torácica (DT) apresentam de fato síndrome coronariana aguda (SCA)[2]. O infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST (IAMCSST) é a demonstração mais grave dessa manifestação. O objetivo deste relato é descrever um caso de IAMCSST em uma mulher que estava em uso de gestrinona, derivado da testosterona, para fins estéticos. **Relato do Caso**: RSL, mulher, 64 anos, previamente higida e em uso de "pílula da beleza". Negou tabagismo. Sem história pessoal ou familiar de doença hematológica ou DCV. Procurou a Emergência de um hospital quaternário com DT tipo B. Relata precordialgia em aperto, com irradiação para os membros superiores, de duração prolongada, e com náuseas, iniciada após terminar atividade física. ECG de admissão evidenciava supradesnivelamento do segmento ST em paredes ínfero-lateral e infradesnivelamento do segmento ST na parede anterior. Coronariografia de urgência com oclusão do terço médio de artéria coronária direita associado a alta carga trombótica e sem placas de ateroma. Recanalização com trombectomia aspirativa e angioplastia por balão sem implante de Stent. Fluxo final TIMI 3. Feitos 200mg de AAS, ataque de Ticagrelor e infusão de Tirofiban por 18h. Ecocardiograma com função sistólica preservada e acinesia dos segmentos inferiores basal, médio e septo inferior basal. Após o procedimento, encontrava-se hemodinamicamente estável, lúcida e assintomática. **Discussão:** O uso indiscriminado de esteróides com finalidades estéticas aumentou nos últimos anos. A utilização dessas substâncias é um fator de risco para o desenvolvimento de SCA, já que ocorre alteração da viscosidade sanguínea favorecendo a formação de trombos. Portanto, o caso relatado se trata de uma doença trombótica associada ao IAM (MINOCA)[3]. Provavelmente houve formação de trombo intraluminal devido à hipercoagulabilidade associado a uso de esteroides[4]. Excluir o consumo de medicamentos pró-trombóticos na presença de SCA em pacientes com baixo risco cardiovascular é fundamental. Identificação de sintomas, tratamento correto e orientações precisas são cruciais para obter resultados favoráveis e evitar recorrências de novos episódios.

827

Vasoespasmo Coronariano por Endocardite Infecciosa com Abscesso Perivalvar

PAULO GUSTAVO AGUIAR DE OLIVEIRA; LORENA BARROS MIRANDA; CLAUDIO JOSÉ SOBREIRA CAVALIERI; KAMILA NETTO DE CASTRO; LEONARDO GIGLIO GONÇALVES DE SOUZA; DANIEL COSENDEY GANIMI; MARCO ANTÔNIO DE MATTOS
Hospital Unimed-Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) é a infecção das valvas cardíacas, endocárdio e dispositivos intracardíacos de longa permanência. Dentre as possíveis complicações da doença está a síndrome coronariana aguda, que geralmente ocorre por êmbolos sépticos ou compressão coronariana secundária à complicações perianulares. O espasmo coronariano (EC) nesta condição é extremamente raro. **Relato do Caso:** Homem de 41 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 e mieloma múltiplo, foi levado à emergência de um hospital quaternário no Rio de Janeiro com febre e mal estar há 3 semanas, onde foi examinado clínica e laboratorialmente e liberado com sintomáticos e orientações. Após 4 dias retorna com precordialgia, edema agudo de pulmão e insuficiência respiratória aguda. No eletrocardiograma (ECG) foi identificado infradesnivelamento do segmento ST (infraST) em múltiplas derivações com supradesnivelamento (supraST) em aVR e V1. Foi submetido a intubação orotraqueal, e em seguida apresentou 2 episódios de taquicardia ventricular com instabilidade hemodinâmica, revertidas com cardioversão elétrica. As hemoculturas foram positivas para Streptococcus oralis sensível a vancomicina, tendo sido iniciado gentamicina, ceftriaxona e vancomicina. O Ecocardiograma (ECO) transtorácico identificou disfunção global do ventrículo esquerdo e valva aórtica com sinais sugestivos de vegetação e abscesso perivalvar com regurgitação aórtica importante, sendo mais tarde confirmado pelo ECO transesofágico. Realizada coronariografia, que evidenciou espasmo coronariano em tronco da coronária esquerda, descendente anterior e circunflexa, sem trombos. Realizada infusão de nitrato intracoronariano e angioplastia com balão, com melhora do quadro isquêmico. Posteriormente, foi submetido a troca de valva aórtica, evoluindo durante internação com arritmias, insuficiências hepática e renal, sendo todas resolvidas, permitindo alta hospitalar após 44 dias de internação. **Discussão**: Esse caso serve para descrever umas das possíveis complicações da EI, a isquemia miocárdica. Embora a embolia séptica seja o principal mecanismo ligado a essa condição, a coronariografia do nosso paciente revelou uma complicação muito menos descrita na literatura, o EC. Apesar de sua relação ser pouco compreendida, é possível que ela seja o resultado de inflamações locais extensas, associada a disfunção miocárdica e doença valvar, determinando intensa reatividade coronariana, a qual frequentemente responde a vasodilatadores, como o nitrato.

11
Ecocardiografia

48

Evento Isquêmico Cerebral Raro com o Uso de Salina Agitada: Relato de Caso

ISAAC HEES DE AVEIRO JUNIOR; ANGELO ANTUNES SALGADO; MARCOS PAULO LACERDA BERNARDO; PABLO MOURA LOPES; MARCIA BUENO CASTIER; LUCAS DE OLIVEIRA MOURA ESTEVÃO; BRAULIO JOSÉ DE SOUZA BARCELOS MANHÃES; BIANCA SILVA FAILLACE
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O uso da injeção de salina agitada pode adicionar informações valiosas sobre a presença de shunts intracardíaco e/ou intrapulmonar. Apesar do ETT através do color Doppler apresentar razoável sensibilidade em detectar defeitos no SIA, o uso associado de solução salina agitada (SSA) é necessário nos casos de shunts de difícil diagnóstico. Eventos isquêmicos cerebrais são extremamente raros e podem ocorrer em cerca de 0-0,15% dos casos após a injeção de SSA em pacientes com shunts. Os sintomas são tipicamente transitórios ou leves, porém pequenos infartos podem ser encontrados na RNM. **Relato do Caso:** Feminino, 33 anos, sem comorbidades, foi encaminhada para realização de ETT por quadro de fadiga e dispneia iniciadas há 6 meses. Durante o ETT foi constatado importante aumento e sinais de sobrecarga de câmaras direitas e disfunção do VD e HAP, sem visualização de shunts. Optou-se pela infusão de SSA para elucidação diagnóstica. Antes mesmo do primeiro batimento cardíaco, foi visualizado intensa passagem de macrobolhas da direita para esquerda através SIA, confirmando o diagnóstico de shunt intra-cardíaco. Logoapós a injeção, paciente referiu mal-estar associado a hemiparesia em dimídio direito e dificuldade visual, confirmados ao exame clínico, com melhora espontânea após 15 minutos. Foi encaminhada para TC de crânio não sendo visualizado alterações agudas. Devido ao resultado do ETT, a mesma foi encaminhada para a realização de ETE, que demonstrou CIA tipo ostium secundum, com shunt bidirecional e bordos viáveis para intervenção percutânea. A TC de tórax com pequenos trombos periféricos bibasais crônicos. Realizado cateterismo direito, observando-se HAP grave, com RVP de 12 u/woods, contraindicando o fechamento do defeito do SIA. Foi iniciadoSildenafil e anticoagulação oral para a paciente, com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O uso de SSA para o diagnóstico de shunt é considerado seguro. Apesar de raros, eventos isquêmicos cerebrais podem ocorrer em uma mínima porcentagem de pacientes submetidos ao estudo. A utilização de menos de 1ml de ar e a não injeção de bolhas grandes e insolúveis no sistema venoso, são medidas capazes de minimizar o risco de eventos adversos. Além disso caso seja visualizado importante shunt intra-cardíaco apenas pelo Color Doppler o estudo através de macrobolhas não precisa ser realizado.

401

Prótese Valvar: Trocando um Problema pelo Outro

LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE CASARSA MARQUES; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCANTARA
IDOR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A substituição de uma valva cardíaca doente por valva protética representa a troca da patologia inicial por possíveis complicações relacionadas à prótese. Estas incluem trombose de prótese, tromboembolismo, endocardite infecciosa, hemólise e disfunção da prótese. **Relato do Caso:** Paciente de 36 anos com história de troca valvar tricúspide biológica e exérese de tumor intracardíaco aderido à valva (células escamosas de sítio indeterminado) há 6 meses. Chega à emergência com queixa de febre após iniciar ciclo de quimioterapia; sendo internada para tratamento de neutropenia febril. Durante avaliação inicial, é realizado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que demonstrou nova massa em ventrículo direito relacionadda à prótese tricúspide. Diante disso, foi realizado ECOTT com análise 3D para melhor avaliação da massa. O exame evidenciou cavidades de tamanho normal, função sistólica biventricular preservada, prótese tricúspide normofuncionante e presença de volumosa massa com implante na interseção entre a parede livre do VD e a prótese tricúspide. A mesma se projetava da via de entrada para via de saída do VD (medidas: 5,0x2cm); sendo consideradas reincidência do tumor ou trombo como hipóteses etiológicas. Posteriormente foi realizada RM cardíaca que corroborou a impressão do ECO. O caso foi discutido entre equipe da cardiologia e oncologia, sendo optado por prova terapêutica com anticoagulação plena. A paciente apresentou redução progressiva da massa nos ECOs seguintes, assim como melhora do quadro infeccioso. Após dois meses realizou novo ECO que evidenciou o desaparecimento completo da massa. Apesar do receio de recidiva do tumor, o sucesso terapêutico confirmou que se tratava de um trombo. **Discussão:** Em relação à prótese tricúspide, as biopróteses são mais utilizadas em relação as próteses mecânicas devido ao elevado risco de trombose; como no caso descrito. A trombose associada à prótese valvar pode ser obstrutiva ou não obstrutiva, assim como gerar eventos tromboembólicos. Diante de uma trombose de prótese, a decisão terapêutica leva em consideração o tamanho do trombo (>8mm) e o grau dos sintomas (NYHA). O tratamento pode ser realizado através de anticoagulação, fibrinólise ou cirurgia cardíaca, dependendo de variáveis clínicas e ecocardiográficas. Neste caso, a paciente estava assintomática, porém surpreendentemente apresentava um volumoso trombo; sendo optado por anticoagulação plena e acompanhamento regular até sua resolução.

355

Massa em Ventrículo Direito (VD) – Um Desafio Diagnóstico

ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA DE BRITO; ANDRE CASARSA MARQUES; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCANTARA
IDOR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As massas cardíacas têm diversas etiologias, entre elas tumores (primários ou secundários), trombos e vegetações. Podem ser achados incidentais ou sintomáticas, como quando ocasionam embolia sistêmica ou pulmonar. Este relato ilustra caso de diagnóstico desafiador e desfecho incomum. **Relato do Caso:** Mulher, 41 anos, sem comorbidades, com quadro gripal tratado como pneumonia há 3 semanas. Procura a emergência por dor pleurítica e dispneia. Tomografia de tórax com condensação justapleural em língula e lobo inferior esquerdo, laboratório com leucocitose, PCR de 2,9 e d-dímero de 2798ng]ml. Prosseguiu-se com doppler de MMII, negativo para trombose, e ecocardiograma (ETT), que revelou imagem pedunculada, com haste, aderida a parede do septo interventricular, medindo 1,5 x 0,7cm ao 3D. POCUS com perda do deslizamento pleural e imagem triangular justapleural sugestiva de infarto pulmonar, confirmado por angiotomografia de tórax. Frente aos achados, suspeitou-se de fibroelastoma de VD, não podendo-se descartar a hipótese de trombo em trânsito. Paciente recebeu alta com anticoagulação oral e retornou após 15 dias. Novo ETT com contraste revela desaparecimento completo da massa. **Discussão:** O ETT é importante ferramenta para avaliação de fontes de embolia. O uso do contraste auxilia na confirmação e caracterização das lesões, seu grau de mobilidade e fatores complicadores. No caso acima, o aspecto ao ETT sugere fibroelastoma. Estes são massas usualmente <20mm, ovais, pedunculadas, com haste, móveis, semelhante a uma anêmona. Localizam-se com maior frequência nas valvas, sendo a aórtica a mais comum (36%). São benignos e complicam com embolização sistêmica. Em casos de massas ≥1cm, com grande mobilidade e embolização, recomenda-se remoção cirúrgica. Entretanto, o fato de ter havido resolução com anticoagulação corrobora o diagnóstico de trombo em trânsito. Este achado é raro, tem prevalência entre 7-18% em casos de tromboembolismo venoso e sugere pior prognóstico, com óbito em >40% dos casos. Seu tratamento é controverso e pode ser feito com anticoagulação, trombólise ou trombectomia cirúrgica. O diagnóstico das massas em VD é desafiador, visto a análise histopatológica não estar sempre disponível. O ETT com contraste auxilia no diagnóstico e identificação de fatores de mal prognóstico, como obstrução circulatória e risco de embolização sistêmica, sendo portanto essencial para o diagnóstico precoce e prevenção de desfechos desfavoráveis.

412

Pseudoaneurisma de Ventrículo Esquerdo

PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; GUIULIO CESARE LONGO NETO; THIAGO CARNEIRO ASSUMPÇÃO; ETIANE SALES GOMES SILVA
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O pseudoaneurisma (PA) do ventrículo esquerdo (VE) constitui uma complicação mecânica rara do infarto agudo do miocárdio (IAM). Resulta de rotura miocárdica, cuja hemorragia raramente é contida pelo pericárdio aderente, originando uma cavidade delineada por tecido fibroso, na ausência de fibras musculares. Devido à sua composição, torna-se alto o risco de rotura, ditando a necessidade de correção cirúrgica urgente. Diante das implicações prognósticas e terapêuticas, seu diagnóstico correto e atempado é fundamental. **Relato do Caso:** M.S.E, 40 anos, natural do Rio de Janeiro. Foi admitido com dor torácica, em leito de terapia intensiva com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, sendo realizado durante a internação ecocardiograma trans torácico com doppler que evidenciou a formação de grande pseudoaneurisma junto a parede lateral, com importante disfunção cardíaca do ventrículo esquerdo. Paciente foi submetido a Cineangiocoronariografia com ausência de doença arterial coronariana sendo encaminhado a cirurgia cardíaca. **Discussão:** O pseudoaneurisma ventricular esquerdo é resultante de rotura miocárdica, no qual o processo hemorrágico é contido pelo pericárdio, inibindo o desenvolvimento de tamponamento cardíaco. Como a periferia do hematoma se organiza em um tecido de composição fibrosa que adere ao pericárdio ao entorno, o resultado é uma estrutura sacular, sem tecido muscular, contendo trombos organizados e em comunicação com a cavidade ventricular. A causa mais comum de pseudoaneurisma é o infarto agudo do miocárdio, tendo como demais causas menos frequentes, complicações cirurgicas, traumas torácicos, endocardite, entre outras. O risco de morte súbita por rotura do pseudoaneurisma é de 30–45%. Ressaltando a probabilidade em que parte significativa dos doentes que desenvolvem pseudoaneurisma não tenha o diagnóstico na fase aguda, em razão da sua rotura precoce e fatal. O diagnóstico clínico nem sempre é fácil devido as manifestações clinicas serem inespecíficas. O eletrocardiograma e a radiografia de tórax podem ser pouco informativos, dificultando o diagnóstico. O ecocardiograma constitui o método de primeira linha que permite identificar a dilatação aneurismática, suspeitar da descontinuidade do endocárdio ventricular, identificar a presença de um orifício relativamente estreito entre as cavidades ventricular e aneurismática, através do qual se pode identificar fluxo sistólico e diastólico.

441

Cardiomiopatia Periparto

PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; THIAGO CARNEIRO ASSUMPÇÃO; ETIANI SALES GOMES SILVA; VITOR MONTEZ VIANNA; PRISCULA FREITAS BARROS
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia periparto (CMP) é uma entidade relativamente rara de insuficiência cardíaca que ocorre entre o último mês de gestação e os cinco primeiros de puerpério. Sua etiologia é desconhecida e em suma, é um diagnostico típico de exclusão devendo ter três condições atendidas: Desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) no último mês de gravidez (ou no final da gravidez) ou dentro de cinco meses após o parto, Ausência de outra causa identificável para IC e Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção do VE (FEVE) inferior a 45 por cento, com ou sem dilatação do VE. **Relato do Caso:** V.R.S, 40 anos, feminino, natural do Rio de Janeiro, puérpera com cinco meses de pós gestação, começou a apresentar edema de membros inferiores e dispneia aos pequenos esforços sendo levada por familiares a unidade de saúde, onde realizou exames complementares cardiológico e constatou-se insuficiência cardíaca por CMP. Dados relevantes: NT-proBNP 693.6, Ressonância magnética com aspecto sugestivo de cardiomiopatia dilatada de etiologia não isquêmica e Ecocardiograma transtorácico compatível com CMP evidenciando aumento cavitário do VE e disfunção grave do VE com FEVE 23%. **Discussão:** A CMP é uma miocardiopatia dilatada idiopática (MCDI) presente no período periparto. Sua etiologia permanece incerta, porém algumas causas tem sido sugeridas como: miocardite, resposta imune inadequada à gestação, má adaptação ao estresse hemodinâmico da gestação, infecção viral, entre outras. A apresentação clínica inclui sinais e sintomas de IC congestiva. O diagnóstico é confirmado com a presença dos critérios já citados, O ecocardiograma mostra redução da contratilidade e aumento do VE, porém sem hipertrofia desta câmara. O tratamento é similar ao das outras causas de IC. O prognóstico depende do grau de disfunção miocárdica, do diâmetro das cavidades cardíacas, da rapidez da instituição e da resposta ao tratamento.

554

Pseudoaneurisma da Fibrosa Mitro Aórtica por Complicação da Endocardite Infecciosa

NATHALIA TARGA SILVA; JULIANO VILL LOVATI; ROBERTO OSÓRIO FERREIRA; DANIELA BASTOS RAWET; ISABELA STARLING ALBUQUERQUE; RAPHAELA ABREU SILVA MARTINEZ
Hospital Federal dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A fibrosa intervalvar mitro-aórtica (FIMA) é uma estrutura fibrosa localizada entre a valva mitral e a valva aórtica, mais especificamente entre o folheto mitral anterior e a cúspide aórtica não coronariana. Por ser um local relativamente avascular, torna-se propenso a infecções e a trauma cirúrgico, favorecendo a formação de pseudoaneurismas. **Relato do Caso**: Paciente 68 anos portador de hipertensão arterial sistêmica, carcinoma espinocelular (CEC) de palato tratado e osteonecrose de mandíbula, interna devido rebaixamento do nível de consciência associado a hiperemia de região mandibular esquerda com evolução de 1 semana. Realizada ressuscitação volêmica e antibioticoterapia. Evoluiu com piora infecciosa e isolamento de S. agalactiae em duas amostras de hemocultura. No ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciada imagem filamentar em face ventricular do folheto anterior mitral, de aproximadamente 0,8cm e em folheto aórtico direcionada para via de saída do ventrículo esquerdo, de aproximadamente de 0,8cm. Assim como, espessamento da FIMA associado a pseudoaneurisma e fistulização para via de saída do ventrículo esquerdo. **Discussão:** O pseudoaneurisma da FIMA corresponde à uma patologia rara e geralmente relacionada a algum fator genético, associada à endocardite infecciosa (EI) e ao trauma e/ou manipulação cirúrgica prévia. A região localiza-se adjacente a via de saída do ventrículo esquerdo, íntima relação com folhetos coronariano esquerdo e não coronariano da valva aórtica, e com folheto anterior da valva mitral. Essa estrutura é relativamente avascular o que propicia a proliferação de microorganismos e formação de abscessos em caso de EI. O quadro clinico apresenta-se com sintomas inespecíficos relacionados a insuficiência cardíaca, infecção e eventos embólicos. Como complicações, podem ocorrer fistulizações, insuficiências valvares e compressão extrínseca de estruturas adjacentes pelo pseudoaneurisma e ruptura para saco pericárdico. O ETT e o ecocardiograma transesofágico (ETE) são os métodos de escolha para o diagnóstico. Habitualmente caracteriza-se como uma estrutura anecoica e pulsátil, que se expande na sístole e colaba na diástole. O tratamento recomendado é cirúrgico. Entretanto, a terapia conservadora é uma alternativa para pacientes de alto risco cirúrgico ou quando o tratamento cirúrgico é recusado. Neste caso, o paciente evoluiu com bloqueio atrioventricular total (BAVT) e posteriormente choque cardiogênico e óbito.

556

Pseudoaneurisma do Seio Coronariano Direito Roto para Ventriculo Direito

BRUNA BARBOSA CHAGAS DE ALMEIDA; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; VITOR RAMOS NAVARRO; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO; GIOVANNA CARRILHO PESSOA; RAFAEL DE MENDONÇA MELLO; ALESSANDRO ZAKHIA SEIXAS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA
Hospital Universittário Antonio Pedro – EBSERH – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: O pseudoaneurisma do seio de Valsalva é uma situação rara e grave que pode ser espontânea ou complicação de uma infecção, trauma ou cirurgias/procedimentos cardíacos. Descrevemos um caso de pseudoaneurisma de seio de valsalva direito diagnosticado pelo ecocardiograma transtorácico (ETT) e tomografia computadorizada (TC). **Relato do Caso:** Paciente masculino, 62 anos, transplantado hepático, hipertenso e com marcapasso definitivo por bloqueio atrioventricular total há um mês. Retorna ao hospital com quadro de dor torácica típica, ECG sem alterações agudas, troponina positiva e sem sinais clínicos/laboratoriais de infecção. Houve melhora da dor após nitrato intravenoso. Durante a investigação de síndrome coronariana aguda foi realizado um ETT que demonstrou septo interventricular anterior basal medindo 15mm com uma "massa" se projetando na via de saída de ventrículo direito (VSVD), comprimindo anel aórtico e a válvula coronariana direita. A suspeita clínica inicial foi de dissecção aórtica ou endocardite infecciosa complicada. O paciente foi encaminhado à TC que evidenciou um pseudoaneurisma de seio de Valsalva direito, além de lesões obstrutivas em artérias descendente anterior e coronária direita. Foi realizado tratamento cirúrgico com correção do seio de Valsalva direito com patch e revascularização miocárdica. Material enviado para estudo histopatológico ainda em andamento durante a publicação desse caso clínico. **Discussão:** O pseudoaneurisma do seio de Valsalva nativo é extremamente raro. Estudos histológicos demonstraram que a fraqueza estrutural entre a parede da aorta e do anel pode ser responsável pela ocorrência desse tipo de lesão. O ETT, a TC e/ou a ressonância magnética (RM) são valiosas abordagens diagnósticas não invasivas. O ETT pode mostrar uma massa na raiz da aorta abaulamento com projeção na VSVD causando um fluxo turbulento ao Doppler, além de evidenciar lesão valvar aórtica associada (insuficiência ou estenose). A TC ou RM podem confirmar e mostrar detalhes como localização, comprimento e largura do pescoço, o tamanho do trombo e a relação com os tecidos adjacentes. Os pseudoaneurismas do seio de Valsalva nativo podem implicar elevada morbidade devido à sua tendência à ruptura. Um bom resultado pode ser obtido com diagnóstico e cirurgia precoces. **Conclusão:** Relatamos este caso de pseudoaneurisma do seio de Valsalva direito cuja etiologia ainda não foi definida por completo, mas apresentou boa evolução.

561

Pseudoaneurisma de VE com Fístula para o VD Após IAM

CAROLINA LACERDA RODRIGUES; RAQUEL VIEGAS PALMEIRA TOSTES; MARIO LUIZ RIBEIRO; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; ELIZA DE ALMEIDA GRIPP; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO; VITOR RAMOS NAVARRO; GIOVANNA CARRILHO PESSOA
Hospital Universitário Antonio Pedro – EBSERH – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo (VE) é uma das possíveis complicações do infarto do miocárdio (IAM). Apesar de raro, apresenta grande mortalidade, devido ao risco de ruptura. O diagnóstico correto, mesmo que desafiador devido ao quadro clínico inespecífico, é fundamental para a definição da abordagem terapêutica adequada e prevenção de complicações, como ruptura e tamponamento cardíaco. Relata-se um caso de pseudoaneurisma de VE. **Relato do Caso**: Paciente masculino, 71 anos, ex-tabagista, HAS e DPOC, apresenta quadro de dispneia e edema em membros inferiores. Procura cardiologista em 2022, que solicita: ECG evidenciando onda Q e ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciando comunicação interventricular (CIV). Indica-se cateterismo cardíaco, que revelou lesão de 80% da artéria descendente anterior e oclusão da artéria coronariana direita. Em seguida, programou-se angioplastia coronariana, realizada em 4/1/24. Paciente internado para esclarecimento da CIV. Realizou ECOTT que evidenciou tratar-se de um pseudo aneurisma do VE com fístula esquerdo-direito. Foi levado a ressonância magnética (RM) que confirmou o diagnóstico. **Discussão:** O pseudo aneurisma do VE resulta de uma ruptura do miocárdio, em que a emorragia é contida pelo pericárdio e não há tecido muscular, apenas fibroso, que o diferencia do aneurisma verdadeiro. A maioria dos casos são diagnosticados na fase crônica, devido ao fato de que o pseudo aneurisma na fase inicial tem maior risco de morte súbita. Para diagnóstico, o ECOTT é um exame de primeira linha, podendo identificar anormalidades sugestivas em até 90% dos pacientes, porém permite o diagnóstico definitivo em apenas 25-33% dos asos. A RM oferece melhor visualização do pseudoaneurisma, permitindo confirmar o diagnóstico. A conduta cirúrgica em casos precoces é bem estabelecida, mas a terapêutica para os crônicos não é consensual, sendo a cirurgia não indicada para todos os pacientes. **Conclusão:** Conhecer as causas e apresentações clínicas do pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo é primordial para o diagnóstico correto dessa patologia e, logo, para a elaboração do plano terapêutico adequado visando evitar possíveis complicações.

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):61-64

638

Forame Oval Patente e a Formação de Grande Trombo

PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; VITOR MONTEZ VIANNA; ANA HELENA BARBOSA SILVA; ETIANI SALES GOMES SILVA; PRISCILA FREITAS BARROS
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O forame oval patente (FOP) é um orifício localizado no septo interatrial, indispensável embriologicamente, pois permite passagem sanguínea do átrio direito para o esquerdo, através da diferença de pressão. Contudo, em uma parcela da população adulta, o mesmo torna-se patente, gerando uma condição patológica. Embora a maioria dos pacientes com FOP sejam assintomáticos, uma variedade de manifestações clínicas pode estar associada ao FOP, como a embolia paradoxal, sendo uma causa potencial de acidente vascular cerebral embólico de origem indeterminada: o acidente vascular cerebral (AVC) criptogênico. **Relato do Caso:** Paciente ALS, 36 anos, internada no CTi adulto, após piora da dispneia, sendo e com eventos tromboembolicos sistêmicos prévios. Realizado Ecocardiograma transtoracico e em seguida transesofagico, com imagem de FOP de 0,53 cm e formação de grande Trombo, no interior do Átrio direito. Realizado teste da salina agitada, com passagem de shunt AD – AE. **Discussão:** Um êmbolo paradoxal se origina na circulação venosa sistêmica e entra na circulação arterial sistêmica através de um FOP, comunicação interatrial (CIA), defeito do septo ventricular ou comunicação extracardíaca, como uma malformação arteriovenosa pulmonar. Sendo uma causa potencial de acidente vascular cerebral embólico de origem indeterminada, que é definido como um infarto cerebral não lacunar sem estenose arterial proximal ou fonte cardioembólica. A avaliação do FOP é indicada em pacientes com acidente vascular cerebral criptogênico ou outro evento embólico, bem como em pacientes com outras manifestações clínicas de FOP. Uma variedade de modalidades de ultrassom tem sido usada para diagnosticar um FOP, incluindo ecocardiografia transtorácica (ETT), ecocardiografia transesofágica (ETE), Doppler transcraniano (TCD), Doppler transmitral (DTM) e ecocardiografia intracardíaca (ICE). ETT, ETE, TCD, DTM e ICE geralmente em conjunto com a injeção de contraste salino agitado (um "estudo de bolha"), bem como imagens Doppler coloridas (para ETT, ETE e ICE), podem detectar uma imagem do shunt do átrio direto para o esquerdo. O manejo varia dependendo da apresentação clínica. Um FOP detectado incidentalmente geralmente não requer acompanhamento ou tratamento.

12
Eletrocardiograma, Holter e ECGAR

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):65-66

859

Trilhando Excelência e Mapeando a Implementação do Protocolo de Dor Torácica na UPA Através do Boas Práticas em Cardiologia

ANA FLAVIA NUNES ARAUJO; SANDRA MARCIA FRGAS; MARCELA USBERTI GUTIERRE; RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; CAMILLA ROSARIO CHIORINO
BP – A Beneficência Portuguesa de SP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O protocolo de dor torácica é um instrumento que foi desenvolvido para auxiliar profissionais na melhor tomada de decisão no tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), sendo a principal doença que mais causa mortalidade no mundo. Uma vez aplicado o protocolo, o sucesso no atendimento é fato, bem como a eficiência, agilidade e diminuição do tempo de atendimento em situações mais graves. A UPA preocupada com a complexidade e aumento dos casos de IAM, implementou em 2023 um PDT, com orientação do Boas Práticas em Cardiologia. **Relato do Caso:** Paciente G.L.G., sexo masculino, 46 anos, refere dor em MSE sem irradiação, sudorese, náusea e dispneia, dor semelhante ao IAM prévio em janeiro 2023. O quadro atual é cardiopata com IAM prévios, início da dor cerca de 3 horas. Ao exame físico apresentou estado geral regular, consciente, orientado, sudorese excessiva, FC 92bpm, PA 153x93 mmHg e Sat. de 98%, com histórico de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Cardiopata, com classificação de cor vermelha priorizando atendimento de urgência. Paciente deu entrada na UPA no dia 05 de fevereiro de 2024 às 14h13, admitido na sala vermelha, com início do Protocolo de Dor Torácica, realizado ECG as 14h16 (Tempo Porta ECG: 3min.) com laudo médico de Ritmo sinusal, com presença de corrente de lesão subepicárdica em parede septal. Administrado medicações conforme protocolo de IAM. Após teleleinterconsultoria, administrado trombolítico 20min após sua admissão, (Tempo Porta Agulha 20min.). Após estabilização do quadro realizado transferência do paciente as 15h30 (Tempo Porta Balão: 78min.) para o hospital de referência. **Discussão:** A excelência e o sucesso do caso relatado ocorreu devido uma equipe treinada e capacitada para atender qualquer queixa ou sinal de pacientes que se enquadram no protocolo de dor torácica através o olhar holístico, desde o segurança na entrada da Upa que prioriza o atendimento através de uma senha específica, juntamente com agilidade da equipe de enfermagem na classificação de risco em tempo hábil. Demonstrando que uma localidade desprovida de recursos, com alta demanda de atendimentos a pacientes o SUS com IAM pode sim ter protocolos específicos de excelência no atendimento se igualando aos grandes centros de saúde do Brasil.

13
Epidemiologia

184

Associação entre Escolaridade, Dano Miocárdico e Letalidade em Pacientes Hospitalizados por COVID-19 no Rio de Janeiro

JOÃO ROQUETTE FLEURY DA ROCHA; DAVID CURI BARBOSA IZOTON CABRAL; BARBARA MARIZ FERREIRA PASSOS; CHADYA AHMAD ABOU HAMIEH; JOÃO MANSUR FILHO; LUCIA HELENA ALVARES SALIS; NELSON ALBUQUERQUE DE SOUZA E SILVA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Instituto do Coração Edson Saad – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O valor prognóstico do grau de escolaridade no contexto da doenca pelo novo coronavírus (COVID-19) permanece como uma lacuna na literatura médica. Recentemente, o impacto do nível educacional sobre mortalidade tem tido crescente interesse, com dados atuais demonstrando redução de mortalidade geral de cerca de 34.3% nos indivíduos com nível superior em comparação com pessoas sem educação formal. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo consistiu em analisar a correlação entre nível educacional, dano miocárdico e letalidade hospitalar entre pacientes internados por COVID-19. **Materiais e Métodos:** Em uma coorte retrospectiva, foram analisados dados de prontuários de pacientes internados com COVID-19 documentado por RT-PCR em duas unidades hospitalares de referência com diferentes formas de financiamento (1 pública e 1 privada) da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, no período entre março e julho de 2020. Dados clínicos e nível educacional foram obtidos e correlacionados com desfechos. **Resultados:** 244 pacientes com dados de escolaridade e de troponina ultrassensível à admissão foram incluídos na análise. A mediana de idade encontrada foi de 67 anos (IQ25-75 56-79); 55% eram do sexo masculino; e 68.8% esteve internado em hospital privado. Entre as comorbidades identificadas houve 58.6% de prevalência de hipertensão arterial; 38.5% de diabetes mellitus; 26.2% dos pacientes eram portadores de dislipidemia e 22.5% tinham diagnóstico de doença cardiovascular. Os pacientes com grau de escolaridade equivalente e/ou superior ao ensino médio (EM) apresentaram 19.6% de elevação de troponina ultrassensível ao passo em que naqueles pacientes com nível educacional inferior a este identificou-se 41.7% de elevação do biomarcador (p<0.001). Além disso, os pacientes com nível educacional igual ou superior ao EM apresentaram mortalidade de 15% enquanto que nos pacientes com baixa escolaridade observou-se mortalidade de 30.8% (p=0.003). Na análise multivariada, a baixa escolaridade permaneceu como preditor independente de elevação de troponina à admissão (Escolaridade igual ou superior EM: OR 0.31; IC95% 0.15-0.63; p=0.001) e de mortalidade intrahospitalar (Escolaridade igual ou superior EM: OR 0.40; IC95% 0.20-0.79; p=0.009). **Conclusões:** A escolaridade, um dos determinantes sociais em saúde, apresenta valor prognóstico independente significativo para a ocorrência de dano miocárdico, identificado por meio da elevação de troponina ultrasenssível, assim como, para o desfecho óbito intrahospitalar em pacientes internados por COVID-19.

264

Prevalência de Anormalidades Cardiovasculares em uma População de Sobreviventes de COVID-19 Atendidos em um Hospital Universitário

MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIREDO FIGUEIRAS FILHO; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA LOMBA; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A COVID-19 é elemento estressor para a saúde global. Associação doença cardiovascular pode ampliar riscos. A infecção pelo SARS-CoV-2 causa complicações cardiovasculares. Marcadores clínicos podem ser identificados na Rede Básica e orientam políticas no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de queixas cardiovasculares em uma população de sobreviventes de COVID-19 atendidos em um Hospital Universitário. **Materiais e Métodos:** 144 indivíduos adultos consecutivos (39 homens), com exame de PCR positivo para COVID-19 no período de abril/2020 à abril/2022. Foram analisados quanto às frequências de suas características clínicas pré e pós infecção, através de questionário específico. Realizados o eletrocardiograma, exames laboratoriais e de imagem. Este estudo faz parte de um projeto de coorte prospectiva para avaliação e integração de esforços multidisciplinares para compreensão de enfrentamento da síndrome pós-COVID-19. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 55 ± 16 anos. A distribuição dos fatores de risco foi em ordem decrescente: 26% diabéticos, 29% hipertensos, 33% com dislipidemia; 47% obesos e nenhum tabagista. As queixas cardiovasculares após o episódio de COVID-19 foram identificadas em 53% pacientes sendo: 23% com palpitações; 13% dispneia de esforço, 8% angina pectoris, 7% claudicação intermitente e1% síncope. **Conclusões:** Este estudo nos mostra que o a prevalência de sintomas cardiovasculares em sobreviventes da COVID-19 é frequente. As estratégias preventivas, acompanhamento e tratamento das complicações cardiovasculares são fundamentais para minimizar um potencial sobrecarga do Sistema de Saúde e reduzir as sequelas em longo prazo.

217

Mortalidade por Cardiopatia Congênita em Crianças Menores de um Ano no Sudeste do Brasil entre 2000 e 2022

ALEXANDRE AKIO MAJIMA; RAFAELLA LIMA SOUZA DA SILVA; MILLENA PEREIRA RIERA; ARTUR PLAZA DE SOUZA; MARIANA DO NASCIMENTO SILVA; GUSTAVO SEIJI FUKAMATI; RENAN GERONIMO SOUZA DA SILVA
Universidade Estácio de Sá Città, UNESA Città – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Entre as malformações congênitas, as cardiopatias congênitas (CC) apresentam a maior mortalidade, logo necessitam de diagnóstico precoce para a instituição do tratamento. **Objetivo:** Descrever a mortalidade por cardiopatia congênita em crianças menores de um ano na região Sudeste do Brasil entre 2000 e 2022. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico a partir de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os óbitos por malformações congênitas do aparelho circulatório em crianças menores de um ano, cuja causa básica foi classificada como um dos códigos entre Q20 e Q28 conforme a décima Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), na região Sudeste do Brasil, entre 2000 e 2022. As variáveis investigadas foram quantitativo de óbitos, taxa de mortalidade infantil (TMI), sexo, Unidades da Federação (UF) da região Sudeste (ES: Espírito Santo; MG: Minas Gerais; RJ: Rio de Janeiro; SP: São Paulo) e ano do óbito. A TMI foi calculada pela razão entre o número de óbitos por cardiopatia congênita em menores de um ano em determinado local e ano e o quantitativo total de nascidos vivos no mesmo local e ano. O resultado foi multiplicado por 1.000, tendo a proporção de óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Utilizou-se a estatística descritiva por meio da frequência absoluta e relativa, cuja preparação e organização ocorreram no *Excel*. **Resultados:** Entre 2000 e 2022, foram registrados 27.672 óbitos por CC, em que 14.915 (53,90%) foram em SP; 5.990 (21,65%), em MG; 5.438 (19,65%), no RJ; e 1.329 (4,80%), no ES. Do total de óbitos, 14.814 (53,53%) foram identificados como ocorrência no sexo masculino. Segundo as UF, em 2000, as TMI (para cada 1.000 nascidos vivos) foram 1,17, em SP; 1,12, no RJ; 1,01, no ES; e 0,73, em MG. Entre 2000 e 2019, observou-se aumento de 59% da TMI em MG (0,73 para 1,16) e 10% no ES (1,01 para 1,11), porém diminuição de 11%, em SP (1,17 para 1,04). De 2019 para 2020, houve redução em todas as UF (1,16 para 1,02, em MG; 1,12 para 1,00, no RJ; 1,11 para 1,00, no ES; 1,04 para 0,95, em SP). Em 2022, as TMI foram 1,13, em MG; 1,08, no RJ; 1,06, em SP; e 0,89, no ES. **Conclusões:** A maior proporção de óbitos por CC ocorreu em SP, seguida de MG e RJ. Em geral, notou-se aumento da TMI de 2000 a 2019, redução em 2020 e elevação novamente em 2022, o que sugere possível influência da pandemia de COVID-19 no diagnóstico e tratamento das CC no Sudeste do Brasil.

277

Diabetes Mellitus Muda o Prognóstico em Terapia Intensiva?

AUREO CARMO FILHO; ISADORA MILAGRE ALMEIDA; ENRIQUE MARQUES ROMERO SAAVEDRA; LÍVIA MENEZES SALLA; IARA TIENE DE LIMA MELO; JOÃO VICTOR SOUTELLO FERREIRA; INGRID CAROLINE ROSA DIOGO; ROGERIO GOMES FLEYRY
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Estima-se que atualmente exista no mundo 540 milhões de pessoas vivendo com Diabetes Mellitus (DM). A doença relaciona-se ainda direta ou indiretamente com cerca de 4 milhões de óbitos anualmente. Estudos anteriores mostraram que pacientes portadores de DM apresentavam maior morbi-mortalidade em terapia intensiva quando comparados a pacientes não-hipertensos, nos casos internados em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Porém, não se sabe se este fato ocorre também com outras causas de internação. **Objetivo:** Avaliar possíveis diferenças epidemiológicas e de morbi-mortalidade entre pacientes portadores de DM e não-diabéticos internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário federal no município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, quantitativo, analítico, com pacientes consecutivamente internados em nosso CTI de março de 2022 a dezembro de 2023. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher na comparação de variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre os grupos (G.I = diabéticos e G.II = não-diabéticos). **Resultados:** Nossa amostra foi composta por 517 pacientes, sendo 146 diabéticos (28,2%). Houve distribuição semelhante nos grupos em relação ao sexo (mulheres = 56,9 x 49,3%). A idade foi significativamente maior no G.I (63,7±13,2 x 59,6±16,3 anos p = 0,003). Em relação a comorbidades, observamos que dislipidemia (9,6 x 4,0% p = 0,019), insuficiência cardíaca crônica (14,4 x 6,5% p = 0,008), doença renal crônica (11,6 x 5,1% p = 0,012) e hipertensão arterial sistêmica (79,5 x 45,3% p = 0,00001) apresentaram diferença significativa entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na ocorrência de sepse, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda, pneumonia associada a ventilação mecânica, delirium, tempo de internação em UTI (7,4±9,6 x 9,0±15,6 dias p = 0,168) e mortalidade (21,9 x 17,5% p = 0,261), assim como no saps3 (50,2±17,1 x 52,6±18,1 p = 0,153). **Conclusões:** Observamos somente diferenças epidemiológicas em relação a ocorrência de algumas comorbidades; dislipidemia, insuficiência cardíaca crônica e hipertensão arterial sistêmica apresentaram frequência maior entre os diabéticos. Não houve diferença relacionada a morbi-mortalidade entre os grupos.

281

Obesidade Implica em Maior Morbi-Mortalidade no CTI?

AUREO CARMO FILHO; JOÃO PEDRO ALMUINHA SALLES; ALESSANDRA RODRIGUES CECIM; JOÃO OSÓRIO MORAES GÉO SIQUEIRA; DENYS FELIPE PEREIRA RAMOS; MANUELLA DUTRA DE ASSIS SANTOS; ALEXANDRE AKIO MAJIMA; ROGERIO GOMES FLEURY
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Obesidade é um problema de saúde pública mundial. Estudos anteriores mostraram que obesos apresentavam maior morbi-mortalidade em terapia intensiva quando comparados a pacientes não-obesos; outros estudos não mostraram diferenças significativas. **Objetivo:** Avaliar possíveis diferenças epidemiológicas e de morbi-mortalidade entre obesos e não-obesos internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário federal no município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, quantitativo, analítico, com pacientes consecutivamente internados em nosso CTI de março de 2022 a dezembro de 2023. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher na comparação de variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre os grupos (G.I = obesos e G.II = não-obesos). **Resultados:** Nossa amostra foi composta por 517 pacientes, sendo 32 obesos (6,2%). Houve distribuição semelhante nos grupos em relação ao sexo (mulheres = 68,8 x 50,3% p = 0,05). A idade foi semelhante entre os grupos (62,2±11,7 x 60,7±15,8 anos p = 0,485). Em relação a comorbidades, observamos que dislipidemia (18,8 x 4,7% p = 0,006), fibrilação atrial crônica (12,5 x 2,7% p = 0,016) e hipertensão arterial sistêmica (75 x 53,6% p = 0,026) mostravam diferença significativa entre os grupos. Obesos apresentaram maior incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica (9,4 x 2,1% p = 0,04) e choque (15,6 x 5,6% p = 0,04). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na ocorrência de sepse, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda, delirium, tempo de internação em UTI (13,8±19,6 x 8,1±13,7 dias p = 0,114) e mortalidade (12,5 x 19,2% p = 0,484), assim como no saps3 (52,3±21,2 x 51,9±17,6 p = 0,919). **Conclusões:** Observamos diferenças epidemiológicas em relação a frequência de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e fibrilação atrial crônica. Obesos mostraram maior frequência de pneumonia associada e ventilação mecânica e choque. Não houve diferença entre o tempo de internação em terapia intensiva e/ou mortalidade.

297

Portadores de Insuficiência Cardíaca Crônica Têm Pior Prognóstico em Terapia Intensiva?

AUREO CARMO FILHO; AUGUSTO OLIVEIRA PERES; NATALIE NAOMI YAMASHITA; ANNA GABRIELLA WIGGIN MORAES; ANA RAQUEL MENDES BRITO; CAMILA RIGOTTI OLIVEIRA; NICOLE MANSOUR BARROSO; ROGERIO GOMES FLEURY
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Insuficiência cardíaca crônica é uma doença de alta prevalência na população idosa em nosso país. A presença da doença infere maiores custos assistenciais e pior prognóstico nos pacientes por ela acometidos. Entretanto, ainda existem poucos dados sobre o prognóstico desta doença durante a internação em terapia intensiva. **Objetivo:** Avaliar possíveis diferenças epidemiológicas e de morbi-mortalidade entre pacientes portadores ou não de insuficiência cardíaca crônica (ICC) internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário federal no município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, quantitativo, analítico, com pacientes consecutivamente internados em nosso CTI de março de 2022 a dezembro de 2023. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher na comparação de variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre os grupos (G.I = portadores de ICC e G.II = não-portadores de ICC). **Resultados:** Nossa amostra foi composta por 517 pacientes, sendo 45 portadores de ICC (8,7%). Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao sexo (mulheres = 53,3 x 48,1% p = 0,535). A idade foi significativamente maior no G.I (68,1±15,4 x 60,1± 15,4 anos p = 0,001). Em relação a comorbidades, observamos que hipertensão arterial sistêmica (73,3 x 53,2% p = 0,012), diabetes mellitus (46,7 x 26,5% p = 0,008), doença arterial coronariana crônica (13,3 x 4,9% p = 0,032), fibrilação atrial crônica (20,0 x 1,7% p = 0,000001) e doença renal crônica (20 x 5,7% p = 0,002) foram mais prevalentes no G.I. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na ocorrência de sepse, insuficiência renal aguda, delirium, insuficiência respiratória aguda, choque, tempo de internação em UTI (9,0±8,9 x 8,5±14,6 dias p = 0,703) e mortalidade (15,6 x 19,1% p = 0,691), assim como no saps3 (50,8±15,8 x 52,0±18,0 p = 0,642). **Conclusões:** Observamos maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença arterial coronariana crônica, fibrilação atrial crônica e doença renal crônica no G.I. Embora a idade do G.I tenha sido significativamente maior, não houve diferença na ocorrência de complicações em terapia intensiva, tempo de internação em terapia intensiva e/ou mortalidade entre os grupos.

283

Fibrilação Atrial Crônica Altera o Prognóstico em Terapia Intensiva?

AUREO CARMO FILHO; LUCAS FONSECA SILVA; RACHEL SILVA PINHEIRO; MARIA FERNANDA ZACCUR MACHADO BRANDÃO; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; LEANDRO ARAÚJO GOMES FILHO; LUDMILA PLÁCIDO; EDUARDO COSTA TERRA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A fibrilação atrial (FA) acomete cerca de 2% a 4% da população mundial. Nos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, esta incidência pode chegar em até 23% naqueles com choque séptico. **Objetivo:** Avaliar possíveis diferenças epidemiológicas e de morbi-mortalidade entre pacientes portadores ou não de fibrilação atrial crônica internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital universitário federal no município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, quantitativo, analítico, com pacientes consecutivamente internados em nosso CTI de março de 2022 a dezembro de 2023. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher na comparação de variáveis categóricas e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre os grupos (G.I = portadores de FA crônica e G.II = não-portadores de FA crônica). **Resultados:** Nossa amostra foi composta por 517 pacientes, sendo 17 obesos (3,3%). Houve distribuição semelhante nos grupos em relação ao sexo (mulheres = 51,6 x 47,1% p = 0,05). A idade foi significativamente maior nos portadores de FA crônica (70,7±14,0 x 60,4±15,5 anos p = 0,009). Em relação a comorbidades, observamos que insuficiência cardíaca crônica (52,9 x 7,2% p = 0,000001) obesidade (23,5 x 5,6% p = 0,016) e doença pulmonar obstrutiva crônica (17,6 x 4,4% p = 0,043) mostraram diferença significativa entre os grupos. Portadores de FA crônica apresentaram maior incidência de delirium (29,4 x 6,4% p = 0,005). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na ocorrência de sepse, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória aguda, choque, tempo de internação em UTI (13,9±14,1 x 8,1±14,1 dias p = 0,123) e mortalidade (17,6 x 18,8% p = 1,000), assim como no saps3 (51,8±17,4 x 51,9±17,8 p = 0,972). **Conclusões:** Observamos diferenças epidemiológicas em relação a frequência de obesidade, insuficiência cardíaca crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Portadores de fibrilação atrial crônica mostraram maior frequência de delirium. Não houve diferença entre o tempo de internação em terapia intensiva e/ou mortalidade.

305

Análise da Incidência de Infarto Agudo do Miocárdio em Jovens Brasileiros

ANNA LOISE DA CRUZ GONÇALVES; LUCAS FIDELIS GOMES; LAHIS WERNECK VILAGRA; OCTÁVIO DRUMMOND GUINA
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) caracteriza-se como uma manifestação da obstrução aguda de uma artéria coronariana, levando a deficiência de suprimento oxigenado do miocárdio, com potencial necrose[1]. De acordo com os registros do Ministério da Saúde, houve um aumento da ocorrência de IAM em jovens (faixa etária menor de 40 anos) e a crescente incidência desses casos, são consequências de causas que englobam hábitos de vida não saudáveis associados ao sedentarismo e altos níveis de estresse[2]. **Objetivo:** Avaliar a incidência e o perfil da ocorrência de IAM em pessoas de 20 a 39 anos. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo transversal e observacional, com dados extraídos a partir de um banco de dados (DATASUS), considerando sexo, idade, regiões brasileiras, taxa de mortalidade (TM) e número de internações em um período de 10 anos (entre janeiro de 2013 até outubro de 2023). **Resultados:** Observou-se 44.433 internações em pessoas com idade entre 20 e 39 anos, onde o ano resultante do maior número foi 2022, com 5.286, seguido por 2021 com 4.908. Em contrapartida, 2013 obteve o menor, com 3.154, seguido pelo ano de 2014 com 3.400. Quanto ao sexo, 32.707 acometeram o sexo masculino enquanto 12.175 foram do sexo feminino. A região Sudeste obteve o maior número de casos, com 21.048 casos e a Norte o menor, com 2.546. Entre as unidades da federação, São Paulo liderou com 12.258 internações. Nos mesmos anos, 41.634 foram considerados de urgência, onde obtiveram 1.982 óbitos (taxa de mortalidade/TM de 4,77). Dos 1.998 óbitos nos atendimentos de urgência, 1.575 foram em pacientes de 30 a 39 anos, correspondendo a 78,82% dos casos. Portanto, o total de óbitos foi de 2.082 nos 10 anos estudados. **Conclusões:** Conclui-se que há um elevado número de acometimento pelo Infarto Agudo do Miocárdio em pacientes adultos jovens, sobretudo na região Sudeste, com aumento percentual de 41% dos casos em 10 anos, onde 93,7% foi de atendimento em caráter de urgência, o qual obteve a maior TM, principalmente na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Ademais, é uma enfermidade prevalente no sexo masculino, que conta com 73,6% dos casos. Logo, o estilo de vida não saudável associado aos altos níveis de estresse parecem ter associação com os dados obtidos.

Referências Bibliográficas: SBC. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do IAM com Supradesnível do Segmento ST. Rio de Janeiro, 2015. Gulati R, et al. Acute Myocardial Infarction in Young Individuals. Mayo Clin Proc. 2020;95(1):136-156. DATASUS, tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.html. Acesso em nov 2023

317

Saúde e Escolaridade: um Paralelo entre Índices Socioeconômicos e Óbitos Relacionados com Hipertensão em Mulheres

LUCAS MIOSSI; FRANCISCA VITÓRIA MAGALHÃES DE SOUSA; ALINE D'ÁVILA PEREIRA
Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Uma das doenças crônicas mais importantes no mundo são as doenças cardiovasculares, tendo em vista a elevada prevalência e o grande impacto na vida dos pacientes. Um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento é a hipertensão arterial sistêmica, índice que é influenciado por diversos fatores, como sexo e escolaridade. Logo, tendo em vista a elevada diversidade social brasileira, cabe analisar o impacto de tais determinantes. **Objetivo:** Analisar o número de óbitos por hipertensão em mulheres de acordo com o nível de escolaridade no ano de 2022, no estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, de cunho quantitativo com análise dos dados das estatísticas vitais do Tabnet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no indicador de mortalidade desde 1996 pela CID-10, por meio da base de dados de mortalidade geral no estado do Rio de Janeiro. Foi utilizado o capítulo IX da CID-10, e selecionada a categoria I10, na categoria de hipertensão essencial. O conteúdo buscado foi o número de óbitos por ocorrência no ano de 2022. Para fazer a comparação dos indicadores do grupo de interesse, foi selecionado apenas o sexo feminino com idade maior que 20 anos. Em relação ao perfil de escolaridade foram selecionados todos parâmetros. Para observar o comportamento dos óbitos dos grupos em estudo, foi realizado o cálculo de mortalidade proporcional, tendo como denominador o total de óbitos dessas variáveis e como numerador o número de óbitos de cada nível de escolaridade individualmente. **Resultados:** Em 2022, foram notificados 16,67 óbitos relacionados com a hipertensão do grupo em análise para cada 100.000 habitantes do estado do Rio de Janeiro. Os dados foram divididos de acordo com o nível de escolaridade, sendo que os índices mais expressivos foram dos grupos com apenas de 1 a 3 anos de escolaridade, com o valor de 36,49%; e o grupo com 4 a 7 anos de escolaridade, com 22,44%. Paralelo a esses dados, o grupo com 12 ou mais anos de estudo apresentou uma menor participação na porcentagem de óbitos relacionados com a hipertensão, representando apenas a proporção de 5,88% dos casos. **Conclusões:** O delineamento do perfil epidemiológico dos casos de óbitos relacionados com hipertensão em mulheres maiores de 20 anos no estado do Rio de Janeiro confirma a influência de fatores socioeconômicos, como a escolaridade, nos índices de mortalidade. Portanto, tendo em vista a acentuada desigualdade social do Brasil, é importante maximizar os esforços que fortaleçam a educação.

368

Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: um Estudo de 15 Anos

CECÍLIA SAYÃO; HENRIQUE SAYÃO; AMANDA CARDOSO MOHAMED
Unigranrio Afya – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é atualmente a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo, ocorrendo principalmente na síndrome coronariana aguda (SCA). Sua causa mais comum é a ruptura da placa aterosclerótica com trombose, levando à redução ou bloqueio do fluxo sanguíneo no miocárdio. Seus principais fatores de risco são o tabagismo, hipertensão, dislipidemia, diabetes, sedentarismo e antecedentes pessoais e familiares. O quadro clínico mais comum é a dor retroesternal persistente, em aperto, irradiante para membro superior esquerdo. O eletrocardiograma (ECG) é essencial no diagnóstico, ao diferenciar os casos com e sem elevação do segmento ST, além dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, em especial a troponina. **Objetivo**: Identificar e comparar as mudanças nos casos de IAM em 15 anos no Brasil, por região, utilizando marcadores de internação e taxa de mortalidade (TM). **Materiais e Métodos:** Foi realizado um levantamento dos dados epidemiológicos sobre o perfil de IAM, na população brasileira, analisando dados de internação e TM nos períodos de janeiro a dezembro, de 2008 e 2022, considerando a variável região e utilizando como base o Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Resultados:** Em 2008 foram contabilizadas 62.223 internações por IAM e TM de 13,68, sendo 2.249 no Norte (3,61%, TM 12,63), 9.426 no Nordeste (15,15%, TM 14,22), 33.209 no Sudeste (53,37%, TM 13,51), 13.718 no Sul (22,05%, TM 14,07) e 3.621 no Centro-Oeste (5,82%, TM 12,95). Com relação ao ano de 2022, o Brasil contou com 162.972 internações e TM de 9,01, com 7.628 no Norte (4,68%, TM 9,32), 30.851 no Nordeste (18,93%, TM 10,68), 79.630 no Sudeste (48,86%, TM 8,85), 30.867 no Sul (18,94%, TM 8,3) e 13.996 no Centro-Oeste (8,59%, TM 7,66). Analisando os resultados das duas amostras temporais, evidencia-se o aumento de 161,92% do número de internações e uma redução de 34,14% na TM nacional, dando destaque à região Centro-Oeste com um aumento de 286,52% em internações e redução de 40,85% em TM. **Conclusões:** Com base nos dados obtidos, é possível relacionar o aumento dos casos de IAM no Brasil ao estilo de vida sedentário, rico em alimentos ultraprocessados e de rápido preparo, e ao tabagismo. A redução da TM indica uma maior qualidade no manejo terapêutico destes pacientes. Portanto, recomenda-se a cessação do tabagismo, uma alimentação rica em vegetais, frutas e com menos carne vermelha, o uso de medicamentos e atividade física, conforme orientação médica.

362

Perfil do Tromboembolismo Pulmonar no Brasil em 2022

CECÍLIA SAYÃO; HENRIQUE SAYÃO; AMANDA CARDOSO MOHAMED
Unigranrio Afya – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Diretriz Conjunta sobre Tromboembolismo Venoso (2022) define o tromboembolismo pulmonar (TEP) como a obstrução de uma ou mais artérias pulmonares. Na maioria dos casos, é causado por coágulos sanguíneos que chegam às artérias pulmonares provenientes de trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores. Os fatores de risco para a formação desses trombos podem ser hereditários, como algumas trombofilias, ou adquiridos, como imobilização, tabagismo, gestação, obesidade, câncer e uso de contraceptivos. A clínica mais comum do TEP inclui dispneia súbita, taquipneia e dor torácica pleurítica. Com a suspeita, realizam-se os escores de Wells e, a partir destes, pode-se utilizar no diagnóstico exames como Ddímero, angio-TC de tórax, ecocardiograma e cintilografia pulmonar. **Objetivo:** Analisar o perfil dos casos de TEP no ano de 2022 no Brasil, por região, faixa etária e sexo, utilizando marcadores de internação e taxa de mortalidade (TM). **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma abordagem descritiva sobre o perfil de embolia pulmonar, na população brasileira, analisando dados de internação e TM no período de janeiro a dezembro de 2022, considerando as variáveis região, faixa etária e sexo, e utilizando como base o Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Resultados:** Em 2022 foram contabilizadas 12.015 internações e TM de 17,37 por embolia pulmonar. Dessas, 6.570 ocorreram no Sudeste (54,68%, TM 17,17), seguido de 2.761 no Sul (22,98%, TM 15,72), 1.505 no Nordeste (12,53%, TM 23,39), 952 no Centro-Oeste (7,92%, TM 12,71) e 227 no Norte (1,89%, TM 22,91). A faixa etária com maior incidência foi de 60 anos ou mais, com 6.331 internações (52,59%, TM 22,87), seguida de 4.815 de 30-59 anos (40,07%, TM 11,61) e 869 de 0-29 anos (7,23%, TM 9,21). Em relação ao sexo, as mulheres foram as mais afetadas, com 7.306 internações (60,81%, TM 16,7), seguido de 4.709 casos do sexo masculino (39,19%, TM 18,41). **Conclusões:** Os resultados obtidos revelam um cenário significativo de TEP no Brasil, com a TM relativamente alta. Há predominância no Sudeste, em indivíduos com 60 anos ou mais e uma TM mais elevada nesta faixa. As mulheres são mais afetadas, embora a TM seja menor em comparação aos homens. O entendimento desses padrões indica a importância do conhecimento acerca de fatores de risco e medidas de prevenção, além da necessidade de uma maior suspeita clínica, buscando um diagnóstico mais objetivo e tratamento resolutivo desses pacientes.

397

Choque Cardiogênico: Análise Epidemiológica Nacional nos Últimos 5 Anos

WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; LORENA DE SÁ PEREIRA; JAYDA EIRAS RAMIM LINS
Hospital Universitário UFJF – EBSERH/UFJF – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O choque cardiogênico (CG) consiste em um estado de hipoperfusão generalizada que está relacionada ao coração, uma vez que este encontra-se incapaz de bombear uma quantidade adequada de sangue resulta em déficit de oxigênio e nutrientes para os tecidos, podendo levar a uma disfunção orgânica múltipla. Este representa uma das complicações mais graves e potencialmente letais relacionadas a eventos cardíacos agudo como um Infarto agudo do miocárdio (IAM) extenso. **Objetivo:** Analisar o perfil das internações por choque cardiogênico, no Brasil nos últimos 5 anos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Único de Saúde sobre choque cardiogênico. Foram analisados os dados de taxa de mortalidade, óbitos, internações, valor total e as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** Foram identificadas 26.569 internações no período da coleta em todo o território nacional, com destaque para o ano de 2022 com 23,15% das internações, o ano de 2023 foi responsável pelo maior gasto total registrado, atingindo R$ 22.213.636,46. A região Sudeste apresentou o maior número de internações 57,8%, seguida pela região Nordeste 18,5% e região Sul 12,4%. A permanência média de 7,4 dias e o custo médio de R$ 3.187,17. A região Norte apresentou a maior permanência média de 8 dias, e a região Nordeste apresentou o maior valor médio de internação R$ 3.226,47. O número de óbitos foi de 20.072, com taxa de mortalidade de 75,55. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade 79,11, seguida pela região Sul 73,39 e Nordeste 71,79. Houve predomínio do sexo masculino 60,2% e da raça/cor autodeclarada branca 48,3%, quanto à faixa etária, verificou-se maior hospitalização em indivíduos com 60 a 69 anos de idade 24,5%. **Conclusões:** Conclui-se que o choque cardiogênico é uma condição frequente e grave, com taxas de mortalidade elevadas, maiores que 75%, sendo mais prevalentes em homens, pessoas brancas. A região Sudeste apresenta as taxas mais elevadas de internação, óbitos e taxa de mortalidade, esse dado pode estar associado pelo fato de ser a região mais populosa. Sabendo que uma das principais causas de CG é o IAM extenso, torna-se importante uma maior manutenção no cuidado e manejo nesse grupo de paciente, com o objetivo de reduzir as sequelas e as taxas de óbito.

400

Análise Epidemiológica do Tratamento de Cor Pulmonale em Regiões Brasileiras, nos Últimos 5 Anos

WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; LORENA DE SÁ PEREIRA; JAYDA EIRAS RAMIM LINS
Hospital Universitário UFJF – EBSERH/UFJF – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca direita, também conhecida como cor pulmonale, é uma condição médica caracterizada pelo enfraquecimento do ventrículo direito do coração causado por um distúrbio primário do sistema respiratório. É estimado que aproximadamente 7% das doenças cardiovasculares em adultos tem origem no cor pulmonale, sendo suas causas mais comuns o DPOC e o tromboembolismo pulmonar. **Objetivo:** Analisar o panorama do tratamento de cor pulmonale no Brasil nos últimos 5 anos, fazer um comparativo com a taxa de mortalidade, óbitos, internação e valor total, e correlacionar epidemiologia atual com os resultados obtidos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Único de Saúde sobre o tratamento de cor pulmonale no Brasil. Foram analisados os dados de taxa de mortalidade, óbitos, internações, valor total. **Resultados:** No período analisado observaram-se 6943 internações, representando um gasto total de R$ 11.315.399,16. A região Sudeste apresentou o maior número de internações 39%, seguido pela região Sul 29% e Nordeste 18%. A permanência média foi de 7,5 dias, com custo médio de R$ 1.629,76. O Distrito federal apresentou o maior valor médio de internação de R$ 3.227,90, e o estado do Roraima apresentou o maior período de internação 17,4 dias. O total de óbitos foi de 930, com taxa de mortalidade de 13,39. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade de 14,76, seguida pela região Norte 13,88 e Centro-oeste 13,42. Apesar do baixo número de internações 663, a região Centro-oeste apresenta um elevado gasto no tratamento R$ 1.665.896,93, este dado pode estar associado ao fato da região apresentar também o maior período de internação de 10,3 dias, comparado a média nacional. **Conclusões:** Por fim, após análise dos resultados, apesar do baixo número de internações, o tratamento de cor pulmonale é um problema de saúde pública, visto a disparidade dos gastos de acordo com as regiões. Onde foi observado que apesar da região sudeste apresentar o maior número de internação e os maiores gastos, a região Centro-oeste apresenta um elevado gasto no tratamento na proporção paciente/tratamento. Devido à complexidade e diversidade das condições de saúde no país, sugere-se abordagens regionalizadas e estratégias específicas para otimizar recursos, melhorar a eficácia dos tratamentos e reduzir as taxas de mortalidade.

402

Perfil de Internações para Transplante de Coração no Estado do Rio de Janeiro

WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS
Hospital Universitário UFJF– EBSERH/UFJF – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Nos últimos anos, houve progressos significativos no manejo da Insuficiência Cardíaca, proporcionando melhorias na qualidade de vida e na sobrevida dos pacientes, porém as taxas de mortalidade ainda são elevadas nas fases avançadas da doença, nesse contexto o transplante de coração (TxC) surge como a principal alternativa de tratamento para esses indivíduos. Os custos e as despesas com essa terapia são elevados e onerosos a União tanto pela cirurgia como o uso contínuo de imunossupressores. Neste contexto o Estado do Rio de Janeiro configura-se no cenário nacional como uma das federações que apresentam um alto índice de transplantes de coração. Com isso, torna-se fundamental traçar o perfil de internações para transplante de coração, para ter um maior entendimento sobre o planejamento e custos desse procedimento e promover melhores serviços de atendimento. **Objetivo:** Analisar o perfil das internações para transplante de coração no estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2023. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Único de Saúde sobre transplante de coração. Foram analisados os dados de taxa de mortalidade, óbitos, internações, valor total e as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** Foram notificadas, no período estudado 109 internações, com destaque para o ano de 2022 com 23,85% das internações, associado ao maior gasto total registrado, atingindo R$1.030.556,59. A permanência média de 56,6 dias e o custo médio de R$38.769,60 refletem a complexidade e a extensão dos cuidados necessários durante esses episódios hospitalares. Houve predomínio do sexo masculino (58,6%) e da raça/cor autodeclarada branca (38,8%), quanto à faixa etária, verificou-se maior hospitalização em indivíduos com 30 a 39 anos de idade (22,1%). **Conclusões:** Este estudo evidenciou que o TxC é um procedimento importante, o qual pode propiciar uma maior sobrevida ao indivíduo. Observou-se que indivíduos do sexo masculino e brancos foram os principais beneficiados. Políticas de saúde mais efetivas podem contribuir para o aumento na doação de órgãos, na redução do tempo de internação e na redução das taxas de mortalidade associadas ao transplante.

404

Panorama Nacional de Internações para Transplante de Coração

WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS
Hospital Universitário UFJF – EBSERH/UFJF – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O transplante cardíaco (TC) surgiu como a principal alternativa terapêutica destinada a pacientes que enfrentam insuficiência cardíaca (IC) avançada, resistente às intervenções clínicas e cirúrgicas otimizadas. No Brasil, destaca-se um dos sistemas públicos de transplantes mais robustos globalmente, sendo que quase a totalidade desses procedimentos é conduzida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), figurando uma das trinta terapias mais dispendiosas disponíveis à população brasileira. O país, atualmente, ocupa posição de destaque na América Latina, sendo reconhecido como referência no transplante de coração, particularmente no contexto da doença de Chagas. **Objetivo:** Analisar o panorama das internações para transplante de coração, no Brasil, no período de 2018 a 2023. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Único de Saúde sobre transplante de coração. Foram analisados os dados de taxa de mortalidade, óbitos, internações, valor total, a incidência por regiões e as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** Foram identificadas 1.786 internações no período da coleta em todo o território nacional, com destaque para o ano de 2019 com 18,64% das internações, associado ao maior gasto total registrado, atingindo R$ 19.170.447,01 reais. A permanência média de 16,2 dias e o custo médio de R$ 57.329,76, o estado do Rio de Janeiro foi o que apresentou maior período de internação 42,3 dias, já o estado de Santa Catarina apresentou os maiores gastos de internação por paciente R$ 63.154,72 reais. A taxa de mortalidade foi de 10,75. Houve predomínio do sexo masculino 52,6% e da raça/cor autodeclarada branca 36,3%, quanto à faixa etária, verificou-se maior hospitalização em indivíduos com 40 a 49 anos de idade 21,1%. A região Sudeste realiza a maior parte dos TC 55,15%, seguida pela região Nordeste 21,05% e pela região Sul 14,05%. Não houve registros dos dados da região Norte. **Conclusões:** Este estudo visou analisar dados estatísticos sobre transplantes cardíacos, incluindo custos e características demográficas dos pacientes. Os resultados poderão ser utilizados para fornecer insights valiosos para gestão e planejamento estratégico, direcionando esforços para aprimorar a eficiência do sistema de saúde. Isso inclui melhorias na disponibilidade de órgãos e capacitação dos profissionais, visando aumentar a eficácia e segurança dos transplantes cardíacos.

406

Cenário Nacional das Hospitalizações de Infarto Agudo do Miocárdio

WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS
Hospital Universitário UFJF – EBSERH/UFJF – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares (DCV) destacam-se como uma das principais razões para a morbimortalidade, contribuindo com 31% do total de óbitos globalmente. Essas condições resultam em complicações, incapacidades substanciais e uma diminuição na produtividade, representando um ônus significativo para o sistema de saúde. Conforme informações recentes fornecidas no relatório da Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 17,9 milhões de pessoas morrem anualmente devido a DCV. No Brasil, entre as diversas condições cardiovasculares, o Infarto agudo do miocárdio (IAM) emerge como a principal responsável pela mortalidade, ocupando a posição de liderança entre as causas de óbito no país. **Objetivo:** Analisar o perfil das internações por Infarto agudo do miocárdio no Brasil, no período de 2019 a 2023. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Único de Saúde sobre Infarto agudo do miocárdio. Foram analisados os dados de taxa de mortalidade, óbitos, internações, valor total e as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** Foram notificadas no período do estudo 721.663 internações, com destaque para o ano de 2022 com 22,7%. A amostra era formada em sua maioria pelo sexo masculino (63,6%), com raça/cor autodeclarada branca 40,47%, quanto à faixa etária, verificou-se maior hospitalização em indivíduos com 60 a 69 anos de idade 31,25%. Em relação aos custos o ano de 2023 apresentou o maior gasto total registrado, atingindo R$ 752.470.936,10 reais. A permanência média total foi de 7 dias e o custo médio de R$ 4.286,81 reais. A região Sudeste apresentou o maior número de internações 48,76%, seguida pela região Nordeste 19,55% e pela região Sul 19%. A taxa de mortalidade nacional foi de 9,22, sendo maior na faixa etária de 80 anos a mais 21,57%. A região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade 10,69, seguida pela região Norte 9,77 e pela região Sudeste 9,09. **Conclusões:** Com base nos resultados, pode-se deduzir que o infarto agudo do miocárdio é mais comum entre homens e pessoas brancas. A taxa de mortalidade associada a essa condição é maior em indivíduos com 80 anos de idade ou mais. Desta forma destaca-se a importância fundamental da promoção e prevenção de saúde, visando a redução desse evento, visto que a maioria dos fatores de risco associados ao IAM são evitáveis como o tabagismo, níveis elevados de colesterol, hipertensão e diabetes.

419

Perfil Epidemiológico de Internações Hospitalares por Doença Reumática Crônica do Coração no Brasil nos Últimos Quinze Anos

CAIO TEIXEIRA DOS SANTOS; RAUL FERREIRA DE SOUZA MACHADO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Hospital de Força Aérea do Galeão – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença reumática (DR) crônica do coração é uma complicação não supurativa de uma infecção da orofaringe pelo streptococcus b-hemolítico do grupo A de Lancefielde inclui distúrbios em válvulas ou em demais estruturas cardíacas. Tal patologia consiste em um problema de saúde pública com estimativas de 30 milhões de portadores em todo o mundo. **Objetivo:** O objetivo da presente análise é considerar o perfil epidemiológico das internações por DR crônica do coração nos últimos quinze anos no Brasil. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura aliada à coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2008 a janeiro de 2023, avaliando as internações com valor de gastos públicos, taxa de mortalidade e padrão dos portadores: faixa etária, raça e sexo. **Resultados:** No período em questão, a DR crônica do coração contabiliza um total de 113.385 internações, estando o estado de São Paulo em maior frequência, 20.769. O ano de 2013 é visto como o de maior incidência, totalizando 8.841 casos no ano, com certa estabilidade em comparação aos demais, média de 7.517 casos anuais relatados. O valor médio anual despendido no período foi de 82.222.880,76 reais. A média de permanência hospitalar foi de 12,5 dias com uma taxa de mortalidade de 8,07 casos durante os quinze anos, sendo 2020 o maior valor, 9,15. A faixa etária com maior número de casos foi entre 50 e 59 anos, com 24.408 relatos, mostrando-se crescente até o ponto e se seguindo em decrescimento. 624 casos são descritos em menores de um ano; 684 em um a quatro; 1.259 entre cinco e nove; 2.377 em dez a catorze; 2.830 entre quinze e dezenove; 8.652 entre 20 e 29; 15.640 entre 30 e 39; 21.490 entre 40 e 49; 21.141 em 60 a 69; entre 70 e 79 11.975 e 2.305 casos acima de 80 anos. Foram observados 48.294 casos no sexo masculino e 65.091 no sexo feminino. Em relação à cor houve 40.186 ocorrências em brancos, 3.961 em pretos, 34.815 em pardos, 768 em amarelos, 123 em indígenas e 33.532 sem informação. **Conclusões:** Os dados obtidos demonstram a constância dos casos de internação por DR crônica do coração no período analisado salientando a importância da profilaxia primária tratando a infecção estreptocócica de vias aéreas superiores. Ressalta-se ainda a importância da notificação dos casos, como essencial no controle da doença a partir da visualização do panorama nacional e compreensão de suas variáveis.

529

Perfil da Mortalidade por Transtornos de Condução e Arritmias na Baixada Fluminense entre 2012 a 2022

ANNA MARIA FRIZZERA DANIEL; HANAH VALINHOS ABREU FIUZA; AFONSO DE LIGUORI SOARES LEITE
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares, incluindo as arritmias cardíacas, são um importante problema de saúde pública em âmbito mundial. Os transtornos de condução e arritmias cardíacas (TCAC) ocorrem devido a mudanças no sistema de condução normal do coração, que se inicia no nodo sinusal e perpassa pelo nodo atrioventricular, feixe de His e fibras de Purkinje. Essas alterações podem ser por distúrbios da formação do impulso, distúrbios da condução do impulso ou uma combinação entre eles e são capazes de causar sintomas como fraqueza, falta de ar, tontura, síncope ou morte. No estado do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade por TCAC entre 2012 a 2022 foi de 14,94%, o que corrobora para a necessidade de estudos que discutam sobre o perfil epidemiológico desse tema. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por TCAC na Baixada Fluminense. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico descritivo com uma abordagem quantitativa dos dados retirados do DATASUS correspondentes ao capítulo IX do Código/Classificação Internacional de Doenças-10, referentes ao perfil das mortes por TCAC na Baixada Fluminense entre os anos de 2012 a 2022. Foram utilizadas as variáveis sexo, raça/cor, escolaridade e faixa etária. **Resultados:** 1500 mortes por transtornos de condução e arritmias foram registradas na Baixada Fluminense entre 2012 a 2022, o que corresponde a 28,5% dos óbitos por essa mesma causa em todo o estado do Rio de Janeiro, o município da Baixada Fluminense com a maior taxa de mortalidade registrada foi o de Nova Iguaçu (78,77%), 52,5% eram mulheres, 78,4% eram pessoas de mais de 60 anos, 54,9% eram não-brancos e mais da metade (54,4%) dos óbitos afetaram indivíduos com até 3 anos de escolaridade. **Conclusões:** Foi possível traçar um perfil de pacientes acometidos por TCAC na Baixada Fluminense, acometendo principalmente pacientes do sexo feminino, faixa etária maior que 60 anos e raças preta e parda, com até 3 anos de escolaridade. Tais dados demonstram que os TCAC são importante causa de mortalidade na Baixada Fluminense e permitem a reflexão sobre a qualidade da assistência de saúde, além de um melhor planejamento de políticas públicas direcionadas na região.

477

Análise Epidemiológica do Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro de 2012 a 2022

DIEGO OLIVEIRA; VITORIA COSTA; GABRIELA SILVA; LUÍS SILVA; CAMILA PEIXOTO; IASMIM ROCHA; AUREA GRIPPA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma condição que ocorre devido à interrupção do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. O IAM pode ser causado pela obstrução de uma artéria coronária devido a um coágulo sanguíneo ou por um espasmo arterial. Dor no peito intensa, falta de ar, sudorese e náuseas são os sintomas típicos. Seu diagnóstico é feito com base na história clínica, exame físico, eletrocardiograma e exames laboratoriais. Já o tratamento envolve a restauração do fluxo sanguíneo para o coração o mais rápido possível. **Objetivo:** Analisar a prevalência dos casos de IAM no estado do Rio de Janeiro (RJ) de 2012 a 2022. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo cujos dados foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), por local de internação, óbitos e taxa de mortalidade no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2022. O filtro foi aplicado em ano de processamento, faixa etária, cor/raça, internações por sexo, regime, caráter de atendimento e analisado por Excel. **Resultados:** A partir dos dados coletados, percebe-se que houve um aumento progressivo de internações por IAM durante os anos analisados, com aumento expressivo entre 2021 (9.465) e 2022 (13.492). As internações segundo caráter de urgência prevaleceram sobre o caráter eletivo, sendo responsáveis por 75,95% do total de internações. Os óbitos por IAM também aumentaram, porém com certo equilíbrio a partir de 2015, atingindo seu máximo em 2022 (1.488). Apesar do aumento progressivo de internações, houve um decréscimo geral da taxa de mortalidade entre os anos observados. A faixa etária mais afetada foi entre 50 e 79 anos, responsável por 77,73%, com destaque para a faixa entre 60 e 69 anos, representando 32,39% do total. As internações de pessoas do sexo masculino (59.468) foram superiores ao do sexo feminino (34.032), ocupando 63,60% das internações. A cor/raça mais afetada foi a 'parda' com 28.721, seguida pela 'branca' com 26.219, porém 32,12% das internações não possuíam o dado de raça/cor do usuário. **Conclusão:** As internações por IAM demonstraram aumento em 2021 e 2022, principalmente no setor de urgência. Apesar do aumento nos óbitos, observa-se equilíbrio desde 2015, com pico em 2022. A faixa etária mais afetada foi entre 50 a 69 anos, com predomínio do sexo masculino. Além disso, apesar do aumento de internações, a taxa de mortalidade mostra decréscimo, sugerindo avanços em tratamento e prevenção.

595

Estudo Multicêntrico Avaliando Perfil de Risco Cardiovascular em Adultos Jovens na Área de Abrangência de Unidade de Atenção Básica no Brasil

VICTÓRIA ENNE MAGALHÃES; MARIA CAROLINA BREDAN ANANIAS; ANA CRISTINA TENÓRIO DA COSTA FERNANDES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT
UNESA – Universidade Estácio de Sá Campus Vista Carioca – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares (CV) são a primeira causa de mortalidade no Brasil e no mundo, sendo um problema de saúde pública. A detecção precoce na população jovem observando os diferentes determinantes sociais de saúde (DSS) nas diversas regiões do país é imperativa para a redução da morbimortalidade CV. **Objetivo:** Avaliar comparativamente o risco CV de adultos jovens em diversas regiões do país observando as influências ambientais, culturais e estruturais na população brasileira. **Materiais e Métodos:** Estudo multicêntrico, transversal, populacional de avaliação do perfil de risco CV de uma adultos entre 20 e 50 anos. A distribuição dos centros participantes é a seguinte: 1 na região Norte (Santarém, PA), 2 na região Nordeste (Juazeiro do Norte, CE e Juazeiro, BA), 3 na região Sudeste (Angra dos Reis e Rio de Janeiro, RJ e Ribeirão Preto, SP) e 1 na região Sul (Jaraguá do Sul, SC). O projeto piloto foi desenvolvido em Santarém e na zona oeste do RJ. Estão sendo coletados os dados antropométricos, sociodemográficos, a pressão arterial de consultório e residencial (MRPA), ECG, exames laboratoriais, questionários de rastreio para Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) – STOP-BANG e Escala de Epworth e para ansiedade e depressão. **Resultados:** Foram avaliados, 322 indivíduos, 161 no RJ e 161 em Santarém. No RJ, 125 (77,6%) são mulheres, com idade média de 31,8 ± 4,3 anos, e em Santarém 131 (81,3%) são mulheres e com idade média de 39,6 ± 7,9 anos. Pretos e pardos são 64% da amostra no RJ e 91% em Santarém; 22 indivíduos (15%) têm baixa escolaridade no RJ e 44 (27%) em Santarém. Dentre os fatores de risco CV mais prevalentes, o sedentarismo se destacou no RJ enquanto a dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão arterial e sedentarismo se sobressaem em Santarém. Em relação à prevalência de ansiedade e depressão moderadas/severas, no RJ foi de 41% e 29%, respectivamente, enquanto na região Norte foi mais elevada, atingindo 52% e 58% da população. O centro de Santarém encontrou 55% de indivíduos com alto risco para AOS. Os outros centros estão em fase inicial de coleta de dados. **Conclusões:** Em ambos os centros, o risco CV dessa população adulta jovem, aparentemente saudável, foi elevado e associado com DSS em especial à baixa escolaridade e transtornos de ansiedade e depressão na região Norte, apontando para a necessidade de políticas públicas diferenciadas para as diferentes regiões do país voltadas para essa faixa etária.

612

Painel Epidemiológico da Endocardite Infecciosa em um Hospital Particular de Volta Redonda

LAISA SILVA ALVES; MADJER BRILLHANTE MORAES; SERGIO IBAÑEZ NUNES; SAMUEL JOSÉ FERES OZAVA; GUILHERME GALARDINO SANTOS; THAIS BARROS CORRÊA IBAÑES
UniFOA – Volta Redonda – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) é uma patologia de início insidioso, difícil diagnóstico e alta taxa de morbimortalidade. O tratamento padrão para EI consiste em terapia antibiótica de longa duração, sendo a intervenção cirúrgica para casos específicos. **Objetivo:** Apresentar um painel epidemiológico da EI na região de Volta Redonda, entre os anos 2011 a 2021. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo que buscou avaliar os prontuários de pacientes internados com EI em um Hospital Particular de Volta Redonda durante 10 anos. **Resultados:** Foram analisados e incluídos no estudo 24 pacientes, evidenciando a incidência de EI de 1.24 para cada 100.000 casos. Foi observado uma incidência de 62% no sexo masculino. A prevalência dos sintomas foi descrita no gráfico 1. No levantamento 9 pacientes (37,5%) apresentaram complicações importantes no quadro agudo da doença como AVC hemorrágico, ruptura de cordoalha tendínea, embolização de foco infeccioso e insuficiência de valva aórtica. Sendo que destes 5 vieram a óbito. No total foram 7 óbitos por EI, sendo 57,12% masculino. A valva cardíaca mais acometida foi a nativa. O detalhamento das valvas mais afetadas está no gráfico 2, sendo a aórtica a mais acometida. Houve maior prevalência de S.aureus e S. viridans acometendo as valvas nativas. 4 óbitos foram causados por Staphylococcus, 2 por Streptococcus e 1 por Enterococcus. De todas as culturas, a maior incidência foi de Staphylococcus e Streptococcus. 10 pacientes necessitaram de cirurgia sendo 9 homens. As bactérias mais encontradas na hemocultura desses foram dos grupos Streptococcus spp. e Staphilococcus spp. 7 cirurgias foram em valvas nativas. O índice de mortalidade foi de 18%. 58,3% dos pacientes não receberam o tratamento seguindo guideline e 71,4% dos óbitos não seguiam o guideline. **Conclusões:** A prevalência da EI e os óbitos foram maiores na população masculina. A febre foi relatada em 61% dos pacientes e sopro cardíaco em 8%. A literatura indica que tais achados são presentes em 85% dos pacientes. Uma possibilidade dessa divergência é a falha de preenchimento do prontuário. As valvas acometidas e seus agentes etiológicos são concordantes com a literatura. A maioria dos pacientes não receberam o tratamento antimicrobiano de acordo com as diretrizes, sendo mais de 70% dos óbitos parte desse grupo. Os pacientes tratados dentro das diretrizes morreram menos do que os tratados empiricamente.

741

Perfil de Morbidade por Cardiopatia Reumática Crônica no Nordeste entre 2018 e 2023

JOÃO PEDRO GOMES DA CONCEIÇÃO OLIVA; MARIANA FRANCO DUARTE
Centro Universitário UNIDOMPEDRO – Salvador - Bahia – Brasil
Universidade do Estado da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória, causada por Streptococcus hemolítico do grupo A, cuja evolução resulta em anormalidades cardíacas, como a denominada Cardiopatia Reumática Crônica (CR). A CR manifesta-se, clinicamente, mediante uma doença valvar fibrótica deformante que envolve, principalmente, a valva mitral. As precárias condições socioeconômicas são as principais causas para a ocorrência de doenças reumáticas. Logo, as taxas de incidência e mortalidade se acentuam em regiões cujas áreas urbanas – populosas e economicamente carentes – evidenciam um problema de saúde pública, tal como o atual cenário do Nordeste brasileiro. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico, o custo econômico e a disposição espacial da morbimortalidade por cardiopatia reumática crônica no Nordeste, entre dezembro de 2018 e dezembro de 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico e descritivo, apoiado em dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na categoria morbidade pela Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2023, tendo a tabulação dos dados, realizada com auxílio do software Microsoft Office Excel. A observação descritiva foi realizada nas 9 unidades federativas da região Nordeste pelo número de internações, valor total gasto, taxa de mortalidade e número de óbitos, computados por faixa etária, sexo e cor/raça. **Resultados:** No período observado, foram notificadas no Nordeste 11.659 internações e 807 óbitos por CR, cujo gasto total foi de 157.849.253,71. Dessas notificações, 6.848 (58,74%) correspondem ao sexo feminino e 4.811 (41,26%), ao sexo masculino. Destaca-se o número de internações entre pardos, 6.675 (57,25%), e indivíduos de 40 a 59 anos, 5.112 (43,85%). A média da razão entre as taxas de mortalidade feminina e masculina nos estados, $\bar{X}$=1,18 (IC95% 1,00-1,36), não revela inclinação estatisticamente significativa. Os maiores valores de internações e óbitos na região, encontram-se na Bahia e em Pernambuco, sendo 3.403 (29,19%) internações e 161 (19,95%) óbitos; 2.643 (22,67%) internações e 123 (15,24%) óbitos, respectivamente. **Conclusões:** As internações por CR representam um grave problema de saúde pública no Nordeste. O recorte temporal sugere uma possível relação entre os fatores sociodemográficos e prognóstico da comorbidade. Desse modo, é necessário a implementação de estratégias que estimulem terapias que reduzam as internações e óbitos por CR no Nordeste.

617

Tendências de Mortalidade por Doença Pericárdica no Brasil de 2000 a 2022: Uma Análise Detalhada de Joinpoint

BILLY MCBENEDICT; YUSUF ALI AHMED ABDULLA AHMED; REEM REDA ELMAHDI; WALAA HASAN MULLA AHMED YUSUF; JOSÉ GERALDO MEDEIROS NETTO; GABRIELLA VALENTIM; ANA ABRAHÃO; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças pericárdicas podem se apresentar na prática clínica na forma de pericardite aguda, pericardite constritiva, derrame pericárdico e tamponamento cardíaco, sendo a pericardite aguda a mais comum. Observou-se que as doenças pericárdicas desempenham um papel substancial no aumento da mortalidade. Assim, o principal objetivo deste artigo é descobrir as tendências das taxas de mortalidade entre a população brasileira com base na idade e no sexo. **Objetivo:** investigar e comparar as tendências de mortalidade por doenças pericárdicas no Brasil de 2000 a 2022. **Materiais e Métodos:** Este é um estudo de séries temporais das taxas de mortalidade por doenças pericárdicas no Brasil (2000-2022). Os dados foram obtidos do DATASUS usando os códigos CID-10: I30, I31 e I32. As informações demográficas e populacionais baseadas em faixa etária e sexo foram obtidas do IBGE. Calculou-se a taxa de mortalidade padronizada por idade (por 100.000) e as mudanças percentuais anuais (APCs) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (CIs) empregando regressão de Joinpoint. **Resultados:** As taxas de mortalidade gerais para homens, mulheres, e ambos, foram estáveis durante todo o período, exceto para as mulheres, que tiveram um aumento significativo na taxa de mortalidade (AAPC=1,18). As mulheres testemunharam o maior aumento significativo na mortalidade no período de 2020 a 2022, com um APC=27,55. A análise das doenças pericárdicas com base na idade envolveu adultos com idades entre 20 e 80 anos, e a mortalidade geral foi observada como significativamente aumentada nos grupos etários de 70-79 e 80 anos e acima durante todo o período (AAPC = 1,0339 e AAPC=3,4587, respectivamente). No período de 2020-2022, esses dois grupos mostraram o maior aumento significativo na mortalidade. Outros grupos mostraram uma mudança não significativa no AAPC. **Conclusões:** As taxas de mortalidade para homens e mulheres, principalmente na população idosa, testemunharam um aumento, atribuível a doenças infecciosas como tuberculose (TB), principalmente associadas ao HIV/AIDS, e a febre da dengue. No entanto, as mudanças foram mais significativas no grupo feminino. Grupos etários mais velhos mostraram aumento significativo na mortalidade, especialmente no período de 2020-2022, o que é em grande parte atribuído à pandemia de COVID-19. Os resultados deste estudo destacam a necessidade de melhoria nos equipamentos de diagnóstico, diretrizes e preparação para futuras endemias para controlar as taxas de mortalidade devido à doenças pericárdicas em grupos mais suscetíveis.

758

Comparação entre Niterói e Brasil na Taxa de Mortalidade Hospitalar e Internações por Insuficiência Cardíaca (IC)

ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca compromete a eficácia do coração, resultando em sintomas como fadiga e dificuldade respiratória, podendo levar a morte. A saúde cardiovascular não é somente uma questão biomédica, também está ligada às condições socioeconômicas. Ao analisar os dados epidemiológicos, é importante conhecer algumas divergências entre localidades: Niterói com IDH 0,837 (2010) e índice de Gini 0,598 (2010) e Brasil com IDH 0,754 (2021) e Gini 0,524 (2022). Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico referente a taxa da mortalidade hospitalar e as taxas internações dos pacientes admitidos por IC no SUS, de 2013 a 2022, no Brasil e no município de Niterói (RJ). **Materiais e Métodos:** Estudo transversal descritivo, cujos dados de taxa de mortalidade e número de internações por IC foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS). Aplicou-se no filtro ano de atendimento, havendo auxílio da ferramenta Excel. **Resultados:** Quando se observa as taxas de mortalidade hospitalar por IC em Niterói, ocorre um padrão crescente de 2014 (N=13,71) a 2018 (N=23,77), a qual se reduz em 2019 (N=15,53) e volta a um padrão de crescimento até 2022 (N= 22,17), com uma média geral (N=19,55). Já no Brasil, 2021 (N= 13,48) teve maior número comparado com os outros anos. O de 2013 (N=9,71) foi o com menor taxa. A taxa de mortalidade subiu de 2013 a 2016 e de 2017 a 2021, apresentando uma média (N=11,12). Sobre as internações hospitalares em Niterói, há uma elevação de 2014 (N=197) a 2016 (N=343), seguido por uma redução contínua até o ano de 2020 (N= 204). De 2020 a 2022 (N= 397), houve um aumento das internações. No Brasil, há uma redução contínua de internações por IC de 2013 (N=236443) a 2021 (N=163453), seguido por um aumento em 2022 (N=201793). **Conclusões:** Os padrões de crescimento e queda de taxa de mortalidade e internações por Niterói são diferentes do padrão nacional. Isso sugere a importância de acompanhar e analisar a especificidade de cada região, a fim de traçar políticas públicas de melhoria da qualidade assistencial próprias para atender as demandas locais. Ademais, apesar de Niterói ter IDH maior que a média do país, seu índice de Gini também é superior, revelando a existência de uma elevada desigualdade social, a qual pode estar relacionada a alta taxa de mortalidade hospitalar em IC encontrada no SUS, que foi maior que a brasileira. Dessa forma, entender as disparidades na assistência na saúde pública de Niterói é fundamental para ampliar as investigações.

761

Associação entre Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Variáveis Sociais em Niterói e no Brasil

MARIA CLARA MOURA AMADEU; EVANDRO TINOCO MESQUITA; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição de saúde complexa que impacta significativamente a qualidade de vida, podendo resultar na morte. A saúde cardiovascular não é apenas uma questão biomédica, mas também está ligada às condições socioeconômicas de uma população. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico referente a taxa de mortalidade por IC, de 2012 a 2021, no Brasil e no município de Niterói (RJ), correlacionando com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, cujos dados de óbitos por IC foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), juntamente da coleta das estimativas populacionais por município e no Brasil, de acordo com o IBGE. Aplicou-se, no filtro, ano de atendimento, faixa etária e óbitos, havendo auxílio da ferramenta Excel para os cálculos. **Resultados:** Ao analisar os dados epidemiológicos do Brasil, nota-se que a taxa de mortalidade na população adulta devido a IC possui divergências de valores em relação às localidades: Niterói com IDH 0,837 e Brasil IDH 0,754. Quando se observa as taxas de mortalidade da população idosa (60 anos ou mais), a brasileira é sempre superior à niteroiense, principalmente, na população com 80 anos ou mais, na qual a taxa brasileira (N=2,208 óbitos a cada mil habitantes) registrou ser 9,2 vezes maior que a niteroiense (N=0,240) em 2013. No ano de 2016, a diferença entre as taxas foi a menor registrada, sendo a brasileira (N=2,067) 1,933 vezes maior que a niteroiense (N=1,069). Ademais, cabe a ressalva de que, a taxa de mortalidade brasileira entre os idosos encaminha-se para uma redução, sendo que o registro desta, na faixa etária de 60 a 79 anos foi de 0,564 em 2012 e de 0,378 em 2021.Contudo, a taxa niteroiense sofre oscilações que a mantém ligeiramente crescente. A exemplo, na faixa de 60 a 79 anos, a taxa foi de 0,174 em 2012 e de 0,191 em 2021 na população niteroiense. Outro fator a se citar é que muitas taxas da cidade de Niterói se mantiveram zeradas entre as faixas etárias de 20 a 49 anos, especialmente, na faixa de 20 a 29 anos, a qual só teve valor registrado em 2015 (N=0,014). **Conclusões:** Assim, a taxa de mortalidade encontrada, especialmente entre idosos, demonstra que maiores IDH estão relacionados com menor mortalidade, podendo-se notar que o acesso à saúde não é igualitário no país. Logo, investimentos devem ser feitos para que a rede assistencial melhore e os pacientes atinjam não apenas melhores tratamentos, como também, maior qualidade de vida.

797

Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio Análise Comparativa entre Grupos Etários Dentro e Fora da Faixa Etária de Risco entre 2019-2023 no Brasil

RAFAELLA ANTUNES BASTOS; MARIANA DE PAULA PIRES; MARIA TEREZA DE MEDEIROS LEITE ESPÍNOLA; MARCELLA XAVIER; LUIZA SILVA FERREIRA; GABRIELE RIZZO
Centro Universitário Campo Real – Guarapuava – Paraná – Brasil
Centro Universitário de João Pessoa – João Pessoa – Paraíba – Brasil
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Contagem – Minas Gerais – Brasil
UNIFAN – Centro Universitário Alfredo Nasser – Aparecida de Goiânia – Goiás – Brasil
Universidade do Grande Rio (Unigranrio) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para parte do músculo cardíaco e representa cerca de 12% das mortes por doenças cardíacas (DC). Os fatores de risco associados ao desenvolvimento do IAM, destacam a idade acima de 55 anos, sexo masculino, história familiar de DC, dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, hábitos alimentares e estresse psicossocial. A maior parte dos óbitos ocorrem em pessoas acima dos 65 anos e os riscos para o desenvolvimento da doença aumentam conforme a idade avança. **Objetivo:** Analisar o aumento da taxa de mortalidade por IAM no Brasil, com o avançar da idade em populações acima de 20 anos. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e descritivo realizado com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS/DATASUS com base em uma população acima de 20 anos no período de 2019 a 2023. Cálculo matemático do aumento percentual para cada faixa etária estudada e análise descritiva. **Resultados:** Na análise realizada, foi notado uma redução de 13,72% na taxa de mortalidade na faixa etária de 20-29 anos em comparação com a faixa de 30-39 anos, seguida de um acréscimo de 4,87% da faixa etária de 30-39 anos para o grupo de 40-49 anos. Além disso, entre 40-49 anos e 50-59 anos houve um aumento de aproximadamente 26,67% e para o grupo etário de 50-59 anos a 60-69 anos houve um crescimento de aproximadamente 56,87% na taxa de mortalidade. Entre 60-69 anos e 70-79 anos o aumento foi de 57,28%. Por fim, a população com idade igual ou superior a 80 anos apresenta o maior aumento percentual, com uma taxa de mortalidade que é cerca de 67,89% maior quando comparada a faixa etária de 70-79 anos. **Conclusões:** Esses resultados destacam a clara correlação entre o avanço da idade e o aumento da mortalidade por IAM e chamam atenção para o fato de que o aumento percentual na taxa de mortalidade ocorre ainda antes da faixa etária considerada de risco (55 anos), ressaltando a importância da vigilância e intervenção precoces.

799

Impactos da Pandemia de Covid-19 na Epidemiologia das Arritmias Cardíacas no município do Rio de Janeiro entre 2008 a 2023

MARIANA DE PAULA PIRES; MATEUS FELIPE FERNANDES DE MIRANDA; LETYCIA SANTOS OLIVEIRA; KALINE TENÓRIO BEZERRA; MARIA EDUARDA NASCIMENTO BARBOSA; CARLA DE BARROS TOMELIN; ANGÉLICA CAROLINE FERREIRA
Centro Universitário de Maceió (UNIMA) – Maceió – Alagoas – Brasil
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (ITPAC) – Porto Nacional – Tocantins – Brasil
Universidade Federal Fluminese (UFF) – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Iguaçu (UNIG) – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Tiradentes – Estância – Sergipe – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As arritmias cardíacas (AC) abrangem uma variedade de condições caracterizadas por anormalidades no ritmo cardíaco. O diagnóstico de AC é imprescindível para a escolha adequada do tratamento e para prevenção de complicações. Arritmias como a fibrilação atrial, a taquicardia ventricular e a bradicardia sinusal são algumas das mais comuns, afetando uma grande parcela da população global. A infecção pelo vírus da COVID-19 pode estar associada a alterações do sistema cardiovascular, sendo as arritmias a segunda manifestação mais evidente. **Objetivo:** Analisar os impactos da pandemia de COVID-19 na epidemiologia das arritmias cardíacas na população do município do Rio de Janeiro com idade superior a 20 anos. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e descritivo realizado com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS/DATASUS com base em uma população acima de 20 anos no período de 2008 a 2023. **Resultados:** O aumento percentual no número de casos de AC entre os anos de 2008 e 2023 foi de aproximadamente 153,87%. O ano de 2023 foi o ano com maior número de casos dentre todo o período pesquisado. Os resultados destacam que em relação ao ano de 2019 o ano de 2020, que marca o início da pandemia de COVID-19, apresentou um aumento de aproximadamente 17,28% no número de casos de AC, apesar disso o ano de 2021 apresentou uma diminuição de 14,50% em comparação a 2020. No entanto, em 2022, ocorreu um aumento de cerca de 19,79% em relação ao ano anterior, apontando para uma retomada do aumento nos casos de arritmias cardíacas que pode estar relacionada ao aumento no número de casos de COVID-19 e a síndrome pós-COVID. De 2022 para 2023 o aumento no número de casos foi de aproximadamente 27,86%. **Conclusões:** Os resultados destacam uma possível correlação entre o AC e a pandemia de COVID e chamam atenção para o fato de que o aumento percentual entre 2022 a 2023 podem apontar para o aumento no número de casos e a síndrome pós-Covid, ressaltando a importância da vigilância conjunta dessas condições de saúde pública.

853

Série Histórica das Internações por Infarto Agudo do Miocárdio em Jovens de 15 a 24 Anos por Região Federativa do Brasil de 2013 a 2023

FRANCISCA VITÓRIA MAGALHÃES DE SOUSA; GABRIEL MATIAS DE SOUZA; ALINE D'AVILA PEREIRA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença cardíaca coronária é a principal causa de morte no mundo, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) uma das suas manifestações. O crescente diagnóstico de IAM entre jovens é uma realidade, o que pode estar relacionado com o aumento dos fatores de risco, tais como sedentarismo, obesidade e tabagismo. Salienta-se que as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil permanecem altas quando comparadas às taxas de países desenvolvidos. **Objetivo:** Analisar a incidência estimada de IAM em jovens de diferentes regiões do Brasil e observar a proporção de internações entre os sexos, no período de 2013 a 2023. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, de cunho quantitativo, com análise dos dados de morbidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, por região, na faixa etária de jovens de 15 a 24 anos, de ambos os sexos. Utilizou-se o capítulo IX da CID-10, que agrupa doenças do aparelho circulatório na categoria de IAM. Fez-se uso da projeção populacional de residentes por região federativa de 2010-2060. Diante disso, calculou-se a proporção entre os sexos e a incidência de casos entre as regiões federativas do Brasil. **Resultados:** A observação das disparidades regionais quanto a incidência de IAM entre os indivíduos jovens revela uma tendência de crescimento no período de 2013 a 2023, no país, com foco nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. A região Centro-Oeste ganha notoriedade com as maiores incidências de internações por IAM. Constata-se isso pela observação dos dados de 2022 e 2023, os quais revelam que a população de 15 a 19 anos apresentou incidência de 1,47 e 2,30 casos, a cada 100 mil habitantes, respectivamente. Soma-se, ainda, o fato de que as taxas se mantêm crescentes para a faixa etária de 19 a 24 anos, no período de 2013 a 2023; com atenção especial para o Centro-Oeste, que apresentou índices de 4,42 e 4,17 nos anos de 2022 e 2023. Paralelamente, vale ressaltar que os resultados do estudo corroboram a premissa de que a incidência de casos de IAM na população do sexo masculino predomina sobre o número de casos na população do sexo feminino. **Conclusões**: A mudança nos padrões de vida da população jovem tem propiciado o surgimento precoce de doenças cardíacas ateroscleróticas, culminando em uma incidência antecipada de eventos cardiovasculares, especialmente do sexo masculino. Por fim, acentua-se a imperatividade de investigações mais profundas a fim de discernir os fatores subjacentes ao aumento significativo observado na região Centro-Oeste.

14
Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva

71

Consumo Máximo de Oxigênio Durante o Exercício como Preditor de Sobrevivência Após os 80 Anos

FABRICIO BRAGA; MAURICIO MILANI; ANA FACHETTI; GABRIEL ESPINOSA; GABRIEL MORAES; JULIANA GOULART PRATA OLIVEIRA MILANI; RICARDO MOURILHE-ROCHA
Complexo Hospitalar Américas – Vitória and Samaritano Barra – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hasselt University – Belgium, Health Sciences and Technologies Graduate Program – University of Brasilia (UnB) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeira – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Laboratório de Performance Humana – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Fundamento: A captação máxima de oxigênio (VO2pico) é um marcador de saúde crucial, amplamente estudado em adultos por seu valor prognóstico. No entanto, seu significado em pessoas mais velhas, especialmente octogenários, permanece pouco explorado devido à representação limitada em pesquisas. **Objetivo:** Este estudo visa avaliar o poder preditivo do VO2pico para a sobrevivência em indivíduos com 80 anos ou mais. **Métodos:** Incluímos indivíduos com 80 anos ou mais que se submeteram a testes de exercício cardiopulmonar em um único centro. As taxas de mortalidade foram comparadas com base no VO2pico relativo a 80% dos valores previstos (%VO2pico). Empregamos três modelos de regressão de Cox multivariados: Modelo 1 (não ajustado), Modelo 2 (ajustado para idade) e Modelo 3 (ajustado para idade e acidente vascular cerebral). **Resultados:** Resultados: Entre 188 participantes (idade média de 83,3 ± 3 anos, 68,9% do sexo masculino), 22 (11,7%) faleceram durante um acompanhamento médio de 494 dias. Os não sobreviventes tendiam a ser mais velhos, com VO2pico e %VO2pico mais baixos. Todos os modelos demonstraram associações entre %VO2pico ≤80% e mortalidade: HR=3,19 (IC 95%: 1,30 a 7,86, p=0,011) para M1; HR=3,12 (IC 95%: 1,26 a 7,74, p=0,013) para M2 e HR=2,80 (IC 95%: 1,11 a 7,06, p=0,028) para M3. **Conclusões:** No contexto de uma população que está envelhecendo, este estudo destaca a importância duradoura do VO2pico como um preditor de sobrevivência entre as pessoas mais velhas, incluindo os octogenários. Essas descobertas têm implicações profundas para a personalização de estratégias de saúde para lidar com a evolução do cenário demográfico.

142

Dispersão da Ventilação no Esforço Após COVID-19 Leve: Comparação entre Indivíduos com e sem Sintomas de Fadiga. Um Estudo Transversal

DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; GABRIEL MORAES; CHRISTIANE PRADO; MARIA CLARA CARVALHO E SILVA; RICARDO MOURILHE ROCHA; FELIPE MANZANO; AMANDA MONTEIRO
Clínica São Vicente – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Laboratório de Performance Humana (LPH) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome da COVID longa é caracterizada pela persistência ou início de sintomas após a fase aguda da COVID-19. A fadiga e a dispneia são os sintomas mais prevalentes, e alterações no controle da ventilação têm sido associadas a esses sintomas. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo comparar a dispersão da ventilação durante o esforço em sobreviventes de COVID-19, de acordo com a presença ou ausência de sintomas de fadiga. **Materiais e Métodos:** Realizamos um estudo observacional transversal com indivíduos que tiveram COVID-19 no passado, com mais de 3 meses desde o início dos sintomas. Os pacientes foram submetidos a um teste cardiopulmonar do exercício (TCPE) e divididos em dois grupos: um grupo com fadiga e um grupo sem fadiga. Um grupo controle histórico também foi incluído na análise. O índice de dispersão ventilatória (IDV) foi calculado e comparado entre os grupos. **Resultados:** Foram analisados 90 pacientes (44,24±9,22 anos; 67,8% do sexo masculino). O IDV foi significativamente maior no grupo com fadiga em comparação aos outros grupos (p=0,006). A correlação entre o IDV e o VE/VCO2 slope foi significativa (r=0,659, IC95% 0,519 a 0,765). Na análise multivariada, o IDV mostrou-se independentemente associado à presença de fadiga (OR=35,37; IC95% 3,409-7695,221). **Conclusões:** A dispersão da ventilação durante o esforço está significativamente associada à presença de fadiga em sobreviventes de COVID-19. Esses achados fornecem informações importantes sobre a fisiopatologia da Síndrome da COVID longa e destacam a importância da avaliação da ventilação nesses pacientes.

138

Diferenças Étnicas na Sobrevivência entre Medalhistas Olímpicos Brasileiros da Era Moderna de 1920 a 1992: um estudo de coorte

DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; PAULA MEDEIROS PACHE; ANA CAROLINA NENO; JOÃO MAGALHÃES; EMERY MICHAEL
Sports Cardiology Center
Department of Cardiovascular Medicine
Heart, Vascular and Thoracic Institute
Cleveland Clinic – Cleveland – OH – United States
Clinica São Vicente – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Laboratório de Performance Humana (LPH) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As disparidades nos resultados de saúde entre grupos raciais justificam investigação, mesmo em atletas de elite. Portanto, entender o impacto da raça na sobrevivência pós-medalha em atletas olímpicos brasileiros torna-se essencial. **Objetivo:** Comparar a sobrevivência pós-medalha entre medalhistas olímpicos brasileiros brancos e não brancos de 1920 a 1992. **Materiais e Métodos:** Utilizamos dados publicamente disponíveis para um estudo de coorte retrospectivo em todos os medalhistas olímpicos brasileiros de 1920 a 1992 (apenas homens). Os atletas foram classificados em grupos brancos e não brancos usando determinação estruturada de etnia. Análises de Kaplan-Meier calcularam o tempo médio de sobrevivência restrito (RMST) para cada grupo étnico. Uma análise de riscos proporcionais de Cox avaliou diferenças de sobrevivência baseadas em etnia, ajustando para a idade de ganho da medalha e ano de nascimento (p<0.05). **Resultados:** Entre 123 atletas (73,9% brancos), a idade média de conquista da medalha foi de 25,03±4,8 anos. Durante o estudo, 18,7% dos atletas brancos e 37,5% dos não brancos morreram (p=0,031). Atletas brancos tiveram uma idade média de morte de 75,10±18,01 anos, enquanto atletas não brancos tiveram 67,13±14,90 anos (p=0,109). O RMST para atletas brancos foi de 51,59 (95% CI 49,79-53,39) anos e para não brancos foi de 45,026 (95% CI 41,31-48,74) anos, resultando em um ΔRMST de 6,56 (95% CI 2,43-10,70; p=0,0018). A análise multivariada mostrou que atletas não brancos tiveram um risco de morte maior do que atletas brancos (HR 5,58; 95% CI, 2,18-14,31). **Conclusões:** Após sua primeira medalha, os atletas olímpicos brasileiros brancos geralmente desfrutam de uma expectativa de vida seis anos mais longa do que seus pares não brancos, ilustrando uma marcada lacuna de mortalidade e disparidades de saúde entre indivíduos saudáveis no Brasil.

223

Associação entre Dispersão Ventilatória e Fadiga em Sobreviventes de COVID-19: uma Análise de Regressão Penalizada de Ridge

DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; GABRIEL SEABRA; MAURICIO MILANI; GABRIEL MORAES; ANA CAROLINA FACHETTI; RICARDO MOURILHE- ROCHA
Clínica São Vicente – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Laboratório de Performance Humana (LPH) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Síndrome da COVID longa é caracterizada pela persistência ou início de sintomas após a fase aguda da COVID-19. A fadiga e a dispneia são os sintomas mais prevalentes, e alterações no controle da ventilação têm sido associadas a esses sintomas. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo comparar a dispersão da ventilação durante o esforço em sobreviventes de COVID-19, de acordo com a presença ou ausência de sintomas de fadiga. **Materiais e Métodos:** Realizamos um estudo observacional transversal com indivíduos que tiveram COVID-19 no passado, com mais de 3 meses desde o início dos sintomas. Os pacientes foram submetidos a um teste cardiopulmonar do exercício (TCPE) e divididos em três grupos: G1 – com fadiga; G2 – sem fadiga; G3 – controle. O índice de dispersão ventilatória (IDV) foi calculado e comparado entre os grupos. Regressão logística penalizada de Ridge (RP) foi desenvolvida para avaliar a importância das variáveis na persistência de fadiga pós-COVID-19. **Resultados:** Foram analisados 90 pacientes (44,24 ± 9,22 anos; 67,8% do sexo masculino). O IDV foi 0,727 (0,36); 0,554 (0,38) e 0,551 (0,201) respectivamente para G1, G2 e G3 (p=0,006). A correlação entre o IDV e o VE/VCO2 slope foi significativa (r=0,659, IC95% 0,519 a 0,765). Na RP, IDV (0,159; IC95% 0,068 a 0,251) e VO2 no pico do exercício <85% do previsto (0,142; IC95% 0,022 a 0,55) tiveram importância significativa na persistência de fadiga pós-COVID-19. **Conclusões**: A dispersão da ventilação durante o esforço está significativamente associada à presença de fadiga em sobreviventes de COVID-19. Esses achados fornecem informações importantes sobre a fisiopatologia da Síndrome da COVID longa e destacam a importância da avaliação da ventilação nesses pacientes.

314

Surgimento de Marcada Ventilação Periódica no Teste Cardiopulmonar de Exercício em Avaliação Seriada na Insuficiência Cardíaca

LUANNA DAMASCENO AMARAL SOUSA; FERNANDO CESAR CASTRO SOUZA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O teste cardiopulmonar de exercício (TCPE) é um reconhecido instrumento de avaliação prognóstica na insuficiência cardíaca (IC), sendo a avaliação seriada uma das formas de mensurar a evolução da doença. Um marcador de mau prognóstico da IC no TCPE é a ventilação periódica (VP), mas que não é frequentemente observada[1]. **Relato do Caso**: Um TCPE foi solicitado para um paciente masculino de 55 anos, portador de cardiomiopatia dilatada idiopática em fase avançada e otimizado farmacologicamente, seguindo as diretrizes. A figura 1 mostra as curvas do TCPE nesse momento, onde podemos ver os gráficos com curvas lineares, em especial da ventilação (canto superior esquerdo, em destaque). O VO2 pico foi de 13,2 mL.kg-1.min-1 e a inclinação VE/VCO2 foi 37,0. Oito meses após foi realizado novo TCPE, que mostrou uma leve piora nestas duas variáveis, que foram para 11,1 (redução de 15%) e 39,2, respectivamente, mas chamou atenção a mudança nas curvas dos gráficos, que passaram a mostrar uma oscilação de todas as suas curvas (figura 2). Analisando a curva da ventilação observamos a ocorrência de 6 ciclos oscilatórios com amplitudes superiores a 5 l/min e com duração média em torno de 100 segundos, caracterizando a presença de ventilação periódica, que inexistia no 1º teste. **Discussão:** A ventilação periódica é um distúrbio ventilatório caracterizado pela ocorrência de períodos de hipopneia (respiração de Cheyne-Stokes) durante o exercício. Essa oscilação pressupõem a presença de 3 características[2], que estão presentes neste caso. A causa da VP na IC é atribuída ao atraso circulatório, à congestão pulmonar e à distúrbios de sensibilidade dos quimiorreceptores e ergorreceptores[3], e é conhecida a sua associação com maior mortalidade, em especial de origem arrítmica4. O seu aparecimento por si só já aumenta um grau na classificação tradicional do o risco de mortalidade nesses pacientes[5]. Em conclusaõ, o presente caso demonstra um flagrante de rápida progressão da IC, com o surgimento de VP em um intervalo de apenas 8 meses, demonstrando a necessidade urgente de alguma intervenção adicional para este paciente.

Referências Bibliográficas: 1. Leite JJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2003;41:2175-81. 2. Corrà U, et al. Circulation. 2006;113:44-50. 3. Agostoni P, et al. Chest. 2008;133:197-203. 4. Guazzi M, et al. J Am Coll Cardiol. 2007;50:299-308. 5. Corrà U, et al. Eur J Heart Fail. 2018;20:3-15.

637

A Zona Cinzenta do Coração de Atleta na Era Pós-COVID: um Desafio Diagnóstico

DANIELA BLANCO MECKING; JAIME LOBO FIGUEIREDO; RENATA R. T. CASTRO
Hospital Naval Marcílio Dias' – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Ipanema Health Club – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade de Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As adaptações cardíacas ao treinamento físico exibem diversas peculiaridades que podem simular fenótipos patogênicos. Desde a década de 80 a cardiomiopatia arritmogênica de ventrículo direito (VD) representa o principal diagnóstico diferencial das adaptações de VD secundárias ao treinamento de endurance em esportistas sintomáticos. Entretanto, no cenário atual, outros possíveis diagnósticos diferenciais devem ser pesquisados em esportistas sintomáticos com alterações morfológicas de VD. **Relato do Caso:** Paciente de 30 anos, praticante de musculação e corrida, usuário de esteróides anabolizantes há mais de 10 anos, procurou atendimento médico por cansaço durante treinos e precordialgia atípica após infecção por COVID-19. Exame físico e história familiar: nada digno de nota. ECG com BAV 1º grau, repolarização precoce e inversão de onda T em parede inferior. Troponina negativa. Ressonância cardíaca (RNM) com hipocinesia difusa biventricular, aumento do padrão de trabeculações e focos de realce tardio em padrão não-isquêmico em VD. Realce tardio e degeneração gordurosa na parede lateral médio-apical e focos de realce tardio na parede septal médio-apical e inferior basal do VE com padrão não isquêmico. Após tratamento clínico para miocardite por COVID por 3 meses, repetiu-se a RNM que manteve os achados anteriores, com maior evidência do realce tardio na parede inferior basal do VE. Teste genético evidenciou variante provavelmente patogênica do gene SYNE1 e variante de significado clínico indeterminado (VUS) do gene PKP-2. Após 6 meses, nova RNM evidenciou correção da função sistólica biventricular, com manutenção da dilatação de VD e estabilidade das áreas de realce tardio e degeneração gordurosa. Paciente segue em acompanhamento clínico há 1 ano, assintomático. **Discussão:** O gene SYNE1 está relacionado à artrogripose múltipla congênita e à ataxia cerebelar, mas o paciente não exibe qualquer alteração clínica relacionada a estas doenças. Apesar do gene PKP-2 ter sido definido como VUS, o uso de testosterona pode ter sido um determinante epigenético para sua expressão fenotípica de cardiomiopatia arritmogênica. Neste caso, o paciente com cardiomiopatia arritmogênica apresentou disfunção biventricular pela miocardite por COVID. O diagnóstico etiológico de disfunção biventricular em esportistas tornou-se ainda mais desafiador no cenário atual onde as epidemias de COVID e de abuso de esteróides anabolizantes são realidades.

526

Quando a Medicina de Precisão Supera a Medicina Baseada em Evidências: um Relato de Caso

DANIELA BLANCO MECKING; MARIA AMÉLIA BOGÉA SERRA GUIMARÃES; JOÃO GIFFONI DA SILVEIRA NETO; RENATA R. T. CASTRO
Hospital Naval Marcílio Dias – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Ipanema Health Club – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade de Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Diretrizes médicas são desenvolvidas para aumentar a qualidade dos cuidados ao paciente, norteando médicos para a realização de condutas baseadas em evidências e custo-efetividade. A medicina baseada em evidências analisa grandes grupos e acaba generalizando conclusões que nem sempre são aplicáveis na prática clínica individualizada. Nos últimos anos a medicina baseada em evidências vem sendo questionada pela medicina de precisão, onde dados individualizados do paciente são essenciais para a tomada de decisão. Relatamos um caso em que a medicina de precisão foi essencial para o desfecho favorável. **Relato do Caso:** Homem 61 anos, piloto de Kart competitivo, em avaliação médica pré-participação. Em tratamento para hipertensão, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna, era assintomático e com história familiar negativa para cardiopatia. Ao exame físico a única alteração relevante era pulso pedioso impalpável. Hemograma e bioquímica normais, com LDL=67 mg/dL. Eletrocardiograma com ritmo sinusal e padrão de repolarização precoce. Apesar do excelente VO2 máximo (139% do previsto), apresentou supradesnivelamento de segmento ST em derivação aVR. Ecocardiograma convencional sem alterações. Entretanto, a análise avançada revelou strain longitudinal global de VE reduzido (15,8%) com padrão heterogêneo e redução em parede anterior e septo anterior. Angiotomografia de coronárias revelou placa mista, moderada, em DA e CX com placa não calcificada em segmento proximal, com redução luminal importante. O cateterismo cardíaco quantificou a lesão de DA em 30% e a lesão de CX em 80%. Realizada angioplastia de CX com excelente resultado (figura). Instaurado tratamento clínico. O teste cardiopulmonar (VO2= 149% do previsto) e o ecocardiograma foram repetidos posteriormente, sem evidência de isquemia e o paciente foi liberado para retornar à prática competitiva. **Discussão:** Apesar de assintomático, o paciente apresentava alto risco cardiovascular e optou-se por fazer a avaliação pré-participação com mais detalhes do que os usualmente preconizados nas diretrizes de cardiologia do esporte. Tal conduta personalizada permitiu o diagnóstico e o tratamento antes que um evento potencialmente fatal ocorresse.

15
Espiritualidade e Medicina Cardiovascular

812

Há Relação entre Disfunção Endotelial e Depressão em Estudantes de Medicina?

PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ANDRÉ CASARSA MARQUES; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; JULIO CESAR TOLENTINO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Entre estudantes de medicina tem sido observada uma alta prevalência de depressão. Estudos tem associado esse transtorno mental ao desenvolvimento de doença aterosclerótica vascular e piores desfechos cardiovasculares. Um possível mecanismo seria o efeito negativo dos sintomas de depressão na função endotelial. Contudo, até o momento não há estudos em que tenha sido investigada a relação entre disfunção endotelial e depressão em estudantes de medicina. **Objetivo:** 1) Investigar a relação entre função endotelial e depressão em estudantes de medicina. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com inclusão de estudantes de medicina de ambos os sexos, acima de 18 anos, com ecocardiograma e Doppler de carótidas normais. Excluídos aqueles com história de qualquer doença ou uso de medicação que possa interferir na avaliação endotelial. Para avaliação da função endotelial foi utilizada a ultrassonografia da artéria braquial, em que foi quantificado o percentual de dilatação fluxo-mediada (DFM), após oclusão do braço por 5 minutos. Disfunção endotelial se DFM < 10%. Foi considerado episódio depressivo maior (EDM) a presença de > 5 critérios (cada sintoma com resposta 2 ou 3 no Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9), sendo pelo menos 1 destes o critério de humor deprimido ou anedonia. Quanto maior a pontuação no PQH-9, maior a gravidade do EDM. Com o SPSS 24®, foi aplicado teste t, teste qui-quadrado e regressão linear. Os dados foram apresentados com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e calculadas a odds ratio (OR), considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 122 indivíduos, 50,8% do sexo feminino, idade variou de 19 a 34 anos (23,3±2,8 anos). O valor médio da DFM foi de 11,7%. Foi encontrada disfunção endotelial em 35% (n=42) dos participantes. A prevalência de EDM foi de 16,5%, sendo mais frequente no sexo feminino (p<0,001). Houve significativa associação entre a presença de disfunção endotelial e depressão (OR=4,547; IC95%= 1,647-112,550; p=0,003). Maiores valores do PHQ-9 se relacionaram a um menor percentual de DFM da artéria braquial (R=-0,223; p=0,01). **Conclusões:** Em estudantes de medicina, depressão foi associada à presença de disfunção endotelial. Além disso, maior gravidade dos sintomas depressivos se relacionaram a maior disfunção do endotélio. Estudos futuros poderão investigar se a terapia para depressão (medicamentosa e não-farmacológica) poderá melhorar a função endotelial nesta população.

816

Efeito da Intervenção com Gratidão na Modulação Autonômica Cardíaca em Indivíduos sem Doença Cardiovascular

PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; VITHÓRIA VIDOTTI NEVES; VICTOR PACHECO ZANELA MONTE; JULIO CESAR TOLENTINO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A redução da atividade do tônus autonômico parassimpático através da análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), tem sido associado ao desenvolvimento e progressão da doença cardiovascular (DCV). Pesquisas com gratidão tem demonstrado um possível benefício na modulação autonômica cardíaca (MAC) de indivíduos com DCV. Contudo, até o momento não se sabe se meditação com enfoque na gratidão pode influenciar o funcionamento do sistema nervoso autonômico de indivíduos sem DCV. **Objetivo:** Efeito da meditação da gratidão no funcionamento autonômico cardíaco, através da análise da VFC. **Materiais e Métodos:** Estudo de intervenção em que foram incluídos 154 participantes (46 funcionários de Hospital Universitário e 108 estudantes de medicina), com ecocardiograma e Duplex de carótidas normais. Excluídos aqueles com doença atual ou previa, sintomas cardiovasculares, tabagismo ou uso de medicação. A VFC foi analisada por 5 minutos, através de software acoplado em aparelho de eletrocardiograma. A VFC foi realizada antes e durante protocolo de meditação de gratidão (guiada por áudio padronizado). Foram analisados parâmetros relacionados ao tônus automonico cardíaco no domínio do tempo- SDNN (ms), pNN50(%) e rMSSD(ms) e no domínio da frequência (HF, LF e relação LF/HF). Para avaliar o efeito desta intervenção na sensação de gratidão, foi aplicado uma escala visual análoga (EVA) de gratidão antes e após a realização da VFC. Na análise estatística (SPSS® 24) o nível de significância foi de 5%. Após teste de Kolmogorov-Smirnov, foi aplicado Teste T ou de Wilcoxon pareados. **Resultados:** A idade variou de 18 a 60 anos (27,9 ± 9,9 anos) e 59,1% do sexo feminino. Durante a meditação de gratidão, houve um aumento dos parâmetros da VFC relacionado ao tônus parassimpático, especialmente o SDNN (t=-2,47; p=0,001) e o HF (t=-2,1; p=0,04), sem mudança significativa nos parâmetros associados à atividade simpática. Em comparação com EVA de gratidão realização antes da meditação, houve um aumento significativo no EVA realizado após esta intervenção (t=-4,6; p<0,001), demonstrando efeito na sensação de gratidão. **Conclusões**: Esta intervenção com gratidão, influenciou o funcionamento do sistema nervoso autonômico cardíaco, com aumento do tônus parassimpático em relação ao simpático em indivíduos sem DCV. Este resultado sugere ação benéfica desta intervenção na MAC. Novos estudos poderão avaliar um potencial impacto desta prática da gratidão na redução no risco cardiovascular.

814

Bem-Estar Espiritual está Associado a Maior Resiliência em Pacientes Hipertensos?

KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; JULIO CESAR TOLENTINO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A resiliência é a capacidade de se recuperar e de se adaptar diante de desafios, sendo um fator importante contra o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Estudos têm demonstrado os benefícios dessa habilidade também para a saúde cardiovascular, incluindo o controle dos níveis pressóricos devido à redução do estresse e a maior adesão ao tratamento. Assim, é válido investigar meios de desenvolver a resiliência, como a espiritualidade, a qual está associada ao desenvolvimento de emoções positivas e estratégias de enfrentamento. **Objetivo: I**nvestigar a relação entre o bem-estar espiritual (BEE) e resiliência em pacientes hipertensos. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com inclusão de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de hipertensão arterial. Excluídos aqueles com incapacidade cognitiva que dificulte o entendimento dos questionários. Para analisar os sintomas de ansiedade e depressão foram utilizados os questionários Generalized Anxiety Disorder 7- item scale (GAD-7) e Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), respectivamente. O BEE foi analisado pelo FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well-Being), no qual quanto maior sua pontuação, maior BEE. Para avaliação da resiliência, foi utilizada a escala de resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10). Quanto maior o score do questionário, maior a resiliência. Com o SPSS 25®, foi aplicado teste de Kolmogorov-Smirnov, correlação de Pearson e regressão linear, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 151 participantes, com predomínio do sexo feminino 76%, a idade média foi de 58±6,9 anos, variando de 38 a 72 anos. Controlando sexo, idade, escolaridade, sintomas de depressão e ansiedade foi observada correlação significativa entre a pontuação total do FACIT-Sp e o CD-RISC-10 (R=0,432; p<0,001). Em modelo que correlaciona a resiliência com as dimensões do FACIT-Sp (paz, significado e fé), mostra-se associação significativa com todas (r=0,526; r=0,496; r=0,228; respectivamente e em todas p<0,005). **Conclusões:** O maior BEE está associado a maior resiliência em indivíduos hipertensos. Estudos futuros poderão avaliar se intervenções em espiritualidade aumentam o sentimento de resiliência e promovem melhor saúde cardiovascular em pacientes hipertensos.

16
Hipertensão Arterial, MAPA e MRPA

236

Função Microvascular Sistêmica em Pacientes com Hipertensão Arterial Resistente e Microalbuminúria: um Estudo Observacional

VINICIUS CRAHIM; VALERIA VERRI; RAFAEL DE LORENZO; ANDREA DE LORENZO; EDUARDO TIBIRIÇÁ
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo. A HAS pode cursar como Hipertensão Arterial Resistente (HAR), com pior prognóstico em relação a indivíduos com HAS não resistente. A microalbuminúria (MAU) é considerada um marcador precoce de lesão renal e cardíaca na HAS, relacionado com maior mortalidade, independente da taxa de filtração glomerular. A disfunção endotelial é também um marcador de mau prognóstico, encontrado em diferentes contextos, e sua associação com MAU pode aumentar o risco nos pacientes com HAR. **Objetivo:** Investigar a presença de disfunção endotelial em pacientes com HAR, com ou sem MAU. **Materiais e Métodos:** 64 pacientes com RH, de ambos os sexos (50% homens) foram avaliados, sendo 32 com MAU e 32 sem MAU (definida como uma razão albumina/creatinina urinária entre 30 e 300 mg/g numa amostra de urina de rotina). A avaliação do fluxo microvascular cutâneo foi realizado com um sistema laser speckle (LI 611, Perimed, Suécia). As medidas de fluxo foram expressas em unidades arbitrárias de perfusão (APU), e divididas pela pressão arterial média para obter a condutância vascular cutânea (CVC). Foi realizada manobra de hiperemia reativa pós-oclusiva (PORH), com oclusão arterial braquial por esfigmomanômetro 50 mmHg acima da pressão sistólica por 3 min; após liberação da oclusão, o fluxo cutâneo foi medido. As variáveis foram expressas como média e desvio padrão e comparadas pelo teste t de Student; P<0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Os pacientes com ou sem MAU não diferiram quanto a idade (média de 59 anos), frequência de diabetes e doença renal crônica. O pico da CVC e a variação da CVC em relação ao basal (delta CVC) após a manobra de PORH foram menores nos pacientes com MAU. **Conclusões:** A vasodilatação induzida pela PORH encontrou-se reduzida em pacientes com HAR e MAU, comparados a pacientes sem MAU. O achado mostra alteração de mecanismos de vasodilatação dependentes do endotélio nesses pacientes, demonstrando a disfunção endotelial. Esta pode se associar a alterações da permeabilidade glomerular, contribuindo para a MAU, e aumentar ainda mais o risco desses pacientes. Os resultados podem sugerir uma forma adicional de estratificação de risco dos pacientes com HAR, além da necessidade de intervenções terapêuticas mais intensivas.

288

Perfil de Morbidade Hospitalar por Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: uma Análise de 2018 a 2023

CLEYSE BISPO ARAUJO; PEDRO EDUARDO DE MOURA SOUZA; ANA FLÁVIA SOUTO FIGUEIREDO NEPOMUCENO
Universidade do Estado da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica definida por níveis elevados da pressão sanguínea, que atinge cerca de 30% da população adulta e é o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares, com grande potencial de causar complicações graves e mortes prematuras. À vista disso, a HAS afigura-se como um dos principais determinantes de morbimortalidade do país e de sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS), o que traz um alerta sobre a necessidade de detecção prévia e manejo precoce. Portanto, estudos que tracem o perfil de morbidade hospitalar por HAS são importantes, sobretudo, para que estratégias de intervenção visando diagnóstico precoce e prevenção de desfechos negativos sejam fomentadas. **Objetivo:** Analisar o perfil de morbidade hospitalar por HAS no Brasil no período de 2018 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado em informações disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A análise descritiva foi realizada com base no total de internações e no estudo estatístico das variáveis faixa etária, sexo, raça/cor, ano e caráter de atendimento, dias de internação e gastos totais. **Resultados:** Durante o período avaliado foram registradas 254.514 internações no SUS por HAS no Brasil, com maior destaque para o ano de 2018 (21,9%). Evidenciou-se maior prevalência de hospitalizações na etária entre 50 a 79 anos (61%), e em indivíduos do sexo feminino (57,7%), o que se relaciona com alterações decorrentes do avançar da idade, como aumento na rigidez arterial, associação com outras comorbidades, e variações hormonais. Aproximadamente 45% destas internações foram de indivíduos pardos, o que pode relacionar-se com o perfil racial do país. A maioria dos atendimentos ocorreram em caráter de urgência (94%), a média de permanência hospitalar foi de 4 dias, e foram registrados 4.360 óbitos no período, com taxa de mortalidade de 1,7% dos pacientes hospitalizados. Durante esse período, o custo total das internações por HAS foi de 102.959.863,72 reais, com média de 404,54 reais por internação. **Conclusões:** Esse estudo evidenciou que a HAS é um importante agravo de saúde no Brasil, que tem refletido em hospitalizações e altos custos em saúde. Desta forma, estratégias voltadas para o diagnóstico precoce, acesso ao tratamento e orientação da importância da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, principalmente para indivíduos com idade entre 50 a 79 anos, do sexo feminino e pardos, devem ser mitigadas.

262

Marcadores Inflamatórios e Lesões Subclínicas em Hipertensão Arterial Resistente

GUILHERME CAMPECHE SANTOS; ELIZABETH SILAID MUXFELDT; ARTHUR FERNANDES CORTEZ; KARINA DA SILVA MUNIZ AQUINO MUNIZ; ROMULO MACHADO DE OLIVEIRA; TAIANE DE OLIVEIRA LOBO RODRIGUES; CARLOS HENRIQUE JARDIM DUARTE; LUCAS MOLON CENTURION
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial resistente (HAR) definida pela pressão arterial (PA) não controlada apesar do uso de 3 ou mais anti-hipertensivos apresenta uma alta incidência de lesões de órgãos alvo subclínicos. Níveis pressóricos elevados e lesões subclínicas parecem estar fortemente associados a biomarcadores inflamatórios. **Objetivo:** Avaliar a relação entre marcadores inflamatórios e lesões subclínicas em uma grande coorte de pacientes com HAR. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal que avaliou 423 hipertensos resistentes (30,5% do sexo masculino, idade média 64,0 10,8 anos) submetidos à avaliação da função renal (dosagem de albuminúria e avaliação da taxa de filtração glomerular calculada a partir da fórmula do CKD-EPI), à medida de velocidade de onda de pulso (VOP) e à dosagem dos marcadores inflamatórios: TNF-alfa, MCP-1, E-selectina e PAI-1. Foram registradas as características sociodemográficas, medidas antropométricas e fatores de risco cardiovasculares (CV). Consideramos DRC subclínica aqueles pacientes com albuminúria moderadamente elevada (30-300 mg/g) e/ou TFG entre 30 e 60 mL/min/1,73 m2 e DRC estabelecida aqueles que apresentavam albuminúria > 300 mg/g e/ou TFG < 30 mL/min/1,73 m2. Por sua vez, a rigidez aórtica foi definida quando a VOP foi maior do que 10 m/s. A análise de variância comparou os níveis séricos dos 4 marcadores inflamatórios e a análise bivariada comparou pacientes com e sem DRC subclínica e rigidez aórtica aumentada. **Resultados:** A prevalência de DRC estabelecida foi de 7,3% e de DRC subclínica foi de 47%. Pacientes com DRC subclínica eram mais idosos e com maior rigidez arterial medida pela VOP. Os valores de TNF-alfa (7,1 [4,4-8,6] vs 51, [3,2-7,5], p = 0,003) e de MCP-1 (284 [220-379] vs 260 [185-359], p = 0,03) foram mais elevados nesse grupo de pacientes. Por sua vez, a prevalência de rigidez aórtica aumentada foi de 17,9%. Pacientes com VOP aumentada eram mais idosos com maior prevalência de obesidade, diabetes, dislipidemia e doença arterial periférica. Os valores de TNF-alfa (7,6 [4,4-8,6] vs 6,2 [3,2-7,5], p = 0,03) foram significativamente mais elevados nesse grupo de pacientes. Os outros biomarcadores avaliados não mostraram associação com DRC subclínica e nem rigidez aórtica. **Conclusões:** Entre os marcadores inflamatórios avaliados o TNF-alfa se correlacionou mais fortemente com as duas lesões subclínicas avaliadas, sendo que o MCP-1 também mostrou associação com a DRC subclínica.

365

Pressão Arterial Sistólica Central e Velocidade de Onda de Pulso em 155 Pacientes Adultos com Síndrome de Down

ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO
Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SESDF – Brasília – Distrito Federal – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Com o envelhecimento, a PAS torna-se mais significante, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. **Objetivo:** Avaliar pressão arterial sistólica central (PSC) e velocidade de onda de pulso (VOP) em 155 pacientes adultos com Síndrome de Down. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 155 pacientes com trissomia do cromossomo 21, de ambos sexos, com idade igual ou maior a 18 anos. Os pacientes foram submetidos a medida de PSC e VOP através do dispositivo oscilométrico Arteris-AOP@ (Cardio Sistemas Comercial e IndustrialLtda, São Paulo, Brasil), registro ANVISA 10361059013. Todas as análises foram realizadas utilizando o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (IBM SPSS, IBM Corporation, Armonk, NY, EUA, 25.0). Teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificação da distribuição de normalidade das variáveis. **Resultados:** A amostra foi de 155 pacientes, sendo 76 (49%) do sexo feminino e 79 (51%) do sexo masculino. A mediana de idade foi 26 (18-64) anos. Na tabela abaixo é apresentado as medidas de PSC e VOP conforme faixa etária, sendo um grupo de pacientes menores de 30 anos (n=91 - 58,7%) e outro de pacientes com idade igual ou maior de 30 anos (n=64, 41,3%). Os percentis de PSC e VOP são avaliados conforme idade e sexo e baseados nos dados da Diretriz Brasileira em Hipertensão Arterial de 2020. **Conclusões:** Observa-se que a PSC não aumenta com a faixa etária em pacientes com Síndrome de Down, como ocorre em pacientes típicos. A VOP na SD aumenta com a faixa etária. A PSC em pacientes com SD é inferior à P10 da PSC em pacientes típicos, assim como a VOP. Este dado demonstra que a SD tem padrão de hipotensão arterial conforme comparação com os percentis 10 destas variáveis de PSC e VOP da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020.

Referências Bibliográficas: Barroso Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.

375

Dano Vascular de uma População com Diferentes Espectros de Gravidade da Hipertensão Arterial

GABRIELE PEREIRA FONTES; BRUNO RAFAEL GOES DE SOUZA; KÉSIA ARAÚJO DE OLIVEIRA; JOÃO GABRIEL BEZERRA DA SILVA; VITOR DE MELO NOLASCO; MARCELO ANTONIO PINHEIRO BRAGA; CHRISTIAN NEJM RODERJAN; ELIZABETH SILAID MUXFELDT
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta diferentes espectros de gravidade, desde a pré-hipertensão até a hipertensão resistente. A avaliação precoce do dano vascular através do índice tornozelo-braquial (ITB), medida de velocidade de onda de pulso (VOP) e dilatação mediada pelo fluxo (DMF) é capaz de avaliar precocemente o impacto da pressão arterial (PA) no risco cardiovascular (CV). **Objetivo**: Analisar o dano vascular de pacientes com diferentes espectros de gravidade da HAS. **Materiais e Métodos**: Estudo transversal observacional que incluiu pré-hipertensos, hipertensos e hipertensos resistentes de 20 a 65 anos em 2 centros de pesquisa: LapARC (em uma unidade da Estratégia Saúde da Família) e ProHArt (em um hospital terciário universitário), ambos no município do Rio de Janeiro. Foram registrados dados sociodemográficos, medidas antropométricas e de composição corporal (bioimpedância elétrica), pressão arterial de consultório e residencial (MRPA) e cálculo do ITB. Os participantes foram submetidos da rigidez aórtica pela VOP e de disfunção endotelial pela DMF. **Resultados:** Foram incluídos 93 participantes (49,5% mulheres, idade de 44,9 ± 11,7 anos) sendo 13 pré-hipertensos, 41 hipertensos e 39 hipertensos resistentes. A obesidade abdominal foi o fator de risco mais prevalente (68,8%), sendo significativamente maior entre os hipertensos resistentes. A prevalência de dislipidemia foi de 45,2% e de diabetes 22,6%, também predominando entre os resistentes. Apesar dos níveis pressóricos mais baixos, os pré-hipertensos apresentam um risco CV aumentado, com 77% de obesos, 59% de sedentários e 45,2% de dislipidêmicos. Houve um aumento progressivo do ITB com a gravidade da hipertensão porém sem significância estatística. Um total de 25,8% dos participantes apresentou rigidez aórtica (VOP>10m/s), e a VOP aumentou de pré-hipertensos (8,1±0,1m/s), hipertensos (8,8±1,8m/s) até hipertensos resistentes (10,4 ± 2,2 m/s) enquanto o percentual de aumento da dilatação pós-oclusão foi reduzindo significativamente no sentido oposto (hipertensão resistente: 105% [72-161], hipertensão arterial: 172% [135-208] e pré-hipertensão: 181 [69-293]). **Conclusões:** O dano vascular aumenta progressivamente com a gravidade da hipertensão arterial, sendo fundamental a sua avaliação precoce incluindo os indivíduos diagnosticados com pré-hipertensão**.**

384

Hipertensão Secundária a Cardiopatia Congênita: Relato de Caso de Coarctação de Aorta

STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; GLEYCE ANNY CAVALCANTE DUETE ALVES; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES; BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO
Hospital Geral de Nova Iguaçu – Nova Iguaçu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A coarctação de aorta é um estreitamento congênito segmentar da artéria aorta acometendo principalmente a parte proximal na região torácica, correspondendo a 7% das cardiopatias congênitas. Se não diagnosticada e tratada precocemente pode evoluir com insuficiência cardíaca no período neonatal, e mais tardiamente com hipertensão arterial sistêmica secundária, aneurismas, dissecções, coronariopatia e hemorragia intracraniana consequentes à hipertensão, piorando o prognóstico e aumentando o risco cardiovascular. **Relato do Caso**: Paciente do sexo masculino, 13 anos, sem comorbidades, foi admitido em um hospital geral com quadro de pico hipertensivo, sem sintomas associados. Possui história familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com irmão diagnosticado aos 26 anos. Ao exame físico apresentava-se lúcido, corado, hidratado, eucárdico e eupneico. Pressão arterial em braço direito 220x 110 mmHg, e em braço esquerdo 210x100 mmHg, e em membros inferiores 120x80 mmHg. Aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações relevantes. Realizou exame laboratorial com função renal preservada. Eletrocardiograma em ritmo sinusal. O ecocardiograma transtorácico mostrou insuficiência aórtica leve e fração de ejeção de 73%. Doppler de artérias renais com fluxo patente em ambas as artérias com espectro de baixa resistência, sem sinais de distúrbios renovasculares agudos. A angiotomografia evidenciou presença de coarctação de aorta em região proximal com estenose significativa. O paciente manteve-se assintomático durante os dias de internação, com controle pressórico após otimização de anti-hipertensivos e foi referenciado para hospital cardiológico para realizar tratamento definitivo e seguir acompanhamento clínico. **Discussão:** A coarctação de aorta leva a um aumento da pressão arterial em membros superiores, hipertrofia do ventrículo esquerdo e má perfusão de membros inferiores e órgãos vitais. Pode estar associada a outras cardiopatias congênitas como valva aórtica bicúspide ou persistência do canal arterial. A suspeita diagnóstica ocorre pela queixa de claudicação, pico hipertensivo e pelo exame físico com diferença de pressão arterial significativa entre membros superiores e inferiores, e confirmada por ecocardiograma e angiotomografia. O tratamento definitivo pode ser realizado através de cirurgia ou angioplastia com balão.

423

Associação entre Descenso Noturno Exacerbado da Pressão Arterial e Risco Cardiovascular

MARCUS VINICIUS GROSS; LEONARDO SANTOS PEREIRA; EDUARDO WILNES; PEDRO HENRIQUE RAPOSO COELHO; JULIANA DA CRUZ BRUM; EDUARDO BARBOSA LIMAS; BRUNO WILNES; ANDERSON WILNES SIMAS PEREIRA
Faculdade Unilagos – Araruama – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pacientes com descenso noturno exacerbado (DNE) >20% da pressão arterial (PA) ao exame de monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) configuram um grupo singular ao se estratificar populações de acordo com o padrão de variação da PA noturna. Dados acerca de associação entre DNE e marcadores clínicos de risco cardiovascular aumentado são conflitantes, com esta população sendo associada a maior risco de eventos cerebrovasculares em alguns trabalhos, bem como o menor risco cardiovascular global em outras análises. Postula-se que estado basal de maior ativação parassimpática seja parte da causa do DNE, com o maior tônus vagal, também, sendo responsável por redução do risco cardiovascular global nesses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a associação entre o DNE ao MAPA e outros parâmetros relevantes obtidos a partir dos exames: holter de 24 horas, MAPA e teste ergomético (TE). **Materiais e Métodos:** Foram avaliados parâmetros dos exames "MAPA", "holter de 24 horas" e "TE" de 3456 pacientes consecutivos submetidos exames cardiológicos nos últimos 5 anos em um mesmo centro de referência. Destes, apenas 87 pacientes apresentavam dados completos a respeito dos 3 exames cardiológicos analisados e, dessa forma, foram incluídos. Os pacientes tiveram dados clínicos e de propedêutica complementar revisados. Variáveis numéricas foram descritas como mediana (P25-P75) e comparadas através do teste U de Mann-Whitney. Variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta (%) e comparadas através do teste qui-quadrado. P<0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Descenso noturno >20% foram observados em 5 (6,1%) pacientes. Esses pacientes com DNE apresentaram maiores valores de rMSSD, métrica que quantifica variabilidade RR ao holter de 24 horas (P=0,045). A presença de DNE também se associou, ao TE, a maior VO2 máximo (P=0,028) e a mais METS atingidos (P=0,037). **Conclusões:** Em nossa casuística, a presença de DNE ao MAPA associou-se a métricas classicamente encontradas em pacientes com maior tônus vagal. Assim como, maior VO2 máximo e METS atingidos refletem melhor condicionamento cardiovascular, e a associação com DNE pode indicar risco cardiovascular reduzido nessa população. No entanto, uma avaliação prospectiva em maior número de indivíduos é necessária para confirmar esta hipótese.

453

Associação da Obesidade com Pior Desempenho Cognitivo e Maior Atividade Simpática em Pacientes Hipertensos

GUILHERME COSTA GOUVÊA; MARIANA VIEIRA; CAROLINE LYRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO; WILLE OIGMAN; MARIO FRITSCH NEVES
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O sistema nervoso autônomo (SNA) e o cardiovascular são afetados tanto pela obesidade quanto pelo processo normal de envelhecimento. Com a alta prevalência de obesidade, torna-se imprescindível avaliar a influência dessa condição sobre a cognição e o SNA. **Objetivo:** Verificar a associação da obesidade com alterações na atividade do sistema nervoso autônomo e em testes de cognição em pacientes hipertensos. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com pacientes de ambos os sexos, com idade entre 40 e 65 anos e diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica. Os indivíduos foram submetidos à avaliação clínica, laboratorial e a testes de avaliação da cognição (Mini Exame do Estado Mental – MEEM, teste dos dígitos e Trail Making Test – TMT – A e B). A avaliação do SNA foi realizada através do frequencímetro Polar® Verity Sense. **Resultados:** Os pacientes (n=40) foram divididos em dois grupos de acordo com o índice de massa corporal (IMC): sem obesidade (IMC<30, n=16) e com obesidade (IMC≥30, n=24). A média de idade (56±9 vs 52±7 anos, p=0,127) a pressão arterial (PA) sistólica (134±20 vs 136±18 mmHg, p=0,704) e diastólica (86±12 vs 86±11 mmHg, p=0,873) e o risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica (7,4 vs 5,7%, p=0,403) foram semelhantes entre os grupos. Não houve diferença entre as glicemias (103±65 vs 106± 35 mg/dl, p=0,847), porém o HOMA-IR foi significativamente maior no grupo com obesidade (2,57±1,16 vs 4,28±3,12, p=0,044). Nos exames de cognição, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nos resultados dos testes MEEM (25±3 vs 26±3 pontos, p=0,233) e no TMT B (116±64 vs 149±75 segundos, p=0,148). Entretanto, o grupo com obesidade apresentou pior desempenho no teste dos dígitos (12±3 vs 10±2 pontos, p=0,046) e TMT A (42±13 vs 61±37 segundos, p=0,029). Na avaliação do SNA, foram observados no grupo com obesidade maior índice do SN Simpático (0,95±1,25 vs 1,49±1,98, p=0,334), e menores desvio-padrão da média de todos os iRR normais (SDNN, 40±34 vs 27±17 ms, p=0,134) e raiz quadrada da média do quadrado das diferenças entre iRR normais adjacentes (rMSSD, 47 ±51 vs 26±19 ms, p=0,067), porém sem significância estatística. Já a relação entre baixa e alta frequência (LF/HF, 1,29±0,82 vs 2,23±1,38, p=0,020) foi maior no grupo com obesidade. **Conclusões:** Nesta amostra de hipertensos, a obesidade foi associada à maior atividade simpática e pior desempenho cognitivo em alguns testes específicos, mesmo sem diferenças no teste de triagem.

464

Diabetes Mellitus Tipo 2 Associado com Maior Rigidez Arterial e Atividade Simpática entre os Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica

DANIELLE MARIOSA; MARIO FRITSCH NEVES; MICHELLE RABELLO CUNHA
UERJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Estudos demonstram que a presença de diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) aumenta o risco cardiovascular, mas os mecanismos ainda não estão completamente esclarecidos. **Objetivo:** Avaliar a associação do DM2 com a rigidez arterial e a hiperatividade simpática em indivíduos hipertensos. **Metodologia:** Estudo transversal observacional com pacientes com idade entre 40 e 75 anos. Foram realizados avaliação clínica, da hemodinâmica central incluindo medida da velocidade da onda de pulso (VOP) (Mobil-O-Graph) e da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) com frequencímetro Polar Verity Sense e análise pelo software Kubios. **Resultados:** Os pacientes (n=73) foram divididos em hipertensos não-diabéticos (HND, n=51) e hipertensos diabéticos (HD, n=22), sendo a média de idade semelhante (55±8 vs 59±8 anos, p= 0,068). O tempo médio de diagnóstico de DM2 foi de 7,5 anos. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação à duração da hipertensão (11±9 vs 8± 5 anos, p= 0,212) e índice de massa corporal (31,2±2,9 vs 30,2±4,8 Kg/m², p=0,315). Embora a pressão sistólica central (119±16 vs 121±20 mmHg, p=0,731) e pressão de pulso central (36±10 vs 35±11 mmHg, p=0,585) tenham sido semelhantes, os valores da VOP (7,9±1,4 vs 8,7±1,3 m/s, p= 0,040) e a idade vascular (56±10 vs 62±10 anos, p=0,046) foram significativamente maiores no grupo HD. Na medida da VFC, o índice de atividade do sistema nervoso simpático (0,72±0,99 vs 2,02±1,95, p=0,001) e a frequência cardíaca (66±8 vs 74±13 bpm, p=0,016) foram significativamente maiores no grupo HD, que demonstrou menor intervalo entre as ondas R (927±115 vs 838±148 ms, p=0,010). **Conclusão:** Os resultados sugerem que apesar de níveis pressóricos semelhantes, a presença de DM2 está associada com maior rigidez arterial e maior atividade simpática nos pacientes hipertensos, mesmo com tempo relativamente curto de hipertensão e de DM2.

625

Determinantes Sociais de Saúde em uma População de Adultos Jovens no Rio de Janeiro

LUANA MOREIRA SENRA GUIMARÃES; CLARA AVELAR MENDES DE VASCONCELLLOS; JULIANA CAMARA GARCIA; GABRIEL PEDROSA DE CARVALHO SPINOLA VIANNA; ELIZABETH SILAID MUXEFELDT
Universidade Estácio de Sá/UNESA/RJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Muito além dos fatores de risco cardiovascular (CV) tradicionais, novos fatores de risco vêm sendo estudados, dentre eles os determinantes sociais de saúde (DSS) que parecem influenciar diretamente na incidência dos eventos CV, expectativa de vida e taxa de mortalidade. Os DSS definidos pela OMS são agrupados em 5 categorias: biológicos, socioeconômicos, ambientais, estilo de vida e o acesso aos serviços públicos. **Objetivo:** avaliar os DSS que se associam ao risco CV em uma população de adultos jovens residentes no centro do município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo populacional transversal dentro da linha de pesquisa do Estudo LapARC de avaliação do risco CV de uma população de adultos entre 20 e 50 anos residente no centro do município do Rio de Janeiro, na área de abrangência de uma unidade da Estratégia Saúde da Família. Foram registradas características sociodemográficas, medidas antropométricas e fatores de risco CV tradicionais. A pressão arterial (PA) foi aferida no consultório e através da MRPA. O perfil metabólico foi avaliado por exame laboratoriais. A raça foi autodeclarada. A baixa escolaridade foi definida quando o indivíduo cursou até o ensino fundamental completo. Foram considerados como tendo ocupação laboral aqueles com emprego formal e informal. **Resultados:** Foram incluídos 483 indivíduos, sendo 299 (62%) do sexo feminino com idade média de 37 ± 9 anos. Pretos e pardos compreendem 52% da amostra. Um total de 108 indivíduos (21%) têm baixa escolaridade e 98 (20%) não têm ocupação laboral. Sedentarismo (44%), dislipidemia (43%), obesidade (26%) e hipertensão (26%) foram os fatores de risco mais prevalentes. A obesidade abdominal foi mais prevalente entre as mulheres (45% vs 26%) e a hipertensão arterial (33% vs 21%) e tabagismo (18% vs 9%) entre os homens. A falta de ocupação laboral foi mais frequente entre os negros (31% vs 18%) porém a raça não se associou a nenhum fator de risco CV. A baixa escolaridade foi mais prevalente entre homens mais velhos e a regressão logística mostrou que esta dobrou o risco de tabagismo (OR 2,17: IC95% 1,15-4,08, p=0,016) e de hipertensão arterial (OR 1,82, IC95% 1,10-3,03, p=0,021). A falta de ocupação laboral foi mais comum entre as mulheres e não se associou aos fatores de risco CV. **Conclusões:** Nesta população adulta jovem, a baixa escolaridade foi o principal determinante social de saúde associado ao risco CV.

654

Década de Mudanças: Internações e Economia na Gestão da Hipertensão Essencial no RJ (2014-2023)

WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; JOCEMIR RONALDO LUGON; MARIA LÚCIA SOUZA MENDONÇA; HUGO MATHEUS SILVESTRE VIANNA; SHARA LOCH FORNASA; GABRIEL CANHOTO LIMA; BRENER RAAD PEREIRA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Essencial é uma condição clínica multifatorial, que representa o principal fator de risco para o surgimento de comorbidades como o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, além de estar associada à presença de outras condições crônicas de saúde. No estado do Rio de Janeiro (RJ), existe uma escassez de pesquisas que abordem a profundidade deste problema e que caracterizem o perfil epidemiológico dos pacientes afetados por essa condição. **Objetivo:** Analisar a frequência, características demográficas e repercussões econômicas das internações por hipertensão essencial, com especial atenção à população idosa, de 2014 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo, observacional de dados secundários fornecidos pelo DATASUS. Contemplando o CID-10 I10, estratificadas por idade acima de 60 anos. Foram calculadas taxas de mortalidade, analisado o número de internações e os custos anuais do SUS no RJ. **Resultados:** Registraram-se 15.229 internações no período, distribuídas etariamente da seguinte forma: 60-69 anos (44%), 70-79 anos (33%) e 80 anos ou mais (23%). Observou-se uma redução na taxa de mortalidade de 4,5 para 3,7, indicando diminuição do risco de morte por Hipertensão Essencial durante a internação. Embora os custos de internação tenham aumentado nominalmente, de R$899.860,06 no ano de 2014 para R$1.080.353,66 em 2023, um ajuste da inflação pelo calculojuridico.com.br, revelou efetivamente uma redução de custos. A diminuição nas taxas de mortalidade e internações pode ser atribuída ao avanço em tratamentos, capacitação profissional e acesso à atenção primária. **Conclusões:** A diminuição da mortalidade e o ajuste dos custos, mesmo com aumento nominal, indicam progresso na eficiência do tratamento e na gestão de saúde. Isso sublinha a importância de estratégias preventivas contínuas e robustas políticas de saúde pública para gerenciar a hipertensão essencial.

784

Confiabilidade das Respostas de uma Inteligência Artificial Desenvolvida para Médicos em Comparação com as Diretrizes Atuais para Hipertensão Arterial

MARIANA DE PAULA PIRES; MATEUS FELIPE FERNANDES DE MIRANDA; LETYCIA SANTOS OLIVEIRA; KALINE TENÓRIO BEZERRA; MARIA EDUARDA NASCIMENTO BARBOSA; FLÁVIO JEAN DO ROSÁRIO
Centro Universitário de Maceió (UNIMA) – Maceió – Alagoas – Brasil
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto (ITPAC) – Porto Nacional – Tocantins – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Tiradentes – Estância – Sergipe – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os sistemas de Inteligência Artificial (IA), projetados para auxiliar médicos, têm ganhado destaque. No entanto, a validade e confiabilidade dessas ferramentas em comparação com as diretrizes estabelecidas ainda não foram completamente exploradas. Nesse âmbito, a Doctor Wise foi lançada em junho de 2020 e segundo informações do site, as respostas obtidas são formuladas com base nos artigos científicos mais relevantes encontrados na internet, portanto, é imprescindível avaliar a confiabilidade e qualidade das respostas obtidas com base na bibliografia mais atual. **Objetivo:** Avaliar a qualidade e veracidade das respostas adquiridas, à luz da diretriz mais atual para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) divulgada pela European Society of Hypertension (ESH) de 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional que comparou as respostas obtidas para 8 perguntas feitas a IA com a diretriz mais atual para HAS. As perguntas foram: (1) classificação da pressão arterial de consultório; (2) valores de pressão arterial para iniciar o tratamento com anti hipertensivo; (3) o que é a hipertensão resistente verdadeira; (4) qual método mais fidedigno para aferir a pressão arterial; (5) quando o paciente pode receber o diagnóstico de hipertensão arterial na primeira consulta; (6) metas de pressão arterial de consultório na população hipertensa em geral; (7) o que é o índice tornozelo-braquial e como realizar a medição; (8) quando encaminhar um paciente com hipertensão para um especialista. **Resultados:** A prática profissional pautada em diretrizes mais atuais é imprescindível, pois estas levam em consideração os estudos mais recentes para uma determinada área e são baseadas em evidências científicas, no entanto, as respostas obtidas não incluíam dados da diretriz de 2023 e tiveram como fontes dados de 2017, 2018 e as diretrizes da American Heart Association (AHA) e da American College of Cardiology (ACC) de 2017. Uma resposta incorreta foi identificada para a pergunta 4, para as demais, foram obtidas respostas corretas com base em diretrizes anteriores, mas nenhuma resposta totalmente correta de acordo com a diretriz da ESH. **Conclusões:** Em suma, o uso das IAs por profissionais da área da saúde deve ser feito sob a luz de um raciocínio clínico crítico, visando evitar condutas inadequadas levando em consideração possíveis erros e respostas desatualizadas.

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):80-84

850

Flutter Atrial e Labilidade Tensional: MAPA ou AMPA, Qual o Melhor Método?

MARCOS PAULO AGRA BASSO; MATHEUS GUIMARÃES; RAFAELA SEURING GONÇALVES DE MELO; BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE; OZIMAR FELIX FERREIRA JUNIOR; MARIANA ROCHA BRITO ALMEIDA; FATIMIH CANTANHÊDE DA SILVA; GUILHERME NOSSAR PIRES MATHEUS DA ROCHA
Unigranrio – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O flutter atrial é uma arritmia cardíaca caracterizada por uma atividade atrial anormal e rápida, decorrente de um circuito reentrante, que pode se apresentar com sintomas variados, incluindo taquicardia, dispneia e síncope. O diagnóstico é realizado através do eletrocardiograma, mas, por vezes, exige monitoramento contínuo com o Holter de 24 horas, mormente, nos casos de sintomas intermitentes, e com a aferição da pressão arterial (PA), para detectar possíveis variações. Atualmente, os métodos não invasivos de monitoramento da PA mais difundidos são: aferição manual da pressão arterial (AMPA), monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) e a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). O caso revela a importância e o desafio na monitorização da PA em pacientes com arritmias supraventriculares. **Relato do Caso:** Paciente de 80 anos, do sexo masculino, com história de hipertensão arterial sistêmica controlada, apresentou-se com queixa de mal-estar e labilidade extrema na PA, incluindo uma PA sistólica mínima de 60 mmHg e máxima de 200 mmHg no pronto-socorro. Após avaliação ambulatorial, foram solicitados: (1) MAPA, que é um dispositivo eletrônico que afere a PA pelo método oscilométrico e revelou uma ocorrência de hipotensão grave, com PA de 61 x 38 mmHg e frequência cardíaca de 158 bpm; (2) Holter de 24 horas, que identificou um episódio de flutter atrial revertido para o ritmo sinusal espontaneamente; e (3) Ecocardiograma Transtorácico, que evidenciou uma disfunção diastólica tipo – 1 do ventrículo esquerdo e uma calcificação mitroaórtica senil. **Discussão:** O caso destaca a relevância da monitorização contínua em pacientes com sintomas cardíacos intermitentes para um diagnóstico preciso e guiar a terapêutica, sendo, imprescindível, uma escolha adequada do método de aferição da PA, que garanta a obtenção de dados fidedignos. Embora adotado no caso narrado, a presença de arritmias pode falsear as medidas obtidas pelo MAPA, levando a resultados imprecisos. Assim, é cabível o questionamento se a AMPA, aferida de forma manual e pelo método auscultatório, poderia ser a primeira escolha para identificar eventuais labilidades pressóricas em pacientes instruídos portadores de flutter atrial, por trazer vantagens como aumento da acurácia em vigência de arritmias, menor custo, maior disponibilidade e por aumentar o engajamento do paciente ou cuidador no tratamento.

17
Imagem Molecular e Medicina Nuclear em Cardiologia

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):85-87

249

Avaliação do Dano ao DNA e Mecanismos de Reparo em Pacientes Submetidos à Cintilografia Miocárdica de Perfusão

ANDREA DE LORENZO; MARIA CLARA FERNANDES; FRANCISCO ROMEIRO; ADRIANA BRITO; ANNA PAULA ARPINI; RAFAEL DE LORENZO; GLAUBER DIAS
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Estadual do Norte Fluminense – Campos – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cintilografia miocárdica de perfusão (CMP) tem reconhecida importância na avaliação diagnóstica e prognóstica da doença arterial coronariana (DAC), mas a exposição dos pacientes à radiação ionizante é frequentemente questionada, pela possibilidade de efeitos genotóxicos. **Objetivo:** Avaliar o dano ao DNA e mecanismos de reparo após exposição à radiação ionizante proveniente da CMP. **Materiais e Métodos:** Pacientes submetidos à CMP foram avaliados através do ensaio cometa, um método de detecção de dano ao DNA em leucócitos circulantes. Foi coletado sangue periférico antes e depois da administração de Tc-99m sestamibi em repouso. As imagens das células foram analisadas no software CASP 1.2.3 beta 2 (Comet Assay Software Project Lab). Três parâmetros avaliados pelo CASP foram utilizados para a mensuração do dano genotóxico: porcentagem de DNA na cauda, comprimento da cauda e momento da cauda. O momento da cauda representa a medida do menor tamanho detectável do DNA migratório (refletido no comprimento da cauda do cometa) e do número de fragmentos. Para estudar o reparo do DNA, PCR quantitativa em tempo real foi realizada para avaliar a expressão de 5 genes relacionados à sinalização em resposta ao dano ao DNA: ATM, ATR, BRCA1, CDKN1A e XPC. Para análise estatística, foi usado o teste de Mann-Whitney para comparação de medianas, com $p<0,05$ considerado significativo. **Resultados:** 32 pacientes (47% homens) foram avaliados. A dose média de Tc-99m sestamibi foi de 15,1 mCi. Após exposição à radiação, houve um aumento de 10,7% da porcentagem de DNA na cauda (mediana pré-exposição 2,185, pós-exposição 2,418, $p<0,0065$). O comprimento da cauda aumentou 6,7% (15,0 pré, 16,0 pós, $p<0,0034$). O momento da cauda aumentou 27,5% (0,3177 pré, 0,4050 pós, $p<0,0001$). A expressão de genes de dano e reparo de DNA revelou aumento da expressão do gene BRCA1 ($p= 0,0049$), sem diferença quanto aos outros genes estudados. **Conclusões:** Nesta amostra, dano ao DNA foi detectado após injeção da radiotraçador para CMP, mas com ativação de apenas 1 gene de reparo, dentre os estudados. Os dados podem indicar que o dano ao DNA seja pequeno e possivelmente pouco significativo do ponto de vista biológico, mas estudos maiores ainda são necessários.

547

Redução da Captação Miocárdica de Pirofosfato em Paciente com Amiloidose TTR Tratado com Patisiran: Relato de Caso

CLAUDIO TINOCO MESQUITA; DIANE XAVIER AVILA; ELIZA ALMEIDA GRIPP; ROBERTA PEREIRA COELHO
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Universitário Antônio Pedro – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A amiloidose cardíaca apresenta um panorama clínico complexo marcado pela deposição de fibrilas amiloides dentro dos tecidos cardíacos, levando à disfunção cardíaca progressiva. A cintilografia com pirofosfato de tecnécio-99m (Tc-99m PYP) oferece informações valiosas sobre o diagnóstico de amiloidose por depósito de transtirretina e e se correlaciona com a carga amiloide. Entretanto a sua correlação temporal com o tratamento da amiloidose é pouco conhecida. Relatamos o caso de um homem idoso com amiloidose transtirretina de tipo selvagem tratado com o silenciador genético patisiran. **Caso Clínico:** Um homem de 86 anos apresentou palpitações e dispneia, foi diagnosticado com flutter atrial instável e tratado com cardioversão elétrica. O ecocardiograma demonstrava aumento da espessura das paredes do ventrículo esquerdo. Os testes descartaram amiloidose AL, mas confirmaram amiloidose TTR por meio de cintilografia com pirofosfato (PYP). O teste genético para mutações do gene da transtirretina foi negativo. Biomarcadores cardíacos elevados (troponina e NT-ProBNP) foram observados. Ao longo de 2 anos de tratamento com patisiran, os sintomas de insuficiência cardíaca se estabilizaram, mas os parâmetros ecocardiográficos e os biomarcadores permaneceram inalterados. De modo paradoxal aos achados laboratoriais, a captação cardíaca de PYP diminuiu progressivamente na cintilografia com a exposição ao patisiran, indicando potenciais efeitos do tratamento sobre a carga amiloide: após 12 meses, a razão coração/pulmão contralateral de PYP diminuiu de 1,62 para 1,44, que diminuiu ainda mais após 24 meses - a razão coração/pulmão contralateral diminuiu de 1,44 para 1,25 (figura demonstrando a captação de pirofosfato basal e após 24 meses de tratamento com patisiran com redução da intensidade e extensão da captação no miocárdio). **Conclusão:** Neste caso, um paciente com amiloidose cardíaca transtirretina de tipo selvagem tratado com patisiran apresentou redução da captação miocárdica de PYP em um período de tratamento de 2 anos. Embora esses achados tenham se correlacionado com a estabilização clínica e ecocardiográfica, nenhuma melhora foi observada nos biomarcadores. Estas observações podem lançar luz sobre a intrincada interação entre carga amiloide e manifestação sintomática, enfatizando a necessidade de estratégias diagnósticas e terapêuticas personalizadas no manejo desta condição.

Referências Bibliográficas: 1. JAHA, 13(2), e030512. https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030512

535

Valor Incremental da Reserva de Fluxo Coronariano na Identificação de Pacientes de Maior Risco Cardiovascular com Técnica de Cintilografia CZT D-SPECT

GIOVANE LEAL DE AZEVEDO JUNIOR; ISABELLA CATERINA PALAZZO; NILTON LAVATORI CORREA; ALAN YAZALDY CHAMBI COTRADO; MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRA TERRA; WILKER DOS SANTOS KER; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
ESHO Empresa de Servicos Hospitalares S.A. – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Diversos estudos demonstraram que a reserva de fluxo coronária do miocárdio (RFM) anormal está associada a uma maior mortalidade e uma maior incidência de eventos adversos maiores. Recente meta-análise de Kelshiker et al demonstrou que para cada redução de 0,1 unidade na RFM há um aumento proporcional associado na mortalidade de 16%. Em pacientes com disfunção microvascular coronariana isolada, uma RFM anormal também está associada a maior mortalidade. Novos estudos têm demonstrado que a avaliação da RFM também pode ser realizada pelos modernos aparelhos de cintilografia com detectores de CZT como o D-SPECT. **Objetivo:** Descrever a frequência de RFM anormal em pacientes com cintilografia de perfusão miocárdica normal e comparar com a de pacientes com cintilografia anormal encaminhados para SPECT com CZT, avaliando como este dado pode contribuir para a estratificação de risco nesse cenário. **Materiais e Métodos:** Cento e setenta pacientes com suspeita de DAC ou DAC conhecida foram encaminhados para SPECT com CZT de outubro de 2021 a janeiro de 2024. Os pacientes foram submetidos à cintilografia de perfusão miocárdica com estresse farmacológico e em repouso em um dispositivo D-SPECT (Spectrum Dynamics) com aquisição de imagens tomográficas dinâmicas (SPECT dinâmico) com administração de 99mTc-sestamibi em bomba de injeção (Bracco) com fluxo de 1 ml/s. As imagens tomográficas dinâmicas foram avaliadas usando o software cinético Cedars Sinais QPS para calcular o RFM. Valores regionais ou globais de RFM < 2 foram considerados anormais. A análise estatística utilizou a significância de 5% e o teste Chi-quadrado e exato de Fisher. **Resultados:** A frequência de RFM anormal foi de 13% (22/170) e a de exames com perfusão anormal foi de 27% (46/170). A presença de cintilografia miocárdica anormal foi estatisticamente mais associada à RFM anormal (33% x 6%; $p < 0,001$). **Conclusões: A** RFM anormal é mais frequente em pacientes com exames de cintilografia anormal, entretanto observamos que a RFM foi alterada em 1 a cada 16 pacientes com exame normal. Estes achados sugerem que esta informação possa ser útil na reestratificação de risco em um número considerável de pacientes com exames normais.

Referências Bibliográficas: Kelshiker, Mihir A., et al. "Coronary Flow Reserve and Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis". European Heart Journal, vol. 43, no 16, abril de 2022, p. 1582–93. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab775.

550

Reserva de Fluxo Miocárdico Regional em Equipamento de CZT SPECT: Pode ser Útil na Estratificação de Risco?

CLAUDIO TINOCO MESQUITA; GIOVANE LEAL DE AZEVEDO JÚNIOR; WILTER S KER; NILTON LAVATORI CORREA; ALAN YAZALDI COTRADO CHAMBI; MARIA MARTA MAGIOTTO SABRA; ROBERTA PEREIRA COELHO; ISABELLA CATERINA PALAZZO
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Vários estudos indicam que pacientes com capacidade reduzida para atingir a hiperemia máxima enfrentam um prognóstico cardiovascular desfavorável. A presença de uma reserva de fluxo miocárdica (RFM) comprometida está associada a desfechos adversos. Equipamentos SPECT com detectores CZT podem ser usados para avaliar a RFM. Em um estudo que utilizou CZT SPECT, todas as regiões com RFM CZT regional ≤1,8 mostraram uma reserva de fluxo coronariana invasiva <2. A utilidade clínica dos dados de RFM regional derivados de CZT ainda está em fase de avaliação, podendo contribuir para a estratificação de risco. **Objetivo:** Descrever a frequência de RFM anormal em pacientes encaminhados para CZT SPECT e determinar se os dados de RFM regionais poderiam contribuir para a estratificação de risco nesse contexto. **Materiais e Métodos:** Cem pacientes com suspeita de DAC ou DAC conhecida foram encaminhados para CZT SPECT entre outubro de 2021 e dezembro de 2022. Os pacientes foram submetidos a cintilografia de perfusão miocárdica sob estresse farmacológico e imagens de repouso usando um dispositivo D-SPECT (Spectrum Dynamics). O software QPS cinético® do Cedars Sinai foi usado para calcular a RFM. Valores de RFM <2, tanto regional quanto global, foram considerados anormais. A análise estatística empregou um nível de significância de 5% e incluiu o teste Qui-quadrado e exato de Fisher. **Resultados:** Avaliamos 100 pacientes (15 homens) com idade média de 71,4 anos. Dos 100 exames: 13 apresentaram RFM <2,0 (Grupo A); 51 apresentaram RFM entre 2,0 e 3,0 (Grupo B); e 36 apresentaram RFM >3,0 (Grupo C). No Grupo B, 14 pacientes exibiram RFM em qualquer um dos 3 territórios coronarianos abaixo de 2,0 (27%). O Grupo C não teve pacientes com RFM regional reduzida. A isquemia miocárdica foi mais prevalente em pacientes do Grupo A em comparação com o Grupo B (54% vs. 19%; $p = 0,01$) e no Grupo B em comparação com o Grupo C (19% vs. 3%; $p = 0,02$). Pacientes com RFM regional <2,0 no Grupo B exibiram uma incidência mais alta de isquemia miocárdica em comparação com pacientes no Grupo B com RFM regional normal (35% vs. 10%; $p = 0,02$). **Conclusões:** Observou-se que em 25% dos pacientes com uma RFM entre 2,0 e 3,0, há uma redução na RFM regional medida por CZT SPECT, o que esteve associado a maior ocorrência de isquemia miocárdica. Isso pode auxiliar na estratificação deste grupo de pacientes, indicando um potencial benefício adicional na avaliação quantitativa do fluxo sanguíneo regional com CZT SPECT para a identificação de riscos.

628

Dieta e Preparo dos Pacientes com Suspeita de Endocardite Infecciosa Submetidos a Exame de PET-CT com 18F-FDG

RODRIGO BRUM RODRIGUES; ODARA MANFREDINI CAGGIANO; FRANCISCO DE ASSIS ROMEIRO FIGUEIROA BENÍCIO COELHO; RENATA CHRISTIAN MARTINS FÉLIX; LEILA MARIA BRAGA MAGALHÃES; ANA PAULA MORENO GARCETE; ADRIANA SOARES XAVIER DE BRITO
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Mesmo com crescente adoção do PET-CT com 18F-FDG como método de diagnóstico por imagem auxiliar na suspeita de endocardite infecciosa (EI), não existe um consenso sobre preparo adequado dos pacientes que serão submetidos ao exame. A fim de suprimir a utilização de glicose e captação do radiofármaco pelo miocárdio, pacientes são submetidos a diferentes protocolos, aumento da ingesta de ácidos graxos, restrição da ingesta de carboidratos, períodos de jejum que variam de 4 a 18 horas e utilização de heparina intravenosa 15 minutos antes do 18F-FDG. **Objetivo:** O critério a ser avaliado será adequada supressão da captação fisiológica de glicose e 18F-FDG no exame de PET-CT nos pacientes submetidos ao preparo protocolar. **Materiais e Métodos:** Total de 25 pacientes internados com suspeita de EI foram submetidos ao preparo da instituição, produzido após orientação da nutrição do hospital acerca das particularidades do exame e construído de forma multidisciplinar. É oferecido ao paciente dieta pobre em carboidratos por 48 horas e jejum de 18 horas antes do exame. **Resultados:** Total de 24 pacientes foram submetidos ao preparo segundo protocolo e exame de PET-CT com 18F-FDG, 14 do sexo masculino e 10 feminino, 100% (24) apresentavam adequada supressão da captação fisiológica do radiofármaco pelo miocárdio, permitindo avaliação diagnóstica em todos. **Conclusões:** Para imagem de PET-CT com 18F-FDG bem-sucedida na suspeita de EI é necessária atenção ao preparo, dada variável avidez do miocárdio normal pela glicose e pelo 18F-FDG. Normalmente, ingestão de carboidratos na dieta desencadeia secreção de insulina, ativa transportador de glicose GLUT4 expresso no miocárdio normal, permitindo entrada de glicose. Na ausência de carboidratos e insulina, miocárdio utiliza ácidos graxos como fonte de energia. Preparo visa promover metabolismo de ácidos graxos e supressão do metabolismo fisiológico da glicose. Nas células inflamatórias, glicose irá adentrar através dos transportadores GLUT1 e GLUT3, são expressos constitutivamente. Portanto, presença de inflamação ativa pode ser identificada em ambiente que suprime de forma ideal captação fisiológica de 18F-FDG pelo miocárdio. Nos pacientes submetidos ao preparo protocolar construído de forma multidisciplinar, com dieta pobre em carboidratos por 48 horas e jejum de 18 horas antes do exame, foram obtidas imagens com adequada supressão da captação fisiológica do miocárdio em 100% dos casos, mesmo sem adição de outras intervenções com boa evidência na literatura, como aumento da ingesta de ácidos graxos ou heparina.

722

Amiloidose Cardíaca: Relato de Caso em um Centro de Referência Brasileiro

RODRIGO BRUM RODRIGUES; ODARA MANFREDINI CAGGIANO; FRANCISCO DE ASSIS ROMEIRO FIGUEIROA BENÍCIO COELHO; MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRÁ TERRA; ADRIANA PEREIRA GLAVAM; MAURO AUGUSTO DOS SANTOS; MILENA REGO DOS SANTOS ESPELTA DE FARIA; ADRIANA SOARES XAVIER DE BRITO
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Amiloidose se refere a um conjunto de doenças onde fragmentos de diferentes proteínas depositam-se de forma patogênica no espaço extracelular dos mais variados órgãos e tecidos. Acometimento cardíaco pode levar ao desenvolvimento de um modelo de IC restritiva. Tipos mais predominantes de amiloidose cardíaca (AC) são cadeias leves de imunoglobulinas (AL) e transtirretina (ATTR). Diagnóstico de AC e a diferenciação entre os tipos são importantes para prognóstico, terapia e aconselhamento genético. A AC-ATTR é uma causa subdiagnosticada de insuficiência cardíaca. Cintilografia cardíaca com pirofosfato apresenta alta sensibilidade e especificidade para diagnóstico da AC-ATTR. Apresentamos um caso cujo método de imagem foi fundamental no diagnóstico e prognóstico do paciente. **Relato do Caso:** Paciente feminina, de 76 anos, portadora de HAS, DM, DLP e FA crônica, com histórico de neoplasia de mama, sendo submetida à cirurgia em 2017 e em uso de hormonioterapia adjuvante. Internação hospitalar por queixa de dispneia aos pequenos esforços e edema das pernas, associada à dormência das mãos e pés. Ao exame físico, apresentava RCI em 3T com terceira bulha B3 e com sopro sistólico 2+/6+ em foco mitral, além de edema de MMII 2+/4+. Em uso de amiodarona, losartana, atenolol, edoxaban e furosemida. ECOTT com disfunção sistólica global leve e hipertrofia concêntrica do VE. RM cardíaca demonstrou realce tardio atípico, sugestivo de amiloidose e aumento do átrio esquerdo. Investigação hematológica para AC-AL negativa. Cintilografia cardíaca com pirofosfato-99mTc, demonstrou captação anômala e intensa do radiotraçador em ambos os ventrículos, com escore visual grau 3 de Perugini e relação coração/contralateral de 1,9. Achados consistentes com o diagnóstico de AC-ATTR, sendo realizado teste genético subsequente, confirmado AC-ATTR subtipo selvagem. **Discussão:** Amiloidose é uma doença infiltrativa sistêmica caracterizada pela deposição extracelular de fibrilas amiloides, cujo envolvimento cardíaco é associado a prognóstico desfavorável. Depósitos no miocárdio e nos vasos sanguíneos ocasionam disfunção diastólica, sistólica, isquemia e arritmias, sendo o retardo do diagnóstico a principal causa da redução da sobrevida destes pacientes. No entanto, grandes conquistas nos métodos de imagem não invasivos, como a cintilografia cardíaca com traçadores ósseos, bem como a possibilidade de tratamento clínico promissor, transformaram a AC-ATTR de uma doença rara e intratável em uma condição que os médicos clínicos devem considerar diariamente.

18
Insuficiência Cardíaca / Cardiomiopatias

321

Transplante Cardíaco em HIV + Associado à Rejeição e Doença Vascular do Enxerto: um Relato de Caso

LUANA FERNANDES DA SILVA; LÍGIA BEATRIZ CHAVES ESPINOSO SCHTRUK; ANTONIO FATORELLI
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é uma opção para pacientes HIV+ com carga viral indetectável e CD4>200 céls//µL. Contudo, o HIV gera inflamação crônica, disfunção vascular e doença aterosclerótica, aumentando o risco de Doença Arterial Coronariana. Além disso, a rejeição do enxerto, um dos principais fatores de risco imunes da Doença Vascular do Enxerto (DVE), pode ocorrer de forma mais acelerada nesses pacientes, aumentando sua morbimortalidade. **Relato do Caso:** L.O.L.R, feminino, 46 anos, HIV+ desde os 22, em tratamento regular e carga viral indectável, evolui com sintomas de IC (miocardiopatia dilatada por DAVD). Em 2019, aos 41 anos, por tratamento clínico refratário, é submetida ao transplante cardíaco com função do enxerto pós TC preservada. Iniciada terapia imunossupressora com Tacrolimus, Micofenolato de Mofetila e Prednisona. Avaliação anatômica em 2021 com coronariografia (CAT) normal na ocasião. Em 03/22, apresenta quadro de rejeição aguda associada à disfunção de VE e autoanticorpos contra o doador, visto em painel imunológico de seguimento. Instituído tratamento específico para rejeição segundo diretrizes vigentes e biópsia endomiocárdica (BEM) de controle com 0R, PAMR0 e negativa para rejeição em atividade. PET-CT sem processo inflamatório e ECOTT com normalização da FEVE. Evoluiu com internações recorrentes por piora de classe funcional (NHYA III-IV). BEM (10/22) negativa para rejeição, porém persistência de anticorpos específicos contra o doador, denotando maior risco para DVE. CAT (10/23): DA difusamente doente com oclusão em terço médio e lesões obstrutivas em Cx e ramo VP. Paciente em uso prévio de estatina e diltiazem como medidas preventivas para DVE, sendo associado AAS e imTOR (everolimus) como tratamento adicional. O caso corrobora a hipótese de que episódios de rejeição do enxerto guardam relação com a manifestação de DVE, sobretudo em pacientes HIV+, que apresentam risco aumentado de fenômenos imunes. Discute-se possibilidade de retransplante. **Discussão:** A DVE, forma mais comum de complicação tardia aos aloenxertos, é mediada por fatores de risco não imunes (como DM, hipercolesterolemia) e imunes (princ. presença de autoanticorpos e rejeição celular aguda). O mecanismo fisiopatológico principal é a proliferação da íntima das artérias, podendo levar a isquemia miocárdica, IAM, IC e óbito. A prevenção e o tratamento se baseiam em terapia com estatinas, diltiazem, inibidores da ECA, inibidores da m-TOR, porém o tratamento definitivo consiste em retransplante cardíaco.

367

Takotsubo Pós-Parto no Pós-Parto Imediato

ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; MARCELO MONTERA; GUILHERME LEVY
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Takotsubo (TkMT) caracteriza-se por disfunção sistólica aguda e transitória dos segmentos médio e/ou apical do ventrículo esquerdo (VE), usualmente desencadeada por estresse emocional ou físico e em mulheres pós menopausa. É incomum o relato de caso de Tk no pós parto imediato tendo que diferenciar da miocardiopatia periparto (CMPP). **Relato do Caso:** Mulher, 45 anos, G2P2A0, foi submetida ao parto cesáreo dia 25/05/23, em que o recém nascido no primeiro minuto precisou de suporte de oxigênio e foi retirado do colo da mãe gerando estresse no primeiro momento pós parto. A paciente evoluiu com edema agudo pulmonar e suporte ventilatório mecânico para estabilização. Ao ecocardiograma (ETT) hipocinesia difusa com grave disfunção biventricular e ao eletrocardiograma ritmo sinusal com extrassístoles atriais frequentes. Foi transferida para hospital geral quaternário, onde evoluiu com quadro de choque cardiogênico, flutter atrial e troponina elevada de 746 pg/ml. Foi inicialmente tratada com noradrenalina, dobutamina e vasopressina evoluindo com falência orgânica múltipla, sendo instalado ECMO VA periférico resultando na redução das doses de aminas vasoativas, início da diurese espontânea e retorno ao ritmo sinusal. No oitavo dia de ECMO evoluiu com melhora da função ventricular, sendo administrado levosimendana e balão intra aórtico para auxiliarem na retirada de ECMO. Teve alta da unidade de terapia intensiva após 21 dias da admissão e foi realizado ressonância magnética cardíaca (RMC) com 30 dias, função ventricular normal, sem sinais de edema ou realce tardio e FEVE de 57%. Alta hospitalar em 35 dias, com FEVE normal e medicamentos para insuficiência cardíaca. Após 40 dias do início do quadro, foi realizado cintilografia miocárdica com MIBG que demonstrou anormalidade na inervação adrenérgica cardíaca global e segmentar, nos segmentos apical, anterior (apical), septoapical e lateroapical. Compatível com Takotsubo. **Discussão:** A Tk difere da CMPP por ter início súbito e evolução com rápida recuperação. A CMPP tem evolução progressiva com manutenção da disfunção ventricular. Neste caso tivemos além das características clínicas e funcionais da Tk e evolução da FEVE no ETT, a presença de gatilho emocional, e os achados da RMC e MIBG que confirmaram o diagnóstico. A importância deste caso não está só na apresentação incomum da Tk, como também no diagnóstico diferencial com CMPP em mulheres jovens que evoluem com disfunção ventricular no pós parto imediato.

363

Strain de Pico Sistólico – A Cereja do Bolo no Diagnóstico da Amilidose de Cadeia Leve (AL)

IZADORA BIGHETTI BRITO; LUIZ ROBERTO COSTA; FERNANDA NIGRI DE ALMEIDA; JOÃO LUIS DA SILVA MACHADO; PAULA GONZALEZ VIEIRA
Hospital Municipal Souza Aguiar – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Amiloidose de Cadeias Leves (AL) é uma doença rara que evolui com envolvimento cardíaco e renal, exigindo alta suspeição clínica devido aos sintomas sistêmicos e ao acometimento de evolução rápida. **Relato do Caso:** O presente trabalho descreve o relato de caso de um homem, 58 anos, previamente hígido, ciclista de alto rendimento, que chega à unidade de atendimento com edema de membros inferiores e perda ponderal importante. Durante investigação laboratorial, apresentou relação sérica kappa/lambda alterada, com piora aguda e crescente da função renal, atingindo estágio V na escala CKD-EPI, tornando o paciente dependente de terapia dialítica. Ao ecocardiograma transtorácico, evidenciou diâmetros cavitários aumentados, disfunção diastólica e hipertrofia ventricular esquerda, além de pressões de enchimento aumentadas e relação E/E`16, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 53%. Deformidade longitudinal global reduzida (- 15%). A deformidade miocárdica preservada nas regiões apicais e reduzida nas regiões médio-basais, caracteriza o sinal conhecido como "cereja do bolo". Interrogou-se então a hipótese diagnóstica de amiloidose. O padrão-ouro para o diagnóstico é a biópsia tecidual que comprove a presença de depósitos amilóides. Após o ecocardiograma sugestivo, seguiu-se para a biópsia da gordura periumbilical, cujo histopatológico foi positivo para a coloração Vermelho Congo e análise sob luz polarizada, com birrefringência das fibrilas amilóides. A biópsia de medula óssea com espectrometria de massa, confirmou o material amilóide na amostra, fechando o padrão de amiloidose de cadeias leves (AL). **Discussão:** A amiloidose é uma condição rara, resultante de uma ampla gama de alterações precursoras: genética, neoplásica, inflamatória ou autoimune. As manifestações clínicas são variadas, e dependem essencialmente da natureza da proteína fibrilar. Apesar de serem comuns algumas manifestações não específicas, como a fadiga, inapetência e emagrecimento, geralmente os sintomas se relacionam ao órgão afetado. O envolvimento cardíaco impõe pior prognóstico e tem como marca o desenvolvimento de uma cardiomiopatia infiltrativa com comportamento hemodinâmico restritivo. O diagnóstico precoce e tratamento direcionado ao tipo de amiloidose tem modificado a história natural da doença, aumentando a expectativa de vida dos pacientes.

390

Efeito do Patisiran em Pacientes com Amiloidose Cardíaca Associada a Transtirretina

YURI VIANNA FERNANDES SILVA; CAROLINE BITTAR BRAUNE; MARCO ROGERIO DUARTE JUNIOR; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA; CLAUDIA ELENA VEDOVELI FRANCISCO; WILSON BRAZ CORREA FILHO; FÁBIO DE SOUZA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – UNIRIO/Ebserh – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O RNA de interferência tem sido utilizado no tratamento na amiloidose hereditária por transtirretina (ATTRv), doença causada por uma variante no gene da transtirretina (TTR), causando polineuropatia e cardiopatia restritiva. O patisiran, atualmente indicado no tratamento da polineuropatia, silencia a expressão do gene TTR. O objetivo desse relato é descrever as alterações evolutivas de parâmetros cardiológicos em dois pacientes com ATTRv com manifestações neurológicas e cardíacas em tratamento com patisiran. **Relato do Caso:** Caso 1 – Homem pardo, 74 anos, ascendência portuguesa, início dos sintomas aos 68 anos com neuropatia sensitivo-motora, dor neuropática, síndrome do túnel do carpo, disfunção sexual, diarreia e perda ponderal. Diagnosticado com ATTRv genótipo Val30Met evoluindo com piora da neuropatia necessitando de apoio para deambular (grau II de Coutinho). Síncope recorrente com disautonomia, hipotensão postural e implante prévio de marcapasso definitivo por BAV total. Ecocardiograma basal com espessura do septo interventricular (SIV) 21 mm, *strain* longitudinal global (SLG) - 8,8%, disfunção diastólica com padrão restritivo (E/e' 32), NT-proBNP 9041pg/mL. Iniciado patisiran 0,3mg/kg IV a cada 3 semanas. Após 24 meses de tratamento foi reavaliado com SIV 24 mm, SLG -7,5% E/e' 25 e redução do NT-proBNP para 4581 pg/mL. Caso 2 - Mulher branca, 80 anos, diagnosticada com neuropatia sensitiva-motora, dor neuropática, disautonomia e perda ponderal associada a histórico familiar de ATTRv. Identificada variante Val30Met no gene TTR. Exame físico com neuropatia grau II de Coutinho; negava dispneia de esforço, ortopneia ou edema periférico. Ecocardiograma inicial mostrava SIV 16 mm, SLG - 17,8%, relação E/e' 18, NT-proBNP 736 pg/mL. Iniciado patisiran na dose padronizada; após 6 meses foi reavaliada com SIV 18 mm, SLG – 13,9% E/e' 15, NT-proBNP 943 pg/mL. **Discussão:** O estudo APOLLO demonstrou que o patisiran interrompeu ou reverteu a progressão da neuropatia, resultando em melhorias na qualidade de vida. Dados exploratórios demonstraram redução dos níveis de NT-proBNP e do SIV comparado com placebo após 18 meses de tratamento, sugerindo que o patisiran pode interromper a progressão das manifestações cardíacas da ATTRv. De forma distinta, nos casos apresentados os pacientes evidenciaram aumento do SIV, porém em ambos houve melhora da função diastólica avaliada pelo Doppler tissular. Houve importante redução do NT-proBNP após 24 meses de tratamento, o que não foi observado no caso com menor tempo de seguimento.

391

Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Rio de Janeiro: Análise de Tendência de 2011 a 2021

ISADORA RODRIGUES RODRIGUES GONGÓ; PYETRA MONTEIRO DIAS; LAILA PIMENTEL LOURENÇO; RAQUEL LUIZ QUERES; MARIA EDUARDA MONTEIRO DE PAIVA; IRIS CARDOSO DE PÁDUA TERRA; GUILHERME DA SILVA BUENO; VALÉRIA TRONCOSO BALTAR
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma complexa síndrome que altera a função cardíaca resultando em sinais e sintomas de baixo débito cardíaco associado, ou não, a congestão pulmonar ou sistêmica. Em pacientes crônicos há uma adaptação do organismo, fazendo com que os sinais clínicos sejam pouco evidentes. Devido ao envelhecimento da população, aumento de alguns fatores de risco (sedentarismo e obesidade) a IC culmina em altos custos hospitalares, expressivo número de atendimentos na emergência, assim como aumento nos números de óbitos. **Objetivo:** Analisar a tendência temporal da taxa de mortalidade por IC no estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Realizou-se busca retrospectiva de 2011 a 2021 através do DATASUS incluindo óbitos no estado do Rio de Janeiro cuja causa básica foi a IC. Os dados coletados foram estratificados por faixa etária (50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais) e sexo (masculino e feminino). Realizou-se uma análise de tendência por regressão de Prais-Winsten (programa R 4.3.2), adequado para dados ecológicos, e calculou-se a taxa de incremento anual e seu respectivo nível descritivo. Considerando um nível de significância de 5%, para um incremento positivo, considerou-se crescimento da taxa, se negativo, decrescimento, e quando não significativo, estabilidade. **Resultados:** A faixa etária de 80 anos ou mais apresentou as maiores taxas de mortalidade por IC, em ambos os sexos, ao passo que entre 50 a 59 anos, as menores taxas. Observa-se, em 2021, uma mortalidade mais elevada, entretanto o modelo não apresentou tendência significativa de crescimento. A taxa de mortalidade por IC foi mais elevada para o sexo masculino. O gráfico 1 apresenta a taxa de mortalidade por 1000 habitantes para indivíduos com mais de 50 anos por sexo no decorrer de 10 anos no estado do Rio de Janeiro. O suave crescimento dessa taxa não foi significativo. **Conclusões:** A taxa de mortalidade por IC aumenta com a idade e é mais elevada entre os homens. Não há evidências de aumento da mortalidade no período estudado, entretanto, é necessário observar as taxas nos anos seguintes após a pandemia de Covid19, visto que, apesar de não significativo, o ano de 2021 destacou-se com as maiores taxas para todos os estratos estudados.
Referências Bibliográficas: Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. ESC Heart Fail. 2019 Dec;6(6):1105-1127. doi: 10.1002/ehf2.12555. PMID: 31997538; PMCID: PMC6989277. Ministério da Saúde. DATASUS.Tabnet.Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

426

Uma Análise de Mortalidade de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Antes, Durante e Após o COVID-19 no Brasil

ANA CAROLINA PIRES DE AZEVEDO; GABRIEL SOUZA CAMPOS; MARIA CLARA VIEIRA TEIXEIRA; ARTHUR XAVIER OLIVEIRA DE ANDRADE; ALLYSON BRAGA LUIZ; SÉRGIO LUIZ ALVES DE AZEVEDO FILHO; GUSTHAVO DE ALMEIDA PETRILLO BRAGA
UNIFAA – Centro Universitário de Valença – Valença – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade de bombeamento adequado, ou insuficiente de sangue pelo coração. Ademais, durante a pandemia de COVID-19, um dos grandes desafios encontrados foi devido a semelhança de sinais e sintomas entre a virose e o quadro agudo de insuficiência cardíaca, tais como dispneia e tosse. Além disso, pacientes com história conhecida de IC podem sofrer tanto uma descompensação aguda da doença devido ao COVID-19 quanto representar um fator de risco para uma pior evolução infecciosa. **Objetivo:** Comparar e demostrar através de dados, o aumento da mortalidade por IC antes, durante e após o COVID-19 de acordo com o ano e regiões do Brasil. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental no país acerca da mortalidade por IC antes, durante e após a pandemia pelo COVID-19, incluindo os períodos de:Janeiro de 2019 a Novembro de 2023. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), pertencente ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo como variáveis: regiões brasileiras, número de óbitos. Foram analisados de maneira descritiva simples por gráfico com foco nas informações mais relevantes. **Resultados:** Durante o período de janeiro de 2019 a novembro de 2023, foram registrados 112.602 óbitos por Insuficiência Cardíaca nas 5 regiões brasileiras. Das 5 regiões analisadas, a região Sudeste obteve o maior número de óbitos com 53.239, já a região Centro-Oeste o menor com 6.607. Além disso, análise realizada observou que o ano de 2022 apresentou o maior número de óbitos pela doença, correspondendo a 22,16% do total de mortes por insuficiência cardíaca entre 2019 à 2023. Já ano de 2020 apresentou o menor número de óbitos, correspondendo a 18,25%. Os outros anos como 2019, 2021 e 2023, apresentaram respectivamente o total corresponde a 20,25%, 19,56% e 19,78% do número de óbitos. **Conclusões:** De acordo com os dados apresentados, conclui-se que durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), os óbitos por IC no Brasil diminuíram se comparados a 2019. Porém, durante o ano de 2021, essa mortalidade aumentou e atingiu seu pico no ano de 2022. Também notou-se que os óbitos reduziram no ano de 2023 em vigência do fim da pandemia e da ampla vacinação da população brasileira.
Referências Bibliográficas: GOLDRAICH, L. A. et al.. Tópicos Emergentes em Insuficiência Cardíaca: COVID19 e Insuficiência Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol., v. 115, n. 5, p. 942-944, nov. 2020.

495

Internações por Insuficiência Cardíaca entre Adultos no Estado do Rio de Janeiro de 2013 a 2023

ALINE QUARESMA PIMENTEL CARRIELLO CORRÊA; GABRIELA LYONS; AMANDA LEÃO DE MELO JOÃO; DÉBORA LYONS; GABRIELLE DA COSTA LANCELLOTTI; FLÁVIA IZAQUIEL REBELLO SIQUEIRA MENDES
Fundação Técnico Educacional Souza Marques – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução: Insuficiência Cardíaca (IC) é síndrome clínica que advém de alterações na estrutura ou função cardíaca, que levam o coração a ser incapaz de produzir débito cardíaco apto a atender às demandas metabólicas teciduais – ou o faz à custa de elevadas pressões de enchimento. A sintomatologia típica pode resultar de congestão e edema, consequentes à elevação da pressão arterial pulmonar e venosa sistêmica. Considerada doença grave, a sobrevida após 5 anos do diagnóstico pode alcançar apenas 35% dos pacientes. A prevalência da doença no Brasil excede 2 milhões de pessoas, com incidência de cerca de 240.000 casos por ano, o que evidencia a necessidade de estudar a agudização da doença com consequente hospitalização. **Objetivo:** Analisar as taxas de internações por IC entre adultos, de 2013 a 2023, no estado Rio de Janeiro, a fim de criar hipóteses sobre as flutuações no número de casos de hospitalizações. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), através da plataforma DataSus. As variáveis adotadas foram adultos de 20 a 59 anos, internados por IC no RJ, entre 2013 e 2023. **Resultados:** Entre 2013 e 2023, o total de adultos hospitalizados por IC foi de 40.855. Destaca-se que 63,5% das internações ocorreram de 2013 a 2018. De 2019 a 2023, registrou-se 36,4%, o que evidencia diminuição nessas taxas. Apesar desse decréscimo, houve aumento de 48,7% de internações entre os anos de 2020 e 2022. Sobre este, é preciso considerar a influência da pandemia de COVID-19, já que os sintomas da doença podem mimetizar a descompensação da IC. Assim, é possível que o acréscimo no número de casos de internação tenha a interferência deste fator. Pontua-se que as internações hospitalares por IC aguda descompensada representam fator de risco importante para a mortalidade e para re-hospitalizações recorrentes. A cada episódio, o prognóstico piora, e cerca de 50% dos pacientes que recebem alta são readmitidos nos 12 meses seguintes. **Conclusão:** A tabela evidencia redução nas internações por IC, um padrão que é interrompido de 2020 a 2022. Observa-se a influência do contexto sócio-espacial da saúde, como o cenário de pandemia, que dificultou o diagnóstico da doença, assim como o seu controle. Destaca-se, por fim, a importância do acompanhamento da cardiopatia.

501

Uma Rara Mutação no Gene da Transtirretina Determinando Amiloidose Grave: Repercussões Clínicas e Terapêuticas

DIANE XAVIER DE ÁVILA; DIANE XAVIER DE ÁVILA; DAVI SHUNJI YAHIRO; DAVI SHUNJI YAHIRO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; JOÃO TRESS; JOÃO TRESS; EVANDRO TINOCO MESQUITA; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Complexo Hospitalar de Niterói – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A. – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Fundamentos: A amiloidose hereditária sistêmica por transtirretina é uma doença progressiva que resulta em disfunção amilóide em vários órgãos, incluindo o coração. A infiltração amiloide miocárdica causa espessamento da parede ventricular, levando à disfunção diastólica e, em alguns casos avançados/mutantes, à disfunção sistólica. Este relato de caso de uma jovem com uma mutação TTR rara e de graves repercussões e sua resposta ao RNA de interferência na amiloidose ATTRv. **Caso Clínico**: Mulher, 35 anos com dispneia progressiva, fadiga fácil, ortopneia e tosse seca, com classe funcional III da New York Heart Association e polineuropatia periférica progressiva em estágio II, e altos níveis de troponina e nt-proBNP. Excluido amiloidose AL. Eletrocardiograma com ritmo sinusal, baixa voltagem e pseudoinfarto nas derivações precordiais anteriores. Ecocardiograma com 13mm de septo interventricular, EE´14,8 e 69% da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Cintilografia miocárdica com pirofosfato de tecnécio positiva com Perugini grau 3 e confirmada por SPECT, com relação coração/contralateral >1,5 e teste genético positivo para mutação ATTR (Glu74lys). Os achados neurofisiológicos foram compatíveis com polineuropatia sensório-motora de padrão primariamente axonal. Sensibilidade reduzida e reflexos abolidos nos membros inferiores. Naquele momento, apresentava grau de polineuropatia progredindo, fazendo uso de muletas e alguns momentos em cadeira de rodas. O tempo entre a apresentação e o diagnóstico correto foi longo e o inicio do tratamento também. Como teve diagnóstico tardio e polineuropatia estágio 2, foi prescrito patisiran, e ela está com 9 meses de uso com 13 mm de septo interventricular, EA 1,3, EE´ caiu para 11, 4, SGL -15,3%, 67% de fração de ejeção do ventrículo esquerdo por Simpson. Ntprobnp reduzido. A paciente atualmente recebe furosemida e espironolactona para sintomas de IC, mas não tolera betabloqueadores. Também não tolera baixas doses de enalapril devido à disautonomia e hipotensão postural. O paciente faz fisioterapia respiratória e motora regularmente. **Conclusão:** Este caso destaca um paciente com uma mutação atípica que apresentou características de imagem, eletrocardiográficas e neurofisiológicas típicas de paciente com amiloidose ATTR. Esta particularmente apresentou polineuropatia grave com indicação de uso de RNA de interferência, e foi demonstrado melhora neurológica e da função diastólica documentado aos 9 meses.

559

Características Clínicas e Desfecho Tardio de Pacientes com Insuficiência Cardíaca e Fibrilação Atrial Permanente em Dois Grandes Centros Terciários

CLARA BARUFFALDI FARINHAS; GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; LETICIA DE SOUSA PERES; RAQUEL ALMEIDA CRESPO; BRENO BOITEUX BROCCO; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUSA; MATHEUS HENRIQUE GONÇALVES DE SOUZA
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição na qual o bombeamento do sangue está prejudicado, fazendo com que não haja sangue suficiente para suprir as necessidades do corpo. Dentre as inúmeras complicações dessa condição, destaca-se a fibrilação atrial (FA). Segundo o estudo de Framingham, 41% dos pacientes com IC desenvolveram FA. **Objetivo:** Comparar as características clínicas em indivíduos portadores de IC descompensada com ou sem história de FA permanente. **Método:** Coorte retrospectiva de pacientes internados em unidade coronariana, com insuficiência cardíaca descompensada, entre setembro de 2011 e dezembro de 2019. Os critérios clínicos clássicos foram observados associados a elevação do peptídeo natriurético cerebral (BNP) acima de 400 mg/dl. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparação de médias e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Foram avaliadas as características clínicas de ambos os grupos. Utilizou-se a regressão de Cox para análise de sobrevivência, com nível de significância de 5%. **Resutados:** Incluídos 723 indivíduos, idade média de 76 ± 13,61 anos, predomínio de homens (55,7%). Analisando ICFEp, ICFELr e ICFEr respectivamente, encontramos uma prevalência de 26,7% x 27,5% x 45,7%. Verificou-se com a presença de fibrilação atrial permanente, a frequência de 20,6% nesta amostra. A maioria dos pacientes não tinham IC prévia na presença de FA permanente (56,4%x 43,6%, p< 0,001). O tempo médio de internação, respectivamente de indivíduos sem e com FA foi de 17,5 ± 20,4 x 19,98 ± 53,32 dias (p:0,38). A mediana do tempo de seguimento foi de 2,74 anos (IIQ: 0,5 - 5,6 anos). A análise uni variada com regressão de Cox não mostra FA permanente como fator relacionado significativamente a mortalidade entre os grupos no seguimento desta amostra (HR:1,1 IC:0,9-1,4). **Conclusão:** Nesta amostra de indivíduos internados com IC descompensada, a presença de FA permanente não foi relacionado ao aumento de tempo de internação, presença de fatores de risco e mortalidade.

594

Triagem Genética para Miocardiopatia Hipertrófica e Fenocópias em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro

LUCAS FONSECA DA SILVA; MARCO ROGERIO DUARTE JUNIOR; MATHEUS MEDEIROS FOUREAUX; MARIA ANGÉLICA DE FARIAS DOMINGUES DE LIMA; FABIO DE SOUZA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Nos últimos anos houve um crescimento exponencial no conhecimento das bases moleculares da miocardiopatia hipertrófica (MCH) e suas principais fenocópias incluindo a doença de Fabry e amiloidose cardíaca por transtirretina (ATTR). Da mesma forma observamos um crescimento no acesso a testes moleculares. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi descrever o resultado da triagem genética para MCH e suas fenocópias em um ambulatório de cardiologia geral de um hospital universitário do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, descritivo, que incluiu pacientes acima de 18 anos, com miocardiopatia primária com fenótipo de hipertrofia ventricular que foram investigados com teste molecular para investigação de variantes no DNA associadas ao fenótipo de hipertrofia (incluindo MCH, Fabry e ATTR). Os dados foram coletados a partir do registro em prontuário, incluindo registro de histórico familiar de cardiopatia e ou morte súbita, excluindo doença coronariana. As variantes genéticas foram classificadas entre patogênicas/provavelmente patogênicas e variantes de significado incerto. Variantes benignas não foram consideradas. **Resultados:** Um total de 14 pacientes foram incluídos sendo 10 (70%) homens com idade variando entre 33 e 81 anos (mediana de 55 anos); 9 (64%) tinham HF positiva para cardiopatia ou morte súbita. Variantes patogênicas/provavelmente patogênicas foram encontradas em um total de 7 pacientes, nos genes: MYH7(2), TNNI3(1), GLA(2) e TTR(2). Variantes de significado incerto foram descritas em 5 pacientes, nos genes: ALPK3, MYBPC3, TNNI3, CSRP3, MYH7, RYR2, SOS2. Todos os 7 pacientes com variantes patogênicas/provavelmente patogênicas tinham registro de histórico familiar. Em contrapartida entre pacientes com HF negativa, variantes patogênicas não foram identificadas. Em nossos resultados, o screening com teste genético foi positivo em 50% dos pacientes. Destaca-se dois dados de maior relevância: primeiro, o rastreio de fenocópias (genes GLA e TTR) foi mais prevalente que MCH, no entanto isso se explica pela maior disponibilidade de testes para o diagnóstico dessas patologias; segundo, os pacientes que não informaram histórico familiar de cardiopatia ou morte súbita não tiveram variantes patogênicas identificadas. **Conclusões:** Embora a triagem genética para a MCH e suas fenocópias tenha se tornado mais disponível, o histórico familiar como parte da anamnese é indispensável na seleção de pacientes com maior probabilidade de resultados clinicamente relevantes.

576

Desafios Cardiológicos Tardios e suas Complicações na Distrofia Muscular de Duchenne: um Relato de Caso

RODRIGO OTAVIO MIRANDA; YURI VIANNA DA SILVA; ANA CLARA FARIAS DE NEGRI; PAULA FELIX PEREIRA; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ANA PAULA CASSETTA NUCERA; FERNANDA BATISTA FERREIRA
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é uma rara doença neuromuscular degenerativa causada pela mutação do gene que codifica a proteína distrofina. Esta é caracterizada por uma progressiva fraqueza muscular e cardiomiopatia dilatada, a qual aumenta o risco de eventos tromboembólicos, trazendo diversas complicações cardiovasculares que dificultam o manejo dos pacientes. **Relato do Caso:** Paciente, masculino, de 23 anos, jogador profissional de power soccer, com diagnóstico de DMD aos 6 anos e cardiomiopatia aos 18 anos, fazia uso de carvedilol, espironolactona, enalapril, prednisona, sertralina e bromazepam e suplementação de cálcio e vitamina D. Apresentava distúrbio ventilatório restritivo moderado, evidenciado em prova de função pulmonar, em outubro de 2017, em tratamento de suporte com VNI. O acompanhamento periódico com ecocardiograma transtorácico (ECOTT) em junho de 2022 indicou aumento de ventrículo esquerdo (VE) com volumes sistólicos aumentados, além de hipocinesia difusa do VE, mais acentuada nos segmentos basais. A função sistólica do VE foi estimada em 30% pelo método de Simpson. Já o ECG feito no mesmo período demonstrou um ritmo sinusal com sinais de sobrecarga de VE. Posteriormente, em fevereiro de 2023, apresentou quadro de desvio de comissura labial, afasia e parestesia em membro superior direito. Não apresentou alterações na tomografia computadorizada de crânio (TCC) inicial. Na TC de controle, 48h após, observou-se hipodensidade nucleocapsular à esquerda. Ao retornar ao ambulatório 1 mês depois da estabilização clínica, realizou-se novo ECOTT, o qual evidenciou aneurisma de VE com possível trombo em VE, assim, iniciando a anticoagulação plena com apixabana e evoluindo a óbito 7 meses após o ocorrido por falência cardíaca. **Discussão:** Logo, é perceptível que, apesar de uma rede de apoio e uma equipe interdisciplinar atuando no manejo otimizado da DMD, o tratamento ainda é pouco eficaz para a maioria dos casos, de forma que a falência cardiorrespiratória permanece como a principal causa de mortalidade nessa população atualmente. Mesmo assim, é possível observar que a terapêutica empregada o permitiu ter uma qualidade de vida, como foi visto durante sua atuação no power soccer. Essa realidade destaca a urgência de pesquisas adicionais e o desenvolvimento de intervenções eficazes para melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida dos indivíduos com DMD.

601

O Impacto do Diagnóstico Tardio em um Paciente com Amiloidose Cardíaca: um Relato de Caso

VICTOR HUGO FERREIRA DE SOUZA OLIVEIRA; HEBER OLIVEIRA CARDOSO FILHO; BRUNO DE BRITO RABELLO; PEDRO MARTINS OLIVEIRA; SARAH QUICK LOURENÇO DE LIMA; MARIA JÚLIA MONTEIRO SANTOS; BERNARDO AUGUSTO ANDRADE LIMA; IGOR MAGATON RIBAS
Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora – Minas Gerais – Brasil

Resumo: Este caso detalha um paciente diagnosticado com Amiloidose Cardíaca (AC), doença rara caracterizada por acúmulo de fibrilas proteicas anômalas nos tecidos, podendo resultar em disfunção orgânica severa e morte. A análise inclui revisão de prontuários médicos, imagens dos exames diagnósticos e breve revisão da literatura, enfatizando os sinais de alerta, a estratégia diagnóstica adotada e o protocolo de tratamento implementado. **Introdução:** A Amiloidose inclui doenças caracterizadas por proteínas mal dobradas formando agregados insolúveis nos tecidos, causando danos estruturais e funcionais. A cardiomiopatia da Amiloidose por Transtirretina (ATTR) é desafiadora na cardiologia, com curso fatal e diagnóstico difícil pelo mimetismo com outras cardiopatias**. Relato do Caso:** Homem, 71 anos, diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção reduzida com recorrentes internações por descompensação congestiva. Eletrocardiograma (ECG) mostrou baixa voltagem em derivações periféricas e o ecocardiograma sinais sugestivos de amiloidose: hipertrofia ventricular, hiperrefringência e strain longitudinal em padrão "cereja do bolo". Imunofixação de proteínas séricas e urinárias descartou pico monoclonal (AL). Cintilografia e teste genético confirmaram ATTR, mas o diagnóstico tardio associado à classe funcional NYHA IV impediu tratamento com Tafamidis. **Discussão:** A AC é marcada pelo acúmulo anormal de proteínas amilóides extracelulares no coração, com série de disfunções que levam à IC. Seu reconhecimento é desafiador justamente pela natureza genérica dos sintomas, culminando em diagnósticos tardios. Atenção aos sinais suspeitos durante exame físico é crucial, sendo fundamental enfatizar a relevância de identificar indícios da AC em avaliações iniciais: alterações no ECG e no ecocardiograma, que podem aumentar suspeição de AC, levar à identificação precoce da doença e permitir o acompanhamento de familiares possivelmente afetados, reforçando a importância da abordagem diagnóstica atenta e integrada aos serviços de saúde. **Conclusão:** O relato objetiva apresentar um caso incomum de ATTR diagnosticada tardiamente, destacando sua capacidade de simular outras condições cardíacas e a necessidade de abordagens proativas de investigação. Exames básicos, como ECG e ecocardiograma, constituem ferramentas valiosas no diagnóstico precoce, sendo crucial incentivá-lo para prevenir resultados negativos como o deste relato, dada a progressão potencialmente fatal da doença.

610

Multimodalidade de Imagem na Cardiomiopatia Amiloide

GIOVANNA CARRILHO; EDUARDO NANI; JULIA HABIBE; NATÁLIA MARTINS; ISABELA SENNA; RAQUEL OLIVEIRA; VITOR NAVARRO; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO
Hospital Universitário Antônio Pedro – EBSERH – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A amiloidose cardíaca (AC) é uma doença infiltrativa causada pelo depósito de proteínas amiloides insolúveis no tecido cardíaco. Apresenta-se comumente como insuficiência cardíaca ICFEP, sendo a principal causa de morbimortalidade da amiloidose sistêmica. Nos últimos anos, o emprego da multimodalidade de imagem tem sido a ferramenta mais utilizada para o diagnóstico, prognóstico e tratamento da AC. Relatou-se o caso de um paciente idoso com AC-ATTR, admitido com IC perfil B de difícil controle, sendo o diagnóstico etiológico definido através da multimodalidade de imagem. **Relato do Caso:** Homem branco, 84 anos, portador de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) há 02 anos, é admitido na emergência com dispneia progressiva, anasarca e CF NYHA IV com piora clínica há 02 semanas. Uso de enalapril, Cilostazol, furosemida e aderente ao tratamento. Exame clínico: lúcido, orientado, taquipneico, enchimento capilar lentificado; PA=108/66 mmHg, turgência jugular 45º; AC: B3(VE); AP: MV reduzido, estertores crepitantes bibasais. Laboratório: Ur=64, Cr=2.4, TFG=26, NT-próBNP=12.903. ECG= ritmo sinusal, baixa voltagem, inatividade elétrica anterior. Ecocardiograma: FEVE=21% SSGL= -6% com "apical sparing". Cintilografia miocárdica com pirofosfato: Hipercaptação difusa, principalmente no ventrículo esquerdo, análise visual semi-quantitativa grau III (escala de Perugini), compatível com diagnóstico de AC-ATTR. **Discussão:** A amiloidose decorre da desestabilização, enovelamento e depósito de proteínas em vários órgãos, tais como o coração, sendo a forma clínica mais frequentemente observada na AC a ICFEP. Entretanto, em fases mais avançadas, a ICFER pode ser encontrada. Um alto índice de suspeição clínica é importante para o diagnóstico definitivo dessa doença fatal e progressiva e exames de imagem tais como o ecodopplercardiograma com "strain", ressonância magnética cardíaca e cintilografia com pirofosfato de tecnécio são ferramentas importantes para o diagnóstico. No presente caso, o paciente já apresentava ICFER, e a suspeita clínica de AC foi o achado de "apical sparing" no ecodopplercardiograma, confirmado pela cintilografia miocárdica. O diagnóstico definitivo da AC é obtido pela biópsia endomiocárdica através da coloração pelo vermelho do Congo ou a thioflavina e a sobrevida média de pacientes com AC é de 13 meses, com resultados mais favoráveis com o uso precoce de Tafamides Meglumina na forma ATTR.

622

Miopericardite Aguda: uma Abordagem Diagnóstica Rápida e Decisiva na Sala de Emergência

BRUNA PEREIRA MENDONÇA; LOUISE FREIRE; TIAGO AZEVEDO COSTA MATTOS; MARCELO WESTERLUND MONTERA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A dor torácica e na sala de emergência é um sintoma de extrema importância e que exige rápida expertise dos profissionais para identificar possíveis condições ameaçadoras à vida. História clínica e dados epidemiológicos são essenciais para a investigação inicial, tendo como prioridade o tratamento e estabilização precoce do quadro. **Caso:** Masculino, 46 anos, sem comorbidades, apresentando há 4 dias quadro de febre alta, associada a diarreia, prostração e mialgia, buscou serviço de emergência por queixa de dor precordial em aperto irradiando para dorso iniciada há 24 horas. Teste de COVID19, Influenza e NS1 negativos. Iniciado protocolo de dor torácica com ECG de admissão apresentando com supradesnivelamento do segmento ST em V2, V3, D1 e AVL. Ecocardiograma transtorácico com função sistólica biventricular preservada, sem alteração da contratilidade segmentar, troponina de 4446 ng/L e PCR de 16,2 mg/dL. Após administração de AAS 200mg e Dipirona 1 g paciente referiu melhora total da dor. Evoluiu com curva de troponina positiva em 7848 ng/L e piora do supra em V2. Optada por realização de RM cardíaca na emergência com visualização de realce tardio de padrão não isquêmico na camada mesoepicárdica do ventrículo esquerdo, compatível com miopericardite aguda. Iniciado tratamento com AINE em dose baixa, suporte clínico e internação hospitalar para melhor esclarecimento diagnóstico e vigilância intensiva. Evoluiu com melhora clinica e laboratorial, 48 horas apos admissao. **Discussão:** Trata-se de um caso Miopericardite aguda, com evolução benigna, hipótese realizada na sala de emergência. O objetivo do relato é mostrar que a melhora da dor com analgesia, história recente de febre alta e ausência de disfunção segmentar no ecocardiograma foram essenciais para priorizar essa vertente de investigação em detrimento da síndrome coronariana aguda. Processo realizado de forma rápida pelos recursos oferecidos em hospital de atenção quaternária.

618

Choque Cardiogênico por Miocardite Viral: Relato de Caso

BRUNA PEREIRA MENDONÇA; LOUISE FREIRE; TIAGO AZEVEDO COSTA MATTOS; MARCELO WESTERLUND MONTERA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio, especificada por seus tipos histológicos, com diversas formas de apresentação e etiologias. Sabe-se que quadros virais com evolução fulminante são mais comuns em crianças, tornando o diagnóstico em pacientes idosos com outros fatores de risco para disfunção miocárdica por vezes desafiadores. **Relato do Caso:** Masculino, 88 anos portador de Hipertensão, Diabetes, dislipidemia e demência senil, interna por quadro de sincope com queda da própria altura e pneumonia, evidenciada consolidação em base pulmonar à esquerda, teste para COVID19 negativo. ECG, com atraso de progressao de R. Ecocardiograma que evidenciou aspecto de cardiomiopatia isquêmica, com acinesia das porções média e apical do septo anterior, com disfunção sistólica global leve do VE, FE estimada por Simpson de 48%. Troponina HS de 1350ng/dL. Não podendo-se descartar IAMSSST, programada cineangiocoronariografia, além de solicitação de painel viral. O paciente evoluiu FAARV, apesar de melhora dos parametros inflamatorios, inicialmente sem sinais de instabilidade. Em menos de 24 horas, a despeito de melhora da sepse, evoluiu com PCR em AESP, revertida após 9 minutos, com piora da função ventricular, levando-o ao cateterismo de urgência, que não encontrou lesões obstrutivas. Evidenciado teste para Influenza A positivo e iniciada terapia com oseltamivir, suspeitando-se de choque cardiogênico por miocardite aguda ou cardiopatia adrenergica. Mantido com suporte hemodinâmico e ventilatório, evoluindo com melhora gradual, inclusive dos parâmetros ecocardiográficos com normalização da função ventricular e troponina 75,5. Após extubação, mantendo-se estável clinicamente mas ainda com episódios subfebris mesmo após ajuste terapêutico, além de dissociação clínico radiológica, aspecto compatível com pneumonite alveolar criptogênica, nesse contexto iniciada corticoterapia com resposta satisfatória. Realizada RM cardíaca para diagnóstico, que apresentou disfunção sistólica discreta do ventrículo esquerdo, fibrose mesocárdica infero lateral basal de padrão não isquêmico, compatível com sequela pós inflamatória por miocardite. **Discussão:** Trata-se de um caso de Miocardite aguda, com evolução fulminante em paciente com quadro de infecção viral por Influenza A, que evoluiu com recuperação importante da função ventricular. Fato que nos leva a revisitar a importância de explorar todos os possíveis diagnósticos diferenciais diante de pacientes com Insuficiência cardíaca aguda.

642

Síndrome de Takotsubo e Bloqueio Atrioventricular: um Relato de Caso

BRYSA PAIVA CRUZ; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; NATHÁLIA FERREIRA PALOMO VALLE; NATÁLIA DA SILVA PAIS; THIAGO BURGARELLI
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia de Takotsubo caracteriza-se por disfunção sistólica transitória do ventrículo esquerdo, sendo um diagnóstico diferencial de síndrome coronariana aguda[1], visto sua semelhante apresentação clínica. Alguns poucos casos têm sido descritos correlacionando essa síndrome com bloqueios atrioventriculares[2]. **Relato do Caso:** O objetivo deste relato é descrever um caso de Cardiomiopatia de Takotsubo em um idoso que evoluiu com bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º Mobitz 1. Homem de 80 anos, portador de neoplasia endócrina metastática, interna em contexto de neutropenia febril. Após 3 dias de início de antibioticoterapia para sepse de foco a esclarecer, evolui com episódio de precordialgia atípica, sudorese e mal estar. Eletrocardiograma (ECG) com presença de supradesnivelamento do segmento ST difusos e troponina positiva. Realizado Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) com padrão típico de cardiomiopatia de Takotsubo. Padrão esse confirmado por coronariografia (ausência de lesões obstrutivas com ventriculografia evidenciando hipercontratilidade da base do ventrículo com hipocinesia em ápice). Iniciado suporte clínico. Paciente apresentou melhora do quadro geral corroborada por novo ECOTT em que houve recuperação parcial da fração de ejeção. No 6º dia, evoluiu com lipotimia e consequente sinais de instabilidade hemodinâmica. Novo ECG com presença de BAV 2º Mobitz 1. Paciente seguiu sob cuidados clínicos. Devido à evolução desfavorável do caso, com complicadores de uma internação prolongada e status basal do paciente já debilitado, optou-se por cuidados paliativos. **Discussão:** Tem sido descritos, ainda em número pouco expressivo, relatos de casos de pacientes com síndrome de takotsubo e BAV[2]. Apesar da correlação entre as doenças citadas, ainda não há evidência na literatura sobre fator de causalidade entre elas. Este relato de caso, portanto, contribui para somar ao acervo desta entidade clínica ainda rara, em que há muito há ser descoberta pela ciência.

Referências Bibliográficas:

1- Bybee KA et al. Systematic review: Transient left ventricular apical ballooning: A syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2004;141:858-65.
2- Christian Möller, Charlotte Eitel, Ingo Eitel e Thomas Stiermaier. Ventricular arrhythmias in patients with Takotsubo syndrome. Journal of Arrhythmia. 2018; 34: 369-375

649

O Papel da Impressão 3D na Compreensão das Miocardiopatias Genéticas no SUS

SARA AIMEE MIRANDA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; TÁRIK LUCAS FLORES MENDES; DANIEL MAC-DOWELL LOPES ALVES; LUCIANA MORBACH MIRANDA; CELINE LACERDA DE ABREU SOARES; KARINNE COSTA LOPES

Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As miocardiopatias representam a principal causa de insuficiência cardíaca e morte súbita globalmente. A abordagem terapêutica assume que pacientes com sintomas semelhantes têm o mesmo mecanismo de doença e, portanto, recebem tratamento semelhante. Na era da medicina personalizada, a compreensão das bases genéticas visa proporcionar o desenvolvimento de novas terapias direcionadas. Ademais, a impressão tridimensional emerge como uma tecnologia promissora para aumentar a compreensão e melhorar o ensino sobre miocardiopatias. **Relato do Caso:** Mulher, 37 anos, com palpitações desde a adolescência, inicialmente diagnosticada com extrassístoles ventriculares benignas. Nega sinais e sintomas de insuficiência cardíaca. Relata persistência das palpitações apesar do uso de várias medicações. História familiar revela morte súbita do pai aos 34 anos e da avó antes dos 50 anos. Ecocardiograma com Doppler mostrou hipocinesia difusa com disfunção sistólica moderada (Fração de Ejeção: 39%), Holter de 24 horas com frequentes extrassístoles ventriculares e episódios taquicárdicos não sustentados, teste ergométrico com episódio de taquicardia ventricular não sustentada, ressonância magnética (RM) revelando fibrose de padrão não isquêmico, e Pet-CT afastando a hipótese de sarcoidose ou miocardite. Diante da suspeita de MCAVE, realizou sequenciamento genético, que detectou uma variante provavelmente patogênica no FLNC. **Discussão:** A patologia da paciente será elucidada de forma didática pela confecção de um modelo anatômico 3D do coração com MCAVE e um modelo 3D da Filamina C, que no momento, aguardam a fabricação. Genes desmossomais também estão sendo estudados, portanto, um modelo de desmossomo 3D foi impresso. A criação desse molde passou pela etapa de segmentação e processamento das imagens com o auxílio de um software especializado. Para visualização do padrão de fibrose, informações detalhadas da anatomia intracardíaca foram fornecidas através da RM. As miocardiopatias representam um desafio contemporâneo que requer abordagens terapêuticas avançadas. A aplicação de tecnologias inovadoras, como a impressão 3D, é fundamental para desenvolver tratamentos personalizados e promover a educação em saúde. O caso apresentado ressalta a importância da integração de abordagens clínicas e tecnológicas, alinhadas aos princípios da medicina de precisão, para melhorar o tratamento das miocardiopatias.

659

Avaliação do Gradiente Obstrutivo pelo Ecocardiograma de Esforço nos Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica

JULIA PAULO MOURILHE ROCHA; PAOLLA MARTINS DE ALMEIDA FIGUEIREDO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; MARCELO IMBROISINE BITTENCOURT; ANGELO ANTUNES SALGADO; JOSE RICARDO CARVALHO POUBEL; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; RICARDO MOURILHE-ROCHA

Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMPH) é uma doença genética autossômica dominante com diversas manifestações clínicas e hemodinâmicas. Tem uma distribuição igual em ambos os sexos, porém as mulheres são menos diagnosticadas. No Brasil, tem sido reportado 2:1000 habitantes da população geral. **Objetivo:** Avaliar o agravamento do gradiente obstrutivo pela ecocardiografia (ECO) induzido pelo esforço em pacientes portadores de CMPH correlacionando com marcadores de morte súbita. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência de 50 pacientes com CMPH com gradiente <50 mmHg no ECO de repouso, selecionados de ambulatório especializado e que serão submetidos a ECO de esforço induzido no cicloergômetro. **Resultados:** Foram avaliados onze pacientes, com uma distribuição equilibrada entre os sexos, com idade entre 22 e 55 anos, sendo que cinco têm análise genética já realizada. Apenas dois pacientes têm história familiar positiva para CMPH e dois já são portadores de desfibrilador. A maioria apresenta fenótipo de hipertrofia septal com medida variando de 16-32 mm, e somente três possuem alta porcentagem de fibrose pela ressonância cardíaca, ou seja, >15% da massa ventricular esquerda. A análise do gradiente em repouso variou entre 4-32 mmHg. Foi realizada manobra de Valsalva no ECO de repouso em todos os pacientes e nenhum apresentou gradiente obstrutivo. No pico do esforço tivemos três pacientes que cursaram com o aparecimento de gradiente obstrutivo. Um deles não apresentava nenhum dos fatores de risco para morte súbita. Este paciente é um homem de 35 anos, sem história familiar, com espessura septal <30 mm, com 10% de fibrose na RM cardíaca, estando assintomático tanto no repouso quanto no esforço. Em outras variáveis analisadas ao ecocardiograma, todos os pacientes têm aumento atrial esquerdo, seis apresentam insuficiência mitral e nove com disfunção diastólica. Desses, dez já fazem uso de beta bloqueador, e todos eles têm baixa capacidade funcional. **Conclusões:** A CMPH é uma doença genética, complexa, com muitas alterações estruturais cardíacas, gerando diferentes fenótipos e, como consequência, gradiente obstrutivo na via de saída do ventrículo esquerdo (VE) ou não. A causa da obstrução é variável e depende de vários fatores, incluindo o grau de hipertrofia septal, o movimento sistólico da válvula mitral, a estrutura do aparelho valvar mitral, as condições hemodinâmicas e dinâmica do fluxo. Um fator adicional que permanece sob investigação é o ângulo entre o VE e a raiz da aorta.

663

Alta da Taxa de Mortalidade Devido a Insuficiência Cardíaca na População Infanto-Juvenil no Estado do Rio de Janeiro

RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA; MARIA CLARA MOURA AMADEU

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) pode resultar de alterações estruturais ou funcionais, manifestando-se por redução do débito cardíaco ou por pressões elevadas de enchimento. A classificação da IC leva em conta a fração de ejeção, gravidade dos sintomas e evolução temporal. O diagnóstico é tardio devido à similaridade com os sintomas iniciais de doenças pediátricas comuns. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico referente ao índice de letalidade da insuficiência cardíaca em crianças de 0 a 19 anos no estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo cujos dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), por taxa de mortalidade, de 2013 a 2023 e analisados no Excel. **Resultados:** Nos últimos 11 anos, o Rio de Janeiro teve um aumento significativo na taxa de mortalidade por IC, entre crianças e adolescentes (0-19 anos). Esse aumento foi observado em todas as subdivisões etárias, com o menor ocorrendo em crianças abaixo de 1 ano (aumento de 49,45%) e o maior na faixa de 1 a 4 anos (aumento de 188,94%), entre 2013 e 2023. Para os demais grupos de idade, os aumentos foram de 83,38% (5-9 anos), 149,92% (10-14 anos) e 55,6% (15-19 anos). Em contraste, o aumento na taxa de mortalidade por IC em adultos e idosos foi mais discreto. Exceto na faixa etária de 50 a 59 anos, todas as outras apresentaram aumentos abaixo dos observados em crianças menores de 1 ano, que registraram o menor acréscimo nos intervalos de idade infanto-juvenis. Houve redução de 16,92% entre 20-29 anos e aumentos de 19,07% (30-39 anos), 5% (40-49 anos), 160,74% (50-59 anos), 41,92% (60-69 anos), 19,71% (70-79 anos) e 13,34% (80 anos ou mais). O aumento global da mortalidade foi de 37,42% para maiores de 19 anos e de 69,68% para infanto-juvenis, destacando a disparidade na prevalência de mortalidade por IC entre esses grupos. **Conclusões:** Conclui-se que houve um aumento expressivo na taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca (IC) na faixa etária infanto-juvenil nos últimos 10 anos. Ademais, a taxa de mortalidade por IC em adultos e idosos apresentou aumentos mais discretos. O aumento da taxa de mortalidade global foi mais preocupante nas faixas etárias abaixo dos 19 anos, entretanto as melhorias nos métodos diagnósticos e terapêuticos e os estudos voltados para esse grupo se encontram significativamente aquém quando comparado aos adultos.

Referências Bibliográficas: WALL, J. B. et al. Important Considerations in Pediatric Heart Failure. Current Cardiology Reports, v. 22, n. 11, p. 141, 10 set. 2020.

665

Hospitalizações Devido à Insuficiência Cardíaca entre 2014 e 2023

ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; MARIA CLARA MOURA AMADEU; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) resulta da incapacidade do coração em bombear sangue adequadamente, manifestando-se pela redução do débito cardíaco e/ou elevadas pressões de enchimento, tanto em repouso quanto no esforço. Pode ser crônica ou aguda, ocorrendo em situações de baixo débito ou em casos de alto débito. A IC ocorre por uma anormalidade sistólica, com redução do volume sistólico, ou diastólica, com defeitos no enchimento ventricular. **Objetivo:** Analisar o comportamento das internações devido à insuficiência cardíaca no estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2023. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo transversal descritivo, conduzido com dados coletados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), por número de internações por insuficiência cardíaca, de 2014 a 2023, no estado do Rio de Janeiro. No filtro, foi inserido o ano de processamento, sexo, faixa etária, região metropolitana, regime e caráter de atendimento. Além disso, utilizou-se a média de permanência hospitalar por regime, faixa etária e caráter de atendimento e, ainda, aplicou-se óbitos devido à IC por ano de processamento e faixa etária. **Resultados:** De 2014 a 2023 houveram 112855 internações por IC no estado do Rio de Janeiro, com queda de 2015 (N=13911) a 2020 (N=8177) e aumento de 2020 a 2023 (N= 12673). A faixa etária de 50 a 79 anos representou 70,83% das internações. Ademais, a região metropolitana correspondeu a 56,68% dos casos, regime de urgência a 87,42%, comparado ao eletivo e o sexo predominante nas internações foi o masculino (55,32%). No regime público, a média de permanência hospitalar é 122,4% superior ao regime privado. Crianças com idades entre 0 e 14 anos tendem a permanecer mais tempo internadas (N= 12,4). Internações eletivas apresentam média 69% maior do que as urgentes. Quanto aos óbitos por insuficiência cardíaca (IC), o período compreendido entre 2021 e 2023 registrou o maior número de casos fatais. Destaca-se também que a incidência de óbitos aumenta consideravelmente a partir dos 50 anos de idade. **Conclusões:** Conclui-se que ocorreu um aumento no número de internações por insuficiência cardíaca (IC) entre 2020 e 2023, após um período de 5 anos consecutivos de decréscimo. Observou-se, também, um aumento de óbitos por IC de 2021 a 2023 e que as internações ocorridas no regime público demonstraram uma média de tempo de permanência significativamente maior que no regime privado.

Referências Bibliográficas: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, p. 436–539, set. 2018.

671

Diagnóstico Tardio de Síndrome de Yamaguchi em Mulher Idosa com IFEP

ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO DOS SANTOS SERPA; RAFAELA DE MAYRINCK LYNCH
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Estácio de Sá – Faculdade de Medicina – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Cardiomiopatia Hipertrófica Apical (CMHA) ou Síndrome de Yamaguchi é uma apresentação rara das Cardiomiopatias Hipertróficas (CMH), caracterizada por hipertrofia ventricular esquerda na região apical maior que 15 mm de espessura, em conjunto a uma inversão da onda T maior que 10 mm no Eletrocardiograma (ECG). Embora possua um quadro clínico variado desde casos assintomáticos a casos graves – com dispneia, precordialgia, fadiga e até síncope, ela se apresenta como a CMH com o maior risco de morte súbita. **Relato do Caso**: Paciente feminina de 70 anos, hipertensa, foi admitida com IC no cenário de flutter atrial, apresentando, em seu histórico, cefaléia, lipotimia e síncope, assim como sintomas de congestão sistêmica, com baixa classe funcional. O ECG evidenciava ondas T pontiagudas; já o ecocardiograma transtorácico visualizou hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, mais acentuada nos segmentos médio-apicais, achado compatível com Síndrome de Yamaguchi, confirmada pelos achados da Ressonância Magnética. O Holter não evidenciou arritmia maligna, porém modulação autonômica deprimida e ritmo de escape juncional esporádico. Digno de nota em seu histórico foi episódio de TVP e TEP no ano anterior, sem fator predisponente óbvio até então e sem aparente relação com a patologia de base. Houve boa resposta com tratamento medicamentoso com beta-bloqueador, bloqueador de canal de cálcio e anticoagulação com rivaroxabana. **Discussão:** A síndrome de Yamaguchi é uma variante rara da CMPH apical, com prevalência de 0,02 a 0,5%, assintomática em até 44,45% dos pacientes. O diagnóstico habitualmente é suspeitado com os surgimentos dos sintomas, geralmente entre 20 e 40 anos de idade. O diagnóstico tardio observado no caso acima é raro e sua identificação como diagnóstico diferencial de ICFEP permite tratamento adequado, no qual diuréticos, inibidores da ECA e diuréticos devem ser evitados ou utilizados com cautela nessa população. No caso em questão, a despeito da apresentação tardia, os achados de síncope e piora de classe funcional, ainda que pudessem ser atribuídos à arritmia e ICFEP, são contextualizados no cenário de CMPH apical.

733

Cardiomiopatia Genética Ligada a BAG3, Prevenção da Morte Elétrica no Paciente Assintomático

ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; AMANDA FRANZOI MOTTER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As cardiomiopatias genéticas têm sido transformadas por raciocínio terapêutico guiado a partir de achados da fibrose cardíaca, da disfunção e da determinação de variantes genéticas de alto risco para a morte súbita. Apresentamos um caso clínico de um paciente assintomático, portador de uma mutação patogênica para o gene BAG3, que cursa um elevado risco de morte elétrica, mesmo em indivíduos assintomáticos. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 43 anos, procurou por investigação em centro especializado aos 39 anos. Relatou que o pai apresentava cardiomiopatia dilatada e faleceu de IC refratária aos 56 anos. Foi analisado com: Ecocardiograma (disfunção sistólica com FEVE de 43% e aumento de VE, DDFVE: 60 mm e DSFVE: 47 mm); Eletrocardiograma (ritmo de bradicardia sinusal com FC: 44 bpm, baixa voltagem com Inversão de onda T em topografia em parede inferior); Holter 24h (ESV polimórficas isoladas e acopladas, além de 1 episódio TVNS), Angiotomografia de coronárias (normal com Escore de cálcio = 0), Ressonância Cardíaca (dilatação leve de VE, fração de ejeção de 40%). Quando submetido a análise molecular, identificou-se mutação patogênica para o gene BAG3 em Heterozigose, constatando cardiomiopatia dilatada não isquêmica relacionada à mutação genética. Ao longo de 4 anos se comporta de forma assintomática, porém mesmo com tratamento clínico otimizado não houve remodelamento reverso do VE e desenvolveu progressiva fibrose cardíaca e arritmia ventricular, sendo implantado o CDI para prevenção de morte súbita. Essa abordagem foi discutida pelo time cardiológico com base na nova diretriz europeia de miocardiopatia, e a decisão pelo CDI foi feita em conjunto com o paciente, sendo debatidos os riscos e benefícios. **Discussão:** O coração humano com regulação negativa de BAG3 possui redução na capacidade de geração de força (Fmax) dos miofilamentos, componente do sarcômero responsável por manter as capacidades de micro e macro contração do coração, e gerar um prolongamento do potencial de ação, o que aumenta o risco de arritmias. Na era da medicina personalizada ligada às cardiomiopatias genéticas, a combinação de genótipo fenótipo é fundamental para a tomada de decisão da prevenção da morte súbita cardíaca. Para isso, é fundamental um time multidisciplinar envolvendo cardiologistas, clínicos, médicos ligados a cardioimagem, geneticistas clínicos e eletrofisiologistas, para que junto com o paciente e a família seja possível construir uma abordagem personalizada.

721

Perfil Clínico dos Pacientes com Takotsubo e Choque Cardiogênico com Evolução para Óbito: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WESTERLUND MONTERA; VITOR SALVATORE BARZILAI; FABIO FERNANDES; VERA MARIA CURY SALEMI; ADRIANO MENDES CAIXETA; ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO; LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA; MARCO ANTONIO MATTOS
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os pacientes com Takotsubo (Tk) embora sejam considerados com bom prognóstico, podem evoluir com Choque Cardiogênico (CC),com aumento na mortalidade intra-hospitalar(MIH).Não esta bem definido no Brasil e em registros internacionais o perfil clinico dos pacientes com Tk-CC que evoluem para o óbito(Tk-CC-O). **Objetivo:** Determinar o perfil clinico dos pacientes com Tk-CC que evoluíram para o óbito intra-hospitalar. **Materiais e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram comparadas as variáveis clinicas,terapêuticas,ECG, ecocardiograma (ECO) e coronariografia (CAT) dos pacientes que evoluiram com Tk-CC-O versus Tk-CC-ñO. Foi realizado analise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk-CC-O. **Resultados:** 448 pacientes hospitalizados com Tk sendo que 66 pacientes (16,6%) evoluíram com Tk-CC, com uma MIH de 25,8% cerca de seis vezes em relação aos pacientes com Tk sem CC (4%). Os pacientes que evoluíram com Tk-CC-O apresentaram significativa associação EAP (70% VS 18%; P<0,0007) e HAS (34% vs 12,5%; p=0,05), sem diferenças nas demais variáveis clinicas. Não foram observados associações significativas nas alterações no ECG,ecocardiograma e CAT,com Tk-CC-O. Na terapêutica utilizada durante a internação , os pacientes que conseguiram usar BB (8,8% VS 43%; P=0,001) e IECA/BRA(12% vs 39%;p=0,01) apresentaram uma associação com Tk-CC-ñO. O uso de Vasopressina demonstrou estar associados a evolução para Tk-CC-O (47% vs 18%; p-0,02). Na regressão logística a presença de EAP (OR:16; IC95%:3,8-68; p=0,0001) demonstrou associação de Tk c/CC-O e o uso de BB (OR:0,18; IC 95%:0,03-0,9; p=0,03) e IECA/BRA (OR:0,17; IC 95%:0,03-0,9; p=0,0003), com associação de Tk-CC-ñO. **Conclusões:**O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou que os pacientes com Tk-CC associado com EAP apresentaram uma significativa associação de evolução para Obito. Os pacientes que conseguiram utilizar a terapêutica com IECA/BRA e BB apresentaram uma significativa associação com sobrevida, demonstraram serem fator protetor ou indicador de um melhor prognóstico em pacientes com TK-CC.

739

Influência dos Distúrbios do Potássio na Mortalidade Intra-Hospitalar de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada

PEDRO CASTELLO BRANCO MORAES; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; BRUNO REZNIK WAJSBROT; MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT; MARIANA BARROS CASTELLANETA; RODRIGO PAULINO MAGALHÃES SILVA; BRUNA ZANGEROLAME CARVALHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Distúrbios envolvendo a homeostase do potássio são frequentemente observados em pacientes internados por Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada, e podem estar associados com pior prognostico intra-hospitalar (IH). **Objetivo:** Identificar qual a medida de potássio sérico ao longo da internação está associada com mortalidade IH: potássio da admissão, maior ou menor potássio. **Materiais e Métodos:** Estudo de coorte observacional, longitudinal, retrospectivo, realizado em hospital universitário quaternário. Incluídos pacientes admitidos com IC descompensada entre setembro de 2019 e setembro de 2021. coletados os dados do potássio na admissão, maior e menor potássio ao longo da internação. Hipercalemia definida como valores de potássio acima de 5,1, enquanto hipocalemia abaixo de 3,5, conforme o valor de referência do laboratório da instituição. O estado vital foi avaliado de acordo com registro de prontuário. Clearence de creatinina foi calculado através do CKD-EPI versão 2021. Dados foram analisados utilizando o programa SPSS, utilizando nível de significância estatística de 5%. A porcentagem de dados de potássio ausentes na análise foi <10%. **Resultados:** 303 pacientes foram admitidos por IC descompensada no período da análise. Destes, 58,4% eram homens, com média de idade de 63,7 ± 14,3 anos; 81,5% apresentavam disfunção sistólica, 31% com etiologia isquêmica e 12,4% etiologia valvar; 66% eram hipertensos, 33,8% diabéticos, 30,7% com fibrilação atrial ou flutter, e 57,9% doença renal crônica (clearence de creatinina menor que 60%). A média de potássio na admissão foi de 4,44 ± 2,41mEq/L. A incidência de hipercalemia na admissão foi de 13,9% e de 49,5% ao longo da internação, enquanto a de hipocalemia foi de 10,9% na admissão e de 30% ao longo da internação. A mortalidade IH foi de 15,2%. A análise de curva ROC mostrou que a variável que melhor se relacionou com óbito IH foi o menor potássio da internação (AUC 0,73). O valor de corte desta variável encontrado para melhor prever a chance de óbito IH foi de 3,45 (sensibilidade de 74,3% e especificidade de 67,4%). Como esse valor é semelhante ao valor de referência do laboratório de 3,5, optamos por manter este último como ponto de corte para avaliar a associação entre mortalidade e a hipocalemia na internação. Encontrou-se um OR de 5,98 – IC 95% 2,96 – 12,0, p valor < 0,001). **Conclusões:** Em nosso estudo os distúrbios do potássio foram frequentes e a hipocalemia durante da internação esteve associada a uma maior chance de óbito intra-hospitalar.

744

Perfil Epidemiológico da Taxa de Óbitos por Insuficiência Cardíaca na Bahia: uma Análise do Decênio de 2013 a 2023

WESLEY DE JESUS BATISTA; MICHELLE DE SANTANA ARAÚJO; GILGLÉCIA DOS SANTOS MENDES; JOÃO PEDRO GOMES DA CONCEIÇÃO OLIVA; JOÃO GABRIEL BATISTA SIMON VIANA; EULA PAULA DOS SANTOS; ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES
Universidade do Estado da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de disfunção ventricular, onde o coração é incapaz de bombear sangue de forma adequada ou somente à elevadas pressões de enchimento, que são provenientes de alterações estruturais ou funcionais do coração por sinais e sintomas típicos resultantes da redução do débito cardíaco e/ou do aumento da pressão. À vista disso, o presente estudo caracteriza o panorama de óbitos pela doença segundo dados epidemiológicos. **Objetivo:** Qualificar o quadro epidemiológico da taxa de óbitos no Sistema Único de Saúde por Insuficiência Cardíaca no estado da Bahia, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023. **Materiais e Métodos:** Este é um estudo de teor ecológico, descritivo e retroativo, pautado na plataforma nacional de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e em informações do perfil de óbitos no território baiano. Além disso, foram considerados as variáveis cor/etnia, sexo e faixa etária. **Resultados:** Na Bahia, ocorreram 17.262 óbitos por IC, com Salvador liderando com 16,2%, seguida por Itabuna (4,0%) Vitória da Conquista (3,1%) Feira de Santana (3,1%) e Juazeiro (3,0%), respectivamente. Os dados englobam ambos os sexos, com 51,9% masculino e 48,1% feminino, indicando pouca disparidade entre os sexos dado à partilha de fatores de risco. Ainda, 90,2% do total foram autodeclarados negros, com média etária entre 60 e 75 anos. **Conclusões:** A incidência de óbitos por IC na Bahia expôs a realidade desafiadora para o sistema de saúde local. Face à sua natureza difusa, são altas as taxas de internação e mortalidade. A predominância dos casos em Salvador deve-se, provavelmente, à maior concentração populacional e por dispor de um sistema de notificações mais robusto. Embora a extensão epidemiológica da doença, é crucial considerar a expressiva taxa de subnotificação de dados, visto que essa lacuna não reflete adequadamente a realidade e introduz um enviesamento amostral. Os resultados deste estudo destacam a urgência de estratégias direcionadas para o manejo e prevenção dessas condições e enfatizam a importância de uma abordagem integrada, que inclua não somente a detecção precoce e o tratamento eficiente, mas também a educação pública sobre fatores de risco e medidas preventivas.

776

Análise do Perfil das Internações por Insuficiência Cardíaca no Estado do Rio de Janeiro de 2013 a 2022

VANESSA DE CAMPOS SANTOS; MATHEUS BARRETO DA SILVA FEIJÓ; VINICIUS RAMOS DE OLIVEIRA; MARIANA DE PAULA PIRES; MATHEUS RAGGHIANTI NEY FERREIRA; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; VINICIUS MACÁRIO MENDES; ADRIANA MUNFORD LIMA PIMENTEL
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que consiste na incapacidade do coração em suprir o metabolismo tecidual. Em 2020, foram 100 mil novos diagnósticos de IC segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o que representa um desafio significativo para os sistemas de saúde devido à sua prevalência crescente. Em 2007, aproximadamente 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram destinados às internações por IC. **Objetivo:** Analisar e comparar a taxa de internação por insuficiência cardíaca entre as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo de dados fornecidos pelo DATASUS, no período de 2013 a 2022. Foram avaliadas e comparadas as taxas de internações por insuficiência cardíaca nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. **Resultados**: Nesta análise, observa-se que a taxa de internação por insuficiência cardíaca aumenta progressivamente conforme o avanço da faixa etária estudada. A população entre 70 a 74 anos apresentou maior taxa de internações por IC em todas as regiões de saúde, tendo um aumento expressivo a partir dos 50 anos. Com relação a isso, o número de internações da faixa etária de 50 a 54 anos na Região Metropolitana II aumentou aproximadamente cinco vezes em comparação com a faixa anterior de 45 a 49 anos. A Baixada Litorânea apresentou uma taxa de internações por IC 27% menor que a média das regiões de saúde na população entre 20 e 24 anos. A população do sexo masculino teve uma taxa de internação por IC 65,2% maior que a população do sexo feminino. A região Metropolitana II apresentou alta discrepância entre os sexos, sendo 127% maior em homens em relação às mulheres. A taxa de internações foi significativa na região Noroeste, sendo 144% maior que a média das regiões de saúde e cerca de quatro vezes superior à da região Metropolitana I. **Conclusões:** Evidencia-se a necessidade da adoção de políticas públicas que combatam incisivamente o desenvolvimento de IC na população do Estado do Rio de Janeiro. As intervenções devem ser especialmente destinadas aos cidadãos com mais de 50 anos de idade, faixa etária em que a prevalência é destacadamente maior. Ademais, as maiores taxas de internação para indivíduos do sexo masculino e na região Noroeste do Estado explicitam que fatores sociais e demográficos também devem ser considerados.

762

Avaliação da Acurácia Diagnóstica de Insuficiência Cardíaca por Chatbots de Inteligência Artificial

JHONATAN LUCAS QUIRINO SANTOS; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; ELAINE MEDEIROS PAIVA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA
Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) configura-se como uma grave questão de saúde pública no Brasil, onde o diagnóstico precoce e realizado de forma correta torna-se imprescindível para um bom prognóstico. Nesse ínterim, com o advento da inteligência artificial, popularmente na figura dos Chatbots, novas possibilidades de diagnóstico podem surgir com o auxílio da tecnologia. Entretanto deve-se analisar a qualidade e a eficácia desses mecanismos para o diagnóstico da IC. **Objetivo:** Avaliar a acurácia diagnóstica da Insuficiência Cardíaca de Chatbots gratuitos na internet de modo comparativo. **Materiais e Métodos:** Estudo experimental, do tipo observacional transversal realizado em uma instituição universitária. Foi realizado uma revisão na literatura em diretrizes de Insuficiência Cardíaca e elencados 5 sintomas relacionados. Em seguida, 5 perguntas foram feitas em português e inglês no site ChatGTP (https://chat.openai.com/), Gemini (https://gemini.google.com/app) e o aplicativo do Bing sobre a Insuficiência Cardíaca. As respostas foram comparadas quanto à capacidade de indicar a IC como possível causa dos sintomas. **Resultados:** Foram realizadas 15 perguntas, sendo 5 em cada uma das três IA's. Houve divergência nas respostas quando realizadas em horários e por pessoas diferentes. Não houve alterações nas respostas relacionadas a mudança do idioma português para o inglês. Dentre as respostas obtidas, 80% do Bing, 40% do Gemini e 40% do ChatGTP incluíram o diagnóstico IC como hipótese diagnóstica pela sintomatología descrita, porém em todas as respostas havia outras possibilidades diagnósticas. **Conclusões:** A Inteligência artificial é capaz de processar um grande volume de dados, realizar análises complexas em tempo real e gerar respostas rápidas. Entretanto, apesar do acerto em 80% pelo Bing, esse estudo demonstrou que os Chatbots mais comuns ainda são imprecisos e pouco reprodutíveis como meio diagnóstico alternativo para uso pela população pois gera respostas inconclusivas e não substituem a necessidade de um profissional de saúde na avaliação.

813

Perfil Clínico-Epidemiológico das Miocardiopatias Pediátricas – Resultados da Fase 1 do Registro CHARISMA

ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; RAQUEL GERMER TOJA COUTO; VIRGINIA LAIS FERREIRA; EDUARDA CORREA MAIA; GABRIELLA LIMA PEREIRA DA SILVA; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; SARA AIMÉE MIRANDA; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Ambulatório de Cardiogenética do Hospital Universitário Antônio Pedro – Niterói – Rio de Janeiro - Brasil
Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares – UFF – Niterói – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As miocardiopatias (MCP) pediátricas constituem um grupo de doenças raras (1:100.000) com elevada morbimortalidade, são importante indicação de transplante cardíaco. **Objetivo:** Apresentar os resultados fase 1 do Registro CHARISMA (Registry of Children and Adolescents with Cardiomyopathy and Myocarditis). **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo de portadores de miocardiopatias com início dos sintomas na infância ou adolescência, provenientes da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, entre março de 2019 e agosto de 2023. Estudadas variáveis clínicas e epidemiológicas. **Resultados:** Total de 46 participantes, com média de idade de 6,7 anos (DP=7,3), maioria do gênero masculino (57%). Os meninos foram diagnosticados mais precocemente (5,3 vs 8,4anos, p=0,155) que as meninas. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 1,27 ano (p=0,34, DP=1,94). Os fenótipos foram: MCP dilatada (15), hipertrófica (15), não compactada, (12), restritiva (1), arritmogênica (2) e hipocinética não dilatada (1). A maioria (58%) foi diagnosticada devido sinais e sintomas cardiovasculares, como insuficiência cardíaca (11), dor torácica (6), arritmia (3), síncope (1) e sopro cardíaco (6); seguidos por achados em pacientes submetidos à investigação de síndromes genéticas (12) ou triagem familiar (3), 4 foram diagnosticados durante avaliação pré-participação. A investigação genética foi realizada em 24 participantes (52%), o diagnóstico foi confirmado em 17 (70,8%), sendo observado alterações monogênicas e cromossômicas; tais como variantes patogênicas em genes sarcoméricos (MYH7) e microdeleções. Síndrome de Noonan, Williams, Danon e Duchenne foram identificadas. Miocardite ocorreu em 17%. A mortalidade foi de 10,8% (4 MCP dilatada e 1 MCP restritiva). A média da fração de ejeção ao ECO foi menor entre os que evoluíram para o óbito (35,5% vs 62,2%, p=0,005) e a dosagem média do NT-pro BNP foi mais elevada (14428,64 vs 634,9 p=0,037). Nenhum participante foi submetido ao transplante cardíaco, porém 4 tiveram indicação, destes 3 com MCP dilatada evoluíram para o óbito (75%) e 1 com MCP não compactada aguarda o transplante. **Conclusões:** Neste primeiro Registro de MCP pediátricas do RJ foi possível identificar um padrão heterogêneo de apresentação, com predomínio dos fenótipos dilatado e hipertrófico. A positividade do teste genético foi elevada (70%), confirmando sua importância. Estes resultados são semelhantes aos observados nos Registros internacionais, onde há grande diversidade fenotípica e elevada mortalidade.

815

Cardiomiopatia Hipertrófica Assimétrica Associada a Origem Anômala de Coronárias

RICARDO JAVIER NAVARRETE SUAREZ
Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) e as anomalias na origem das coronárias, são nessa ordem as doenças cardíacas de origem genética mais prevalentes e as causas mais comuns de morte súbita cardíaca (MSC) em pacientes jovens e atletas. A associação de ambas as condições é incomum e existem poucos relatos na literatura. O caso apresentado descreve os achados de CMH e as coronárias anômalas de um paciente atendido no ambulatório de um hospital terciário. **Relato do Caso:** Masculino de 68 anos, com história prévia de Hipertensão Arterial, Doença Renal Crônica não dialítica e Hiperuricemia. Relatava dor torácica atípica e história de 1 episódio de sincope há mais de 30 anos, sem novos eventos. Negou dispneia e/ou palpitações. O eletrocardiograma mostrou sinais de sobrecarga ventricular esquerda. O Ecocardiograma transtoracico observou achados compativeis com cardiomiopatia hipertrofica septal assimetrica porem sem movimento sistólico anterior da valvula mitral. Solicitada Angiotomografia de coronárias que evidenciou duplicação da artéria descendente anterior (DA) com origem do ramo longo a partir do seio de Valsalva direito com trajeto intramiocárdico e o ramo curto a partir do seio de Valsalva esquerdo; a artéria circunflexa (Cx) tinha origem anômala a partir do seio de Valsalva direito e com trajeto retroaórtico. A Ressonância Magnética mostrou extenso realce tardio de distribuição mesocárdica e aspecto algodonoso envolvendo os segmentos basal, médio e apical do septo interventricular (SIV) sugestivo de fibrose (estimada em 16%) usualmente observada na CMH. Foi optado pelo tratamento clínico, solicitado teste genético e encaminhado para avaliação de cardiodesfibrilador implantável (CDI) com a equipe da arritmologia. **Discussão:** A coexistência da CMH com as coronárias de origem anômala é rara tanto na população jovem quanto na idosa e juntas aumentam exponencialmente o risco de MSC. A correção cirúrgica da Cx anômala geralmente não é necessária ou é controversa. São necessários estudos genéticos para identificar padrões de associação.

Referências Bibliográficas: Tyczyński P, Michałowska I, Dąbrowski M, et al. Hypertrophic cardiomyopathy and anomalous origin of the left coronary artery: a rare coexistence. Kardiol Pol. 2020; 78: 1189-1190. doi:10.33963/KP.15553. Woźnica A, Tyczyński P, et al. Hypertrophic obstructive cardiomyopathy with anomalous left circumflex coronary artery. Kardiologia Polska 2018; 76, 7: 1118; DOI: 10.5603/KP.2018.0141.

817

Síndrome de Williams: Rara Apresentação de Miocardiopatia Hipertrofica

RAQUEL GERMER TOJA COUTO; ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; ANNA ESTHER ARAUJO SILVA; FERNANDA PAES LEME FERNANDES VEIGA; JULIANA ELMOR MAINCZYK; AUREA LUCIA AZEVEDO ALVES GRIPPA DE SOUZA; SANDRA VITORIA THULER PIMENTEL; EVANDRO TINOCO MESQUITA
Ambulatório de Cardiogenética do Hospital Universitário Antônio Pedro – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil
Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares – UFF – Niterói – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A síndrome de Williams (SW) é uma doença genética rara (7,500–20,000 nascimentos) caracterizada por múltiplas manifestações clínicas, incluindo, alterações cardiovasculares, renais, e fenótipo facial peculiar. As anormalidades cardiovasculares estruturais estão presente em 80% dos casos, sendo a estenose supravalvar aórtica a mais comum. A presença de miocardiopatia hipertrófica (MCH) é extremamente rara. **Relato do Caso:** Lactente de 12 meses de idade internado para investigação de desnutrição e atraso do desenvolvimento, desde 6 meses de idade. Apresentava-se com irritabilidade, IMC = 12,6 (z-score <-3), FC: 117 bpm, FR: 32 irpm, PA: 123x76mmHg (>P95+12mmHg, HAS estágio 2), ectoscopia com dismorfismos faciais característicos da SW, RCR 2T com sopro sistólico 2+/6 em borda esternal esquerda, pulsos palpáveis e simétricos. Aparelho respiratório e abdome normais. Seu eletrocardiograma mostrou QTc 276 mseg, BRD completo e alteração difusa da repolarização ventricular, o ecocardiograma evidencia hipertrofia médio apical de ventrículo esquerdo (z=+2,72) com obstrução intraventricular (gradiente 45 mmHg), ausência de estenoses. Evidenciado anemia (hematócrito=25%, Hg = 9,2g/dL) alterações renais e metabólicas: hipercolesterolemia (CT=323mg/dL, LDL= 125, HDL= 24, VLDL=173), hipertrigliceridemia (953mg/dL), doença renal crônica estágio IV, nefrocalcinose, com hipercalciúria (Cálcio =14,9), fsendo necessário uso de pamidronato. Diante dos achados, foi submetido exames genéticos, incluindo FISH para confirmação da microdeleção e sequenciamento de genes relacionados à MCH. O exame de FISH confirmou a microdeleção no cromossomo 7q11.23, característica da SW. O sequenciamento genético não evidenciou variantes patogênicas relacionadas à MCH. Estavél, com 20 meses de seguimento no ambulatório de cardiogenética, em uso de propranolol, anlodipina e furosemida, evoluiu com normalização dos níveis pressóricos, de cálcio e do intervalo QTc, feito gastrostomia com melhora do estado nutricional, faz fisioterapia motora com melhora dos marcos do desenvolvimento. **Discussão:** Este caso documenta a relação entre SW e a MCH, visto que o sequenciamento genético excluiu a presença de alterações monogênicas que pudessem justificar a MCH e o FISH confirmou a SW. A presença de MCH na ausência de lesões vasculares obstrutivas é extremamente rara na SW, sendo este o segundo caso relatado. Estudos são necessários para compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes para melhor abordagem dos pacientes.

832

Insuficiência Cardíaca por Cardiomiopatia Isquêmica em Paciente com Histórico de Uso de Drogas: um Relato de Caso

PEDRO VICTOR GONÇALVES MONTALVAO; VICTOR COELHO MATTOS; MARIANA LIANIRA BENIZ SOUZA
Hospital Municipal Salgado Filho – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiomiopatia isquêmica (CI) é uma condição clínica resultante da redução do fluxo sanguíneo coronariano, levando à disfunção cardíaca progressiva. A associação entre o uso de drogas e as doenças cardiovasculares tem sido cada vez mais reconhecida. Pacientes com histórico de abuso de substâncias psicoativas frequentemente apresentam fatores de risco cardiovascular modificáveis, como tabagismo, hipertensão e dislipidemia, que contribuem para o desenvolvimento precoce de CI. Este relato de caso examina a evolução clínica de um paciente ex-usuário de drogas que desenvolveu CI, culminando em insuficiência cardíaca. **Relato do Caso:** Mulher parda, 53 anos, admitida com quadro de dispneia progressiva, edema de membros inferiores, ascite e vazamento de líquido claro em orifício puntiforme na região do abdome. Previamente revela uso crônico de cocaína, com cessação há um ano após um infarto agudo do miocárdio. A paciente também tinha antecedentes de hipertensão não controlada e tabagismo. Ao exame físico apresentava batimentos cardíacos regulares, estertores pulmonares bilaterais difusos e presença de roncos. A ecocardiografia revelou aspecto de cardiomiopatia isquêmica em fase dilatada, com aumento biatrial e de VE; Disfunção ventricular esquerda grave com fração de ejeção estimada em 25% com contratilidade preservada e regurgitante tricúspide importante; VCI dilatada (2,7cm); Presença de líquido ascítico sem derrame pericárdico. Laboratorio com sorologia positiva para Hepatite C. Foi realizada uma paracentese para avaliação do líquido e iniciado tratamento com Furosemida, Espironolactona, Carvedilol e Captopril para compensação clinica. **Discussão:** A paciente carrega consigo uma cascata de fatores de risco cardiovascular que, combinados, aumentam significativamente o risco de eventos adversos. O histórico de abuso de cocaína é conhecido por desencadear uma série de eventos fisiopatológicos que predispõem ao infarto agudo do miocárdio. No caso, esse serviu como um ponto de inflexão crucial, no início da gestão da insuficiência subsequente. A cardiomiopatia isquêmica, manifestou-se como disfunção ventricular esquerda grave, com fração de ejeção reduzida e comprometimento hemodinâmico significativo, evidenciando as consequências devastadoras do infarto. A terapia medicamentosa utilizada visou compensar a parte cardiológica e dar início ao tratamento da ascite. Após duas semanas de terapia medicamentosa houve compensação do quadro cardiologico em acompanhamento conjunto com o serviço de gastro.

833

Arritmias Ventriculares em Paciente com ICFER: Multiplicidade de Indicações e Controvérsias para Implante de CardioDesfibrilador Implantável (CDI)

CARLOS FILIPE PIMENTA; PEDRO FERNANDES RIBEIRO; DANIELA CAPUTI; SABRINA BARBOSA PACHECO; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSE XAVIER LOPEZ
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A morte súbita é responsável por cerca de 40% das mortes de portadores de IC, sendo a maioria decorrente de taquicardia ventricular (TV) ou fibrilação ventricular (FV). O implante de CDI é efetivo para o controle de arritmias ventriculares potencialmente letais e na prevenção de morte súbita cardíaca (MSC). A indicação do implante de CDI é variável de acordo com indicação de profilaxia primária ou secundária, apresentando razoável discordância entre as principais diretrizes que tratam do assunto. **Relato do Caso:** Masculino, 48 anos, portador de ICFER de etiologia não isquêmica, em classe funcional NYHA I e fibrilação atrial (FA) sob controle de frequência, apresenta desconforto torácico de início súbito associado a sensação de palpitações, sudorese e extremidades frias. Eletrocardiograma de admissão em serviço de urgência mostra TV monomórfica sustentada. Submetido a cardioversão elétrica com 200J com retorno ao ritmo de base – FA de alta resposta ventricular. Indicado CDI sob a proposta de profilaxia secundária de morte súbita. Oportunizada internação para realização de Ressonância Magnética Cardíaca para avaliação etiológica que mostra padrão de cardiomiopatia hipertrófica (CMH) sem obstrução da via de saída do ventrículo esquerda e grande carga de fibrose, estimada em 17% da massa do VE. **Discussão:** Existem recomendações recentes para a indicação de implante de CDI em pacientes portadores de CMH: 1) profilaxia primária baseada em variáveis clínicas e Scores de Risco (HCM Risk-SCD – ESC) e 2) Profilaxia secundária baseada na ocorrência FV ou TV sustentada com critérios de instabilidade, quando há expectativa de vida > 1 ano. O paciente em questão tem indicação de implante de CDI em ambos os cenários. Em relação a profilaxia secundária há consenso entre as principais diretrizes (SBC, AHA e ESC). Já em relação a profilaxia primária, há discordância: o paciente em questão não teria indicação baseada na diretriz europeia, já que não é considerado de alto ou intermediário risco estimado pela calculadora sugerida por tal sociedade. Entretanto, teria indicação do implante do dispositivo nesse contexto clínico segundo as diretrizes Brasileira e Americana por apresentar variável clínica de alto risco – carga de fibrose > 15%. Tal discordância é relevante dado a importância das sociedades divergentes e ao fato de que pacientes que poderiam se beneficiar do dispositivo podem ser excluídos, podendo evoluir de maneira desfavorável na dependência de rápido acesso aos serviços de saúde.

840

Insuficiência Cardíaca Grave em Homem Jovem Associado ao Uso de Esteróides Anabolizantes

CLARISSA THIERS; OTÁVIO MARTINO; JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA; TAÍSSA SANTOS MONTEIRO; JULIANO GOMES MENDONÇA FERREIRA; ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO DOS SANTOS SERPA; WAGNER ALVES
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O abuso de esteróides anabolizantes tem se tornado motivo de preocupação de diversas sociedades médicas e o usuário habitual geralmente é homem com idade entre 20 e 40 anos, em busca de estética e performance. Uma variedade de outros agentes com a mesma proposta vem sendo associada – como GH, levotiroxina, tamoxifen, clomifen e gonadotrofina. A curto prazo podem gerar hipertensão, palpitações, arritmias, tromboses e consequente morte súbita. Porém, efeitos a longo prazo incluem insuficiência cardíaca, distúrbio do humor e ansiedade, hipogonadismo e infertilidade. **Relato do Caso:** Relatamos o caso de homem com 37 anos, profissional de Educação Física, há 10 anos em uso de esteróides anabolizantes (especialmente decadurabolin), admitido com síndrome edemigênica e dispnéia progressiva com 20 dias de evolução, admitido em NYHA IV. O Ecocardiograma transtorácico identificou cardiomiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida (27% - Simpson), hipocinesia difusa, aumento biventricular com trombo aderido à ponta de VE, insuficiência mitral moderada e tricúspide grave. A ressonância confirmou os achados, agregando a informação de trombo também em VD, edema e fibrose intersticial em mapa T1, sem fibrose. Houve melhora funcional (NYHA II) e das escórias nitrogenadas ao longo de 1 semana com diureticoterapia venosa, beta-bloqueador e inibidor da ECA associados à antagonista da aldosterona, com perda estimada em 8 Kg. Receberá alta breve para seguimento ambulatorial e reabilitação cardíaca. **Discussão:** A prevalência do uso ilícito de esteróides anabolizantes em homens treinados fisicamente tem aumentado significativamente. O caso acima representa o exato perfil mais comumente relatado na literatura, porém refletindo a maior gravidade do uso excessivo a longo prazo e servindo de alerta às Sociedade Médicas e população. Estudos brasileiros estimam que 3,3% da população (sendo 6,4% dos homens e 1,6% das mulheres) faz uso ocasional ou frequente de esteroides anabolizantes. Esse percentual pode ser ainda maior entre esportistas recreacionais, atletas e estudantes do ensino médio. A despeito do edema intersticial, não há evidências que justifiquem o uso de corticoterapia nesses casos em que identifica-se extenso edema em mapa T1. Dados acima servem de alerta ao uso indiscriminado pela população, corroborado pela facilidade de acesso às substâncias, sendo as mais utilizadas em nosso País: Durateston – 41,37%; Deposteron – 21%; Deca-Durabolin – 13,79%; Winstrol – 13,79% e Hemogenin – 10,34%.

842

Insuficiência Cardíaca Complicada por TEP Agudo Submetido ao Transplante Cardíaco

KARINE MENDES ALVES; RAFAEL PIZZO DA CRUZ; ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA; CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; LUCAS ARANTES VASCONCELOS; MARCO ANTONIO DE MATTOS; LARISSA DUNGS BIOLCHINI; DANIEL COSENDEY GANIMI
Hospital Unimed Rio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Paciente masculino, 43 anos, portador de HAS, obesidade, cardiomiopatia dilatada de etiologia idiopática diagnosticada em 2012, com disfunção grave biventricular, apresentando 02 internações prévias por IC no último ano, pai falecido aos 52 anos de miocardiopatia dilatada. Internado no dia 04/12/2023 por quadro de TEP bilateral confirmado por angiotomografia arterial do tórax que evidenciou presença de falha de enchimento em diversos territórios. Realizou doppler venoso de membro inferior direito que demonstrou em veia poplítea trombo com aspecto agudo. Ecocardiograma transtorácico evidenciou cardiopatia dilatada com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo importante por hipocinesia difusa das paredes, disfunção do ventrículo direito, veia cava inferior congesta. **Relato do Caso:** Inicialmente sem critério de gravidade, recebeu terapia clínica otimizada de insuficiência cardíaca e anticoagulação plena. Evoluiu no segundo dia de internação com instabilidade hemodinâmica apresentando episódio súbito de dispneia, sudorese fria, dessaturação, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão arterial. Foi optado pela realização de trombólise e iniciada dobutamina. Após boa evolução do quadro, foi realizada tentativa de redução da dose de inotrópico, porém paciente evoluiu com sinais de congestão e baixo débito, sendo iniciado infusão de milrinona além de, otimização da terapia diurética e suporte de oxigênio, com boa resposta clínica. Houve falha durante as tentativas de redução da dose do inotrópico, sendo então necessária sua manutenção, encontrando-se, portanto, em INTERMACS 3. Ecocardiograma transtorácico evolutivo mantendo disfunção grave de ventrículo esquerdo (FE 22% Simpson), disfunção sistólica do ventrículo direito, com PSAP 67 mmHg, insuficiência tricúspide grave e veia cava inferior congesta. **Discussão:** O caso foi discutido pelo Time Cardíaco que indicou transplante cardíaco em que foi pontuado a necessidade de se aguardar pelo menos 3 semanas do diagnóstico de tromboembolismo pulmonar por se tratar de uma contraindicação relativa ao transplante. Foi realizado teste de vasorreatividade com cateter de Swan-Ganz que evidenciou baixas resistências (1,1 WOOD) e baixo gradiente transpulmonar. Paciente foi incluído na lista de transplante no dia 28/12/2023 e foi então, submetido ao transplante cardíaco no dia 22/02/2024. Apresentou boa evolução clínica no pós-operatório, estando sem infusão de inotrópico e ventilando em ar ambiente, teve alta do CTI no dia 29/02/2024.

862

Mortalidade de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada e Doença Renal Crônica em Dois Grandes Centros Terciários

MARAYAH SAMPAIO RUAS DA FONSECA; GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; ISABELA CÂNDIDA MONTES CLARO; CLARA BARUFFALDI FARINHAS; GLÁUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Hospital Barra D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de alta prevalência e mortalidade no Brasil, que se caracteriza pela incapacidade do coração em bombear sangue adequadamente para os tecidos. A doença renal crônica (DRC) é um fator de risco reconhecido para a IC, que aumenta sua morbimortalidade. **Objetivo:** Comparar as características clínicas, o tempo de internação e a mortalidade tardia de pacientes com IC e DRC em 2 centros terciários da cidade do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva que incluiu pacientes admitidos em unidade coronariana por IC descompensada entre setembro de 2011 e dezembro de 2021 em 2 grandes centros de hospitais privados. Os critérios diagnósticos de IC foram baseados nos sinais e sintomas clássicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme a presença ou ausência de DRC, definida pelo relato prévio da doença associado ao clearance de creatinina <60 mg/dl. Para a análise estatística, utilizou-se o teste T de Student para variáveis contínuas, o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas e a regressão de Cox para análise de sobrevivência, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram incluídos 1257 indivíduos, idade média de 75 ± 16,7 anos, predomínio de homens (57%). Analisando insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada, levemente reduzida e reduzida, ICFEP, ICFELr e ICFEr, encontramos uma prevalência de 35,9% x 20,6,5% x 43,4%, respectivamente. A frequência de DRC foi de 23,3%. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos com e sem DRC (21,7% x 23,5% x 24,5%, p=0,5). Os pacientes com DRC apresentaram maior frequência de hipertensão arterial (70,0% x 39,0%, p<0,001) e diabetes prévias (50,5% x 49,5%, p<0,01). A mortalidade hospitalar (8,6%x8,2, p=0,9) e tardia (73,7%x72,3%. p=0,65) não teve diferença estatística. **Conclusões:** Conclusão: Em 2 grandes centros hospitalares terciários com alta prevalência de IC e DRC, a última conhecida como fator de pior prognóstico, não foi observado associação da DRC com maior risco de morte hospitalar ou tardia nestes centros.

863

Caracteristicas Clínicas e Mortalidade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Aguda de Dois Grandes Centros de Acordo com a Fração de Ejeção

GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; CLARA BARUFFALDI FARINHAS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; LETICIA ZANGIROLAMI PERES; ISABELA CANDIDA MONTES CLARO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Hospital Barra D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma complexa síndrome clínica na qual que o coração tem dificuldade em suprir as demandas metabólicas do corpo. As últimas diretrizes estabeleceram um novo conceito de IC com fração de ejeção levemente reduzida (ICFELR) estabelecida entre 40 e 49%, com disfunção sistólica presente, o que a diferencia da ICFEP, porém com disfunção sistólica mais sutil que na ICFER. **Objetivo:** Comparar as características clínicas e desfechos tardios em indivíduos com ICFEp, ICFELr e ICFEr. **Método:** Foi realizada uma análise retrospectiva de indivíduos por diagnóstico clínico de IC aguda, com admissão hospitalar em 2 grandes centros de hospitais privados entre setembro de 2011 e dezembro de 2021. Foram comparadas as características clínicas de indivíduos com ICFELr, ICFEP e ICFER. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparação de médias e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. **Resultados:** Foram incluídos 1257 indivíduos, idade média de 75 ± 16,7 anos, predomínio de homens (57%). Analisando ICFEp, ICFELr e ICFEr respectivamente, encontramos uma prevalência de 35,9% x 20,6,5% x 43,4%, com diferença estatística nas variáveis: Sexo masculino 37,9% x 63,5% x 69,8% (P<0,001), Diabetes prévio (41,3%x43,8%x40,1% (P< 0,001) e AVC prévio (2% x3,1%x1,1%). A mortalidade hospitalar e geral respectivamente após o seguimento foi semelhante entre os grupos (7,5%x8,8%x9,2%; p=0,65 e 73,6%x69,2%x73,4%; p=0,38%). **Conclusões:** Em uma amostra de 2 hospitais terciários, a ICFEr foi a mais prevalente. Houve maior frequência de homens, história de IC prévia, diabetes e AVC prévio. Não houve diferença estatistica na mortalidade hospitalar e tardia no seguimento entre os grupos de FE.

868

Miocardiopatia Não Compactada: um Relato de Caso

RAFAEL ANTUNES VILARINO; RONALDO ALTENBURG ODEBRECHT CURI GISMONDI; MARIANA BOARETTO TORTELLY; VINICIUS GOMES MAIA; ANA ROSA VENTURA DE ANDRADE NUNES; PAULA SANTOS PEREIRA
Hospital Niterói D'Or – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A miocardiopatia não compactada (MNC) é uma doença rara com incidência de 0,014 a 1,3% na população. O diagnóstico é dado por exames de imagem, que mostram uma desproporção entre a área de miocárdio não compactado e miocárdio compactado. A evolução é variável, podendo ser benigna ou potencialmente grave, com risco de morte súbita. A identificação precoce da MNC visa uma melhor sobrevida dos pacientes. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 22 anos, histórico de paralisia cerebral, durante internação para tratamento de sepse cutânea, realizou ecocardiografia que mostrou leve aumento do diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo (VE) e disfunção sistólica leve do VE por hipocinesia difusa, com fração de ejeção estimada de 47% pelo método de Simpson. Prosseguiu investigação da cardiopatia com ressonância cardíaca morfológica, que evidenciou trabeculações excessivas e proeminentes em VE. A relação da espessura diastólica final da camada não compactada e camada compactada do miocárdio do VE era maior do que 2,3, com aspecto compatível de MNC. Diante de tal achado, iniciou tratamento para insuficiência cardiaca e realizou holter 24 horas, que afastou arritmias. **Discussão:** A miocardiopatia não compactada (MNC) é uma cardiopatia rara e congênita, que resulta da parada intrauterina da compactação miocárdica no início do desenvolvimento fetal, e que determina trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intertrabeculares profundos e espessamento do miocárdio em duas camadas distintas (compactado e não compactado). As apresentações clínicas são variadas. Os pacientes podem ser assintomáticos ou demonstrar sintomas de insuficiência cardíaca, arritmias e tromboembolismo. O diagnóstico de MNC é suspeitado pela ecocardiografia. A observação de duas camadas distintas de miocárdio (não compactada de aspecto esponjoso e compactada mais fina), com uma relação de espessura entre elas ≥ 2,3, medidas ao final da sístole ventricular, é critério para o diagnóstico. A ressonância magnética cardíaca é o melhor exame para confirmar o diagnóstico e para estratificação de risco. O tratamento é sintomático, direcionado às manifestações mais frequentes da doença, como insuficiência cardíaca, anticoagulação profilática e avaliação de risco pró-arrítmico. Em casos refratários ou terminais, o transplante cardíaco poderá ser uma possibilidade terapêutica. Desta forma, o diagnostico precoce da MNC e o conhecimento da história natural da doença são importantes, dado o potencial de complicações graves.

869

Hospitalização Devido a Cardiopatia Reumática Crônica no Rio de Janeiro: 2014-2023

PAULO VICTOR TURETA FRAGA; PAOLLA MARINHO CONTILDES; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A febre reumática aguda (FRA) é uma condição inflamatória desencadeada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, a qual afeta a orofaringe e desencadeia uma resposta autoimune no corpo, podendo resultar em reatividade contra diversos órgãos. Quando essa é direcionada ao tecido cardíaco, pode evoluir para cardiopatia reumática crônica (CRC), causando danos nas válvulas e no tecido do coração, que podem levar à insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Analisar o comportamento das internações devido à CRC no estado do Rio de Janeiro no período de 2014 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal descritivo, cujos dados foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/DATASUS), por número de internações por CRC e FRA. No filtro, foi inserido o ano de atendimento, faixa etária e caráter de atendimento. Além disso, utilizou-se o valor total gasto, a média de permanência hospitalar por faixa etária e caráter de atendimento e, ainda, aplicou-se óbitos devido à CRC por ano de atendimento e faixa etária. **Resultados:** De 2014 a 2023, houve 4526 internações, sendo 73.2% eletivas e 26.8% urgentes. Dos óbitos, 77.9% foram por atendimentos eletivos, enquanto 22.1% foram urgentes. A taxa de mortalidade para internações eletivas foi de 10.4% e urgentes de 8.1%. Em 2020, o número de internações (N=299) diminuiu em cerca de 66%. A média de permanência em internações eletivas excede em 21.2% a das internações urgentes. A taxa de mortalidade por CRC cresceu linearmente a partir dos 30 anos no período analisado, subindo de 3.73 (30 a 39 anos) para 20 (80 anos ou mais). Em relação à taxa de mortalidade geral, houve um aumento não linear de 2014 a 2020, alcançando o pico em 2020 e diminuindo no período de 2021-2023. Os óbitos foram notadamente maiores entre 50 a 69 anos. O número de internações por CRC é 3.8 vezes maior do que as por FRA. O gasto total público em CRC é 42 vezes maior do que o com FRA, com uma diferença de R$49.207.347,09. **Conclusões:** As internações eletivas superam significativamente as internações de urgência, tanto em número quanto em média de permanência. Houve uma queda acentuada no número de internações em 2020, possivelmente devido ao surgimento da pandemia de COVID-19. A idade foi identificada como um fator de risco para o óbito. Além disso, o número de internações por FRA e o total gasto é consideravelmente menor do que por CRC, sugerindo que a prevenção e tratamento de FRA não está sendo adequada, assim progredindo para CRC.

19
Ressonância e Tomografia Cardiovascular

Int J Cardiovasc Sci. 2024;37(Supp 4):99-100

636

O Papel da Angiotomografia de Coronárias como Método de Rastreio de Doença Aterosclerótica

BRUNO LINHARES AZEREDO CORRÊA; JULIANA DE ARAUJO FRISSO; PAULA FAVIERI DE MELO SILVA; MARIANA KOECHE BESSA; MELINA SAPI TAVARES; FERNANDA MELLO ERTHAL CERBINO; FILIPE PENNA DE CARVALHO
CDPI – DASA – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC) é uma patologia multifatorial, de curso silencioso e de instalação a longo prazo. Sua associação com eventos cardiológicos de maior morbimortalidade já está bem estabelecida. Contudo, poucos estudos documentaram o surgimento e progressão da placa aterosclerótica, principalmente por ser uma enfermidade silenciosa até atingir o grau de estenose significativa (normalmente acima de 70% de obstrução da luz da artéria), no qual os sintomas já se apresentam como sinal tardio de doença avançada. Nesse contexto, a Angiotomografia (angioTC) de coronárias pode auxiliar na identificação precoce e acompanhamento prospectivo da placa. **Relato do Caso:** Paciente, feminina, de 70 anos com DAC leve desde 2021 apresentou evolução da placa aterosclerótica nos últimos 3 anos. No momento do exame, não apresentava sintomas cardiológicos e sua terapia farmacológica não incluía o uso de estatina para redução dos níveis de colesterol LDL. A realização da angioTC com objetivo de rastreio de DAC subclínica, evidenciou importante progressão da aterosclerose coronariana com lesão estenótica significativa (> 70%). Apesar da lesão ser grave, a ausência de sintomas cardiológicos permite, à luz das evidências científicas atuais, a instituição da terapia medicamentosa otimizada (TMO), associada à mudanças do estilo de vida (como exemplo dieta e atividade física) antes de uma terapia intervencionista. **Discussão:** Esse caso anedótico tem por objetivo levantar a discussão sobre a possibilidade do uso da angioTC de coronárias como mais um método no arsenal de rastreio de DAC, inclusive em pacientes assintomáticos, à semelhança da mamografia no rastreio de câncer de mama, e não apenas como estratificação cardiológica não invasiva. Dentre as vantagens, a possibilidade de acompanhamento prospectivo, a facilidade do método, a rapidez do exame, o baixo potencial de complicações, aliados à disponibilidade cada vez maior, podem ajudar no diagnóstico precoce e no controle DAC. A mudança nos hábitos de vida e a instituição de terapias específicas, antes do surgimento de sintomas em paciente portadores de DAC subclínica, tem grande potencial de reduzir eventos cardiológicos de maior gravidade, bem como evitar ou postergar a adoção de terapias intervencionista de elevado impacto financeiro e social. Embora essa análise não esteja nas diretrizes atuais, tal pratica é frequente no mundo real.

736

Avaliação Diagnóstica de Takotsubo Versus Miocardite pela Ressonância Magnética Cardíaca

MARCELO WESTERLUND MONTERA; AMARINO OLIVEIRA JUNIOR; JULIANA SERAFIM; FABIO FERNANDES; MARCO ANTONIO MATTOS; ADRIANO MENDES CAIXETA; JOÃO MANSUR; PEDRO GABRIEL BARROS
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A diferenciação dos pacientes com Takotsubo (Tk) com Miocardite (MC) é um desafio pois apresentam muitas semelhanças na apresentação clinica e nos exames complementares. A Ressonância Magnética cardíaca (RMC) pode ser um importante instrumento para diferenciar a Tk da MC. **Objetivo:** Determinar o perfil dos achados da RMC dos pacientes com Tk e MC. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, comparativo entre pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria), com pacientes com diagnóstico de MC aguda e sub-aguda comprovado por biopsia endomiocárdica. Foram comparadas as carcteristicas clinicas e achados da RMC de ambos os grupos, com analise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk e MC. **Resultados:** 220 pacientes foram avaliados,sendo 130 com Tk e 90 com MC. Os pacientes com Tk apresentavam maior prevalência de mulheres(P<0,0001), idade média 65 ± 14 VS 43 ±13; P<0,0001, e associação de IDADE >48 anos pela curva ROC :AUC=0,8; P<0,0001. Na analise a RMC os pacientes com Tk apresentavam menor grau de disfunção ventricular com FEVE: 52 ±12,8%; P<0,0001 e a associação de FEVE> 37% pela curva ROC: AUC=0,8/ P<0,0001. Os pacientes com MC apresentaram Realce tardio positivo (RT+) em 70,6% (P < 0,0001), com significativo acometimento de paredes anterior(P=0,0006), septal (p<0,0001), inferior (p<0,0001) e lateral (p<0,0001) e distribuição do RT+ transmural P=0,01; mesocardico (P<0,001); e epicárdico (0,03). Edema: 29,2% vs 10%; p<0,0006 demonstrou maior associação com Tk. Na analise da alteração segmentar 33,8% dos pacientes com Tk apresentavam balonamento (p<0,0001), e hipocinesia ou acinesia em 89,4% anterior (p<0,0001), e 87% apical (p<0,0001). Hipocinesia difusa foi observada somente nos pacientes com MC (p<0,0001). Na regressão logistica as variáveis mulher (OR;72; p<0,0001) idade >48 anos (OR:59,2; p<0,0001) FEVE>37% (OR:20,3; p=0,0002) alteração segmentar Anterior (OR:14,9;; p=0,008) demonstraram associação com Tk.A presença de RT + em parede Lateral (OR:0,07; p=0,008) e Septal (OR:0,01; p<0,0001) demonstram associação com MC. **Conclusões:** A RMC em pacientes mulheres com idade > 48 anos e FEVE> 37%, com alteração segmentar em parede anterior e balonamento fortemente estão associados com diagnóstico de Tk. A presença de RT+, e hipocinesia difusa estão significativamente associados ao diagnóstico de MC.

20
Valvulopatias

216

Valve-in-Valve na Abordagem Percutânea de Disfunção de Prótese Mitral em Paciente de Alto Risco Cirúrgico

ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; FERNANDO PALHARES; THIAGO BURGARELLI
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Aproximadamente 23,5% das biopróteses mitrais apresentam disfunção após vinte anos de implante. A abordagem percutânea com o implante transcateter de uma nova prótese sobre a prótese disfuncionante tem sido vista como uma opção cada vez mais viável sobretudo em pacientes de alto risco para substituição cirúrgica. **Relato do Caso:** BVN, 78 anos, feminina, portadora de bioprótese mitral implantada em 2007 devido a dupla disfunção mitral grave de etiologia reumática evoluiu em abril de 2023 com dispneia progressiva, piora da classe funcional – de NYHA I para III –, elevação do NT-ProBNP sérico 6420 pg/ml e o surgimento e intensificação de sopro mitral obrigaram a internação hospitalar. Ao ecocardiograma transtorácico identificou-se aumento da insuficiência mitral em relação ao exame de dezembro de 2022. Com a suspeita clínica de disfunção protética se realizou o ecocardiograma transesofágico (ECOTE) que identificou prótese biológica degenerada com rotura de um de seus folhetos, regurgitação excêntrica grave e PSAP de 60 mmHg. Estabelecido este diagnóstico a troca valvar se tornou obrigatória. No entanto a paciente em questão, 78 anos, frágil, baixo peso (45 Kg), portadora de fibrilação atrial permanente e que havia tratado tuberculose pulmonar em 2022 apresentava elevado risco cirúrgico – Euroescore II de 9,66% e STS de 5,8 % - para a retroca valvar. O Heart Team considerou a possibilidade de implante percutâneo. Após realização de estudo de simulação angiotomográfico de implante de uma bioprótese sobre a prótese disfuncionante se concluiu que a paciente preenchia os requisitos para o implante bem-sucedido de um Valve-in-Valve mitral. Em nove de maio de 2023 foi realizada a intervenção percutânea, por via transeptal, guiada pelo ECOTE e instalada endoprótese sobre a prótese mitral degenerada com excelente resultado inicial, mínimo refluxo protético, gradiente AE/VE máximo de 8 e médio de 2 mmHg e PSAP de 35 mmHg. Após melhora clínica significativa recebeu alta hospitalar e na primeira consulta ambulatorial a paciente se apresentava em classe funcional I (NYHA) e o seu NT-ProBNP sérico era de 297 pg/ml. **Discussão:** Com o avanço das tecnologias de substituição valvar transcateter e a possibilidade de uma abordagem menos invasiva nos pacientes com disfunção de prótese mitral e alto risco cirúrgico. O implante percutâneo de endoprotese mitral, Valve-in-Valve, notadamente por via transeptal, tem se mostrado uma opção viável e segura.

251

Insuficiência Cardíaca Decorrente de Regurgitação Aórtica em Paciente Portador de Valva Aórtica Quadricúspide

JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; LUCIANA COUTINHO BEZERRA; CLARA WEKSLER; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; DANILO CARVALHO FRISSO
Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A valva aórtica quadricúspide (VaQ) é um defeito cardíaco congênito raro, estima-se que ocorra em 0,003% e 0,043% da população geral. Normalmente está relacionada a casos de insuficiência aórtica (Iao),que podem evoluir para quadros de insuficiência cardíaca, porém também pode ocorrer em pacientes assintomáticos, sendo nestes um achado acidental. Não possui relação com outras cardiopatias congênitas. Neste relato descrevemos um caso de regurgitação aórtica em paciente portador de VaQ, destacando a importância do ecocardiograma para o diagnostico final. **Relato do Caso:** Paciente feminina,74 anos, hipertensa, com relato de dispneia de início recente. Refere que conseguia realizar suas atividades diárias sem limitação, porém nos últimos 6 meses iniciou com dispneia aos moderados esforços. Ao exame apresentava ritmo regular, com sopro holodiastólico em foco aórtico +++/+6, associado a ruído de Austin Flint. Realizado Ecocardiograma transtoracico, que demonstrou prótese quadricúspide em posição aórtica (Figuras 1,2), com folhetos assimétricos, e com regurgitação valvar importante (Figura 3), com velocidade protodiastólica 55 cm/s e telediastólica 21 cm/s, associado a disfunção sistólica global leve às custas de hipocinesia difusa com fração de Ejeção (FE) estimada por Simpson 50%. Encaminhada para o ambulatório de pré-operatório e indicado troca valvar aórtica. Equipe de cirurgia cardíaca optou por realização de minitoracotomia a direita, sem necessidade de abertura de esterno, procedimento ocorreu sem intercorrências. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial junto ao departamento de doenças orovalvares da instituição. **Discussão:** A VaQ associada à insuficiência valvar apesar de condição rara, deve ser levada em consideração para diagnóstico diferencial de lesão regurgitante aórtica, sendo uma causa de disfunção cardíaca citada em literatura. O momento cirúrgico ainda é controverso, porém parece seguir as mesmas indicações da abordagem cirúrgica para as outras doenças valvares regurgitantes, de maneira que deve ser indicado o quanto antes do início da perda da função cardíaca, a fim de evitar uma dilatação das cavidades, o que configura um pior prognostico. Nesse sentido, o ecocardiograma se torna fundamental para o diagnóstico e o seguimento da patologia. A combinação de exames clínicos e de imagem, desempenham papel fundamental na identificação da anomalia e no monitoramento da função valvar e cardíaca.

250

Endocardite em Paciente Portador de Prótese Aórtica por Implante Percutâneo (TAVI): um Desafio Diagnóstico e Terapêutico

JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; CLARA WEKSLER; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; BENY BINENSZTOK; LUCIANA COUTINHO BEZERRA
Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) na população geral é uma doença com baixa prevalência, porém quando associada às próteses valvares essa incidência aumenta consideravelmente, estima-se que ocorra em 10% a 30% dos casos de EI. Suas consequências podem ser graves, como destruição valvar, embolização sistêmica e complicações neurológicas. A incidência após a substituição cirúrgica é semelhante à substituição percutânea, havendo riscos específicos associados ao procedimento e ao dispositivo utilizado. **Relato do Caso**: Paciente feminina,71 anos, múltiplas comorbidades, portadora de estenose aórtica grave sintomática. Evidenciado em exames complementares aorta em porcelana, e por ser um risco proibitivo para cirurgia aberta convencional, foi encaminhada para o ambulatório de TAVI, indicado procedimento, e o mesmo ocorreu sem intercorrências. Dez meses apos, procura a emergência com deficit motor súbito em membro superior esquerdo. Realizou tomografia computadorizada de cranio compatível com insulto isquêmico agudo. Diante dos achados aventado possibilidade de evento neurológico por embolização para sistema nervoso central secundário a EI. Coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica pela hipótese diagnóstica de EI associada à prótese valvar. Realizou ecocardiograma transesofágico que demonstrou prótese normofuncionante e sem imagens sugestivas de vegetações ou abscessos. Hemoculturas identificaram Enterococcus faecalis em duas amostras. Optou-se pela realização de PET-CT, que não evidenciou captação em protese valvar. Apesar de exames não demonstrarem presença de vegetação em prótese valvar, paciente fechou critérios para EI (hemoculturas positvas para germe tipico, predisposição pela prótese, febre e evento vascular). Completou seis semanas de antibioticoterapia, sem sequelas neurológicas e com melhora clínico-laboratorial. **Discussão:** Sabe-se que o período de maior incidência de EI é durante o primeiro ano após o procedimento cirúrgico, sendo semelhante, tanto na terapia convencional, quanto, na percutânea, isso ocorre, pois essa fase é o período de menor endotelização do material protético implantado. A EI de TAVI apresenta um prognóstico ruim, pois é sabido que alguns pacientes com EI acabam em nova cirurgia para substituição da prótese acometida, enquanto o grupo TAVI, já apresenta risco cirúrgico proibitivo a cirurgia aberta. Na literatura, os dados sobre "TAVI in TAVI" por EI ainda são escassos, de modo a ser necessário mais pesquisas, a fim de proporcionar um tratamento efetivo nos casos de destruição protética.

341

Fístula de Folheto Mitral Pós-Endocardite Infecciosa: Complicação Tardia ou Doença em Atividade?

CAROLINE AZEVEDO BRIM; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; CLAUDIO QUERIDO FORTES; MARCELO IORIO GARCIA; PAULO HENRIQUE ROSADO DE CASTRO; ARITSON MATEUS MARTINS RODRIGUES; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção das válvulas cardíacas que resulta em complicações locais significativas, como formação de abscessos e fístulas. A fístula de folheto valvar é um evento raro, porém potencialmente que tipicamente ocorre durante a atividade da infecção. **Relato do Caso:** Homem, 62a, hipertenso e com histórico de EI mitral, foi admitido no hospital devido à dor torácica aguda. Não apresentava alterações isquêmicas novas ao ECG, mas a curva de troponina foi positiva, indicando síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. Devido à recorrência da dor torácica, o paciente foi submetido a coronariografia, onde foi encontrada lesão subtotal proximal na artéria descendente anterior. Realizada angioplastia sem intercorrências, com resolução subsequente dos sintomas. Entretanto no ecocardiograma transtorácico, observou-se imagem arredondada aderida à face atrial do folheto anterior da valva mitral com centro anecóico, sugestiva de vegetação com necrose central ou abscesso. Ecocardiograma transesofágico demonstrou uma valva mitral espessada, displásica e redundante, com o folheto anterior alongado, apresentando deformidades significativas, principalmente em A2 e A3, que se projetavam em direção ao átrio esquerdo, provavelmente como sequela da EI. Observaram-se também dois pontos de perfuração no folheto anterior, com fluxo do ventrículo esquerdo em direção ao átrio esquerdo, indicativo de fístula. Para excluir EI em atividade foram coletadas hemoculturas, que não apresentaram crescimento bacteriano. Complementação com tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT) também não evidenciou processo inflamatório/infeccioso na área cardíaca. Além disso, não apresentava outros indícios clínicos de EI ou repercussão hemodinâmica dos achados valvares. Recebeu alta hospitalar assintomático. **Discussão:** Embora a fístula no folheto mitral tenha sido descoberta incidentalmente durante a ecocardiografia, trata-se de uma complicação potencialmente grave da EI e deve ser investigada. De acordo com os critérios de Duke, o diagnóstico de "EI provável" requer um critério maior e um menor. O paciente em questão tinha comprometimento valvar e histórico prévio da doença, justificando a suspeita diagnóstica. Após excluir a possibilidade de infecção com coleta de culturas e PET/CT, optou-se por uma abordagem expectante devido à ausência de repercussões hemodinâmicas relacionadas à fístula.

353

Calcificação de Anel Mitral – Desafios na Abordagem da Doença Grave

ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANDRE CASARSA MARQUES; MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCATARA
IDOR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A calcificação do anel mitral (MAC) é uma condição degenerativa associada a idade avançada e é mais comum em mulheres. Sua prevalência varia de 5 a 42% dependendo do metodo de imagem, e pode estar associada a distúrbios de condução, endocardite e AVC. O tratamento cirúrgico deve ser considerado nos casos graves. Este trabalho apresenta a importância da avaliação pré-intervenção e os desafios a serem transpostos nos casos de MAC severa. **Relato do Caso:** Mulher, 71 anos, hipertensa, doença renal crônica (DRC) dialítica e história de câncer de mama tratado com cirurgia e radioterapia em 2000. Foi internada em hospital particular do rio de janeiro com história de paresia e parestesia de membro inferior esquerdo, além de desvio da comissura labial com reversão espontanea. Ressonância de crânio demonstrou diversos focos isquêmicos compatíveis com infarto isquêmico recente de origem embólica central. Foi solicitado ecocardiograma (ECO) transesofágico para avaliação de fonte embolígênica. No entanto, o exame não foi realizado por PCR em AESP por cerca de 5 minutos. o ECO transtorácico demonstrou aumento biatrial (AE indexado 62 mL/m²), dimensões do VE normais com marcada hipertrofia concêntrica, MAC grau 3 (severa) com predomínio de estenose e importante calcificação envolvendo a circunferência do anel com progressão para os folhetos e na via de saida do VE. Gradiente transvalvar máximo de 13.6mmHg e médio de 6.7 mmHg. Apresentava dilatação e disfunção com do Ventrículo Direito com PSAP 79mmHg. Prosseguiu-se com avaliação anatômica com Tomografia cardíaca para programação de Valve-in-MAC, evidenciando que a calcificação envolvia 240º da circunferência do anel e ângulo aortomitral de 123º. Considerando o implante de prótese balão-expansível com diâmetro final de 29mm, seria observado uma neo-via de saída do VE com área de 0,5 cm². Foi definido pelo tratamento clínico e anticoagulação com warfarina. **Discussão:** Pacientes idosos, com DRC avançada e história de radioterapia são mais sucetíveis a MAC. A MAC é um preditor independente de risco de AVC, além de favorecer FA valvar. Considerando alto risco de mortalidade intra-operatória, se houver anatomia favorável, há benefício de abordagem transcateter da válvula mitral em relação ao tratamento clínico exclusivo, porém deve-se atentar a maior mortalidade em 30 dias quando comparada às outras intervenções cirúrgicas.

538

Calcificação Caseosa de Anel Mitral: um Achado Incomum

RAFAEL ANTUNES VILARINO; RONALDO ALTENBURG ODEBRECHT CURI GISMONDI; VINICIUS GOMES MAIA; PAULA SANTOS PEREIRA; ANA ROSA VENTURA DE ANDRADE NUNES
Hospital Niterói D'Or – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A calcificação caseosa do anel mitral (CCAM) é uma entidade incomum, correspondendo a menos de 1% das calcificações do anel mitral. Habitualmente, a evolução é benigna e com bom prognóstico a longo prazo. O estudo ecocardiográfico transtorácico geralmente é suficiente para o diagnóstico dessa patologia. Reconhecer a CCAM é fundamental para a correta indicação de intervenções cirúrgicas. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 78 anos, hipertensa, diabética, esteve internada para tratamento de infecção do tratou urinário. Durante acompanhamento clínico, auscultado sopro holossistolico em foco mitral. Realizou ecocardiografia transtoracica, que evidenciou imagem hiperecogenica em valva mitral, aderida ao folheto posterior, calcificada, com bordos regulares e bem definidos, medindo 2,6x1,2 cm, restringindo mobilidade desse folheto e gerando refluxo moderado e estenose leve, sugestiva de CCAM. Para melhor avaliação da lesão, foi submetida a tomografia cardíaca, que afastou outros diagnósticos diferenciais, e a ecocardiografia transesofagica que confirmou o grau da regurgitação valvar. Paciente encontrava-se em classe funcional I. Após discussão em sessão multidisciplinar, optou-se por tratamento conservador da lesão valvar e seguimento ambulatorial. **Discussão:** A CCAM é uma variante rara da calcificação do anel mitral. A ocorrência é mais comum em idosos e mulheres e, geralmente, com evolução benigna. É um processo degenerativo crônico, envolvendo principalmente o anel posterior. Histologicamente, a lesão apresenta necrose liquefativa com material amorfo abundante circundado por macrófagos, linfócitos e múltiplas pequenas calcificações. À ecocardiografia, pode ser observada como uma massa arredondada ou semilunar, ecodensa, com conteúdo líquido e ecoluscência central. Por vezes, faz-se necessária a complementação da investigação com tomografia ou ressonância cardíacas, para ajudar a diferenciar de trombo, abscesso e tumor perianular. Na maioria dos pacientes, a lesão é clinicamente assintomática e a conduta terapêutica é conservadora. O tratamento cirúrgico é indicado em pacientes sintomáticos com CCAM associada à disfunção valvar mitral, manifestações embólicas ou quando é impossível descartar a possibilidade de um tumor. Portanto, é imperioso o reconhecimento desta patologia para que sejam evitadas intervenções cirúrgicas desnecessárias.

536

Endocardite Infecciosa (EI): Mudança de Prognóstico com Tratamento Precoce

MARIANA MEDEIRO AGUIAR; GABRIELA VIEIRA LOZANO; ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO; CAMILA VEIGA BARBOSA; BIANCA BRENNA MONTEZ; FLÁVIA BARROS MONKEN
Hospital Caxias D'Or – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite é o processo infeccioso da superfície endocárdica do coração, que pode ser classificada como aguda e subaguda, e tem como patógeno principal as bactérias. Atualmente, utilizam-se os critérios de Duke modificados para classificar o diagnóstico como definido, possível e descartado. Este relato aborda a mudança de desfecho com tratamento adequado e precoce. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 81 anos, hipertenso, diabético, DRC conservador, TVAo biológica em 2017 e IT grave, FA paroxística, e histórico de erisipela em MIE há 10 anos. Interna com erisipela em MIE, realizada investigação complementar com doppler venoso, sem TVP. Coletadas culturas e iniciado tratamento empírico com ceftarotila. Crescimento de Staphylococcus haemolyticos em 2 sets de hemocultura, sensível à linezolida, teicoplamina e vancomicina, entendida a princípio como contaminação. ECOTT demonstrou prótese biológica em posição aórtica, com folhetos espessados. Presença de imagem isoecogênica, aditiva móvel, medindo 0,6 cm, se projetando para o interior da via de saída do VE. Diante do diagnóstico possível de EI (Critérios de Duke), optado por troca de antibioticoterapia para daptomicina e ceftriaxone. ETE confirmou a imagem aditiva filamentar aderida à face ventricular da lascínea relacionada ao septo interatrial, medindo cerca de 0,8 cm, além de omagem aditiva de aspecto algonoso e isoecogênica, aderida à face aórtica da lascínea relacionada ao septo interatrial, medindo cerca de 0,9 cm x 0,2 cm. Após 10 dias de antibioticoterapia, realizado novo ETE de controle que demonstrou que as imagens aditivas descritas no exame anterior não foram visualizadas no presente exame. Realizadas TC de crânio, tórax e abdômen em busca de possíveis focos de embolização, sem achados. **Discussão:** De acordo com os critérios de Duke modificados, o paciente acima citado apresenta 1 critério maior e 1 critério menor, por predisposição (intervenção valvar prévia), definido então como quadro de endocardite infecciosa possível. Iniciado antibioticoterapia guiada para germes gram positivos, com evolução de melhora clínica, laboratorial e de imagem, não sendo mais evidenciadas imagens de vegetação dos exames anteriores (após 10 dias ATB), sem foco de embolização comprovados por tomografia. EI é uma doença grave, associada a altas taxas de mortalidade e, através desse caso, demonstra-se que a terapia precoce mesmo em casos prováveis é efetiva, e reduz as chances de complicações e proporciona maiores de chances de desfechos positivos.

543

Insuficiência Aórtica Subaguda Secundária à Doença de Behçet

FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MANOELA SILVA DE OLIVEIRA
HUPE/UERJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As manifestações cardiológicas secundárias à Doença de Behçet são raras (1-6% dos casos). São mais comuns em homens e estão associadas a aumento da mortalidade. Dentre os possíveis acometimentos valvares está a insuficiência aórtica. Descreveremos a seguir um caso de insuficiência aórtica subaguda por Doença de Behçet. **Relato do Caso**: Paciente de 34 anos, portador de valva aórtica bicúspide diagnosticada em 2013 durante exame admissional, porém, assintomático do ponto de vista cardiovascular e com ecocardiograma prévio sem regurgitação valvar, sem outras comorbidades. Refere início em 12/22 de quadro de lesões papuloeritematosas e pustulosas em colo, dorso e braços; lesões ulceradas e dolorosas em língua, lábio inferior e mucosa jugal; além de dispneia aos moderados esforços e dor retroesternal em fisgada, sem relação com exercício. Procurou atendimento médico junto à Dermatologia de um hospital terciário, que diagnosticou o paciente com Doença de Behçet e o encaminhou à Cardiologia e Reumatologia. Novo ecocardiograma foi realizado, evidenciando prolapso de folheto anterior da valva aórtica com falha de coaptação, gerando insuficiência aórtica grave nova. Iniciada diureticoterapia para controle de congestão, terapia imunossupressora com prednisona e azatioprina e indicada troca valvar cirúrgica após compensação da doença de base e redução de parâmetros inflamatórios. **Discussão:** As manifestações cardíacas da Doença de Behçet podem envolver o pericárdio, as coronárias, o endocárdio, o sistema de condução e cursar com trombose intracavitária, com incidência variável de acordo com a literatura. A fisiopatologia é incerta, mas parece estar associada à vasculite, que resulta em oclusão arterial e formação de aneurismas. O mecanismo mais comum da regurgitação valvar é o prolapso de cúspide, presente em nosso caso, associado ou não a acometimento da aorta. Os achados ecocardiográficos típicos da insuficiência aórtica são: prolapso de cúspides, lesões vegetantes e espaços livres de eco no anel valvar (mimetizando abscesso). O tratamento é feito com correção cirúrgica, que nesse caso possui alta taxa de complicação e mortalidade, sendo necessária terapia imunossupressora otimizada antes e após a cirurgia.

544

Abordagem de Estenose Mitral Grave em Gestante

FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MANOELA SILVA DE OLIVEIRA; TAMIRES BORGES GONÇALVES
HUPE/UERJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: No Brasil, a doença reumática é a causa mais frequente de cardiopatia durante a gravidez, com incidência estimada em 50%. O aumento do débito cardíaco durante a gestação está associado a piora funcional nas lesões estenóticas, agravando os sintomas. Descreveremos a seguir a abordagem de um caso de gestante portadora de estenose mitral (EM) grave. **Relato do Caso:** Paciente de 30 anos, sem comorbidades conhecidas, gestante de 24 semanas, apresentando quadro de tosse seca e dispneia há 7 dias. Buscou atendimento em maternidade, evoluindo com insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Transferida para hospital terciário, onde foi realizado ecocardiograma, que evidenciou EM grave de provável etiologia reumática com gradiente átrio esquerdo/ventrículo esquerdo (VE) máximo 26 e médio de 15 mmHg, área valvar 1,1 cm², escore de Wilkins-Block (EWB) 7, função sistólica do VE normal, sem sinais de hipertensão arterial pulmonar. Iniciado tratamento com beta-bloqueador e diurético, com melhora clínica parcial, sendo extubada, porém, mantendo classe funcional New York Heart Association (CF NYHA) III. Optado por tratamento percutâneo da EM com valvoplastia por cateter balão (VCB) após uso de betametasona para amadurecimento pulmonar fetal. Durante o procedimento, complicou com insuficiência mitral grave, sendo optado por realização de cesariana seguida de abordagem cirúrgica de urgência. Submetida à troca valvar, sem intercorrências. Neonato nascido de 27 semanas inicialmente grave, mas com evolução favorável após internação prolongada em terapia intensiva. Ambos receberam alta hospitalar. **Discussão:** A paciente em questão, por apresentar EM grave sintomática (CF ≥ II), tinha indicação de abordagem valvar na pré-concepção. Como o diagnóstico foi feito apenas no 2º trimestre e ela apresentou refratariedade ao tratamento clínico, mantendo-se em CF NYHA III apesar de terapia otimizada, a intervenção se impôs. Os resultados da VCB são superiores aos da cirurgia, com menor mortalidade e melhora clínica em cerca de 80% dos casos em gestantes. A insuficiência mitral grave é uma complicação rara (1-9,5%), sendo mais comum quanto maior for o EWB. O mecanismo é por ruptura dos folhetos ou estiramento excessivo da comissura mitral e o tratamento é correção cirúrgica. A cirurgia cardíaca durante a gravidez deve ser indicada nas condições clínicas sem outras opções terapêuticas para a sobrevida materna, como no caso descrito.

557

Estrategia Percutânea na Estenose Aórtica Paradoxal de Etiologia Bicúspide no Adulto Jovem: Seria uma Boa Opção?

LUANA FERNANDES DA SILVA; AMANDA MENDONÇA DA SILVA COSTA; WILMA FELIX GOLEBIOVSKI; LUCIANA COUTINHO BEZERRA; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A válvula aórtica bicúspide (VAB) é a cardiopatia congênita mais comum com etiopatogenia ainda não tão bem compreendida, podendo evoluir com regurgitação ou estenose até comprometimento da aorta com dilatação aneurismática ou dissecção. Em relação à abordagem da estenose aórtica paradoxal (baixo fluxo, baixo gradiente com FEVE normal), a presença de sintomas indica abordagem através de troca valvar aórtica, implante percutâneo da válvula aórtica (TAVI) ou valvuloplastia percutânea por balão (VAoB). **Relato do Caso:** J.C.S.O, feminino, 26 anos, portadora de VAB, evolui com sintomas de IC (NYHA II-III), dor torácica atípica e pré-síncope há cerca de 1 ano. ECOTT: Função sistólica biventricular preservada, válvula aórtica espessada, bicúspide e com área valvar (AVA)=0.8cm² (planimetria 3D), velocidade máxima=3.6m/s, gradiente VE-Ao 53/33mmhg, volume ejetivo indexado=21ml/m², IAo leve e demais válvulas competentes. Solicitado ECOtransesofágico para melhor avaliação da área valvar, sendo evidenciada: AVA=0.5cm² (planimetria 3D), gradiente VE-Ao máx/médio 47/33mmHg e IAo leve. Confirmada, portanto, estenose aórtica paradoxal. Após discussão com Heart Team, pela idade da paciente, seu desejo de gestar e a possibilidade de realizar um procedimento menos invasivo, foi optado pela VAoB para tratamento dessa valvulopatia. Realizado procedimento sem intercorrências. ECOtransesofágico após: AVA=1cm² (planimetria 3D), gradiente VE-Ao 23/8mmhg e refluxo aórtico mínimo. Paciente recebe alta hospitalar para seguimento ambulatorial sem cirurgia cardíaca neste momento. **Discussão:** A estenose aórtica paradoxal é mais comum em idosos e está relacionada ao remodelamento concêntrico do VE, além de pior prognóstico. O tratamento consiste na substituição cirúrgica ou percutânea da válvula aórtica. No caso apresentado, a estenose aórtica paradoxal apareceu numa faixa etária mais precoce e em uma válvula bicúspide não calcificada, sendo a VAoB uma alternativa terapêutica temporária e arriscada, visto que pela anatomia os resultados são incertos. Com intuito de postergar a cirurgia, nessa faixa etária, foi uma opção entendendo que possivelmente necessite de mais abordagens cirúrgicas ao longo da vida, além de ajudar no alívio dos sintomas. O acompanhamento dessa paciente será fundamental para avaliar o prognóstico desse procedimento no adulto jovem a longo prazo.

553

Recorrência de Endocardite Infecciosa (EI) por Coxiella Burnetii Após Longo Período de Tratamento

CLAUDIO QUERIDO FORTES; PAULA DE MEDEIROS PACHE DE FARIA; NATÁLIA RODRIGUES QUERIDO FORTES; RODRIGO FERRAZ SALOMÃO; VALDO JOSÉ CARRERA; ISABELA DE CARVALHO LEITÃO
Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A EI com hemoculturas negativas (EIHN) representa um pequeno percentual dos casos globais de EI, sendo o seu diagnóstico etiológico um desafio. A Coxiella burnetii é um agente importante nas EIHN. No entanto, pela raridade do seu diagnóstico, a literatura é escassa, e o seu tratamento representa um desafio. **Relato do Caso:** Paciente masculino de 71 anos com diagnóstico de EIHN sem etiologia definida em out/2017, submetido, na ocasião, à troca de válvula aórtica de urgência e antibioticoterapia empírica com ampicilina/sulbactam e ceftriaxona, por 6 semanas, com alta hospitalar assintomático. Em out/2018, apresentou recorrência dos sintomas, sendo, nesse momento, identificado o agente causador através de sorologia e PCR positivos para C. burnetii, e iniciado tratamento guiado com hidroxicloroquina e doxiciclina. Adicionalmente, foi identificado pseudoaneurisma aórtico que, pela contraindicacão clínica à intervenção cirúrgica, foi tratado, com sucesso, com plug vascular. Desde 2018, o paciente vinha assintomático, mas sem cura sorológica, apesar da manutenção do tratamento. Em mar/2023, apresentou nova recorrência de EI, com vegetação mitral e espessamento dos folhetos da prótese aórtica, e regurgitação grave em ambas, evoluindo com AVE isquêmico secundário a embolização séptica. Foi novamente indicada cirurgia, sendo proposto transplante cardíaco, recusado pelo paciente. Pela possibilidade de resistência ao tratamento antibiótico o esquema foi substituído por ciprofloxacino associado à doxiciclina. O paciente evoluiu com melhora clínica e do aspecto ecocardiográfico das lesões, com redução da vegetação mitral, que se tornou mais ecogênica, e diminuição do espessamento dos folhetos protéticos. Atualmente, retornou às atividades habituais, apesar de persistir com titulação sorológica elevada em exame realizado em dez/2023 (IgG fase I 1:32768 e fase II 1:2048). **Discussão:** Na EI por C. burnetii, o tratamento é desafiador, sendo comum a necessidade abordagem cirúrgica. O paciente descrito apresentou recorrência, possivelmente pela não realização de cirurgia por contraindicação clínica. Considerando a antibioticoterapia como única terapia, optou-se por adaptação do esquema, com associação de quinolona. Pela paucidade de estudos em EI por C. burnetti, condutas particulares devem ser discutidas com especialistas. Apesar de estável com novo esquema, o paciente mantém títulos para C. burnetti elevados, sugerindo controle incompleto da doença, e o tempo total de tratamento mantem-se indefinido.

604

Insuficiência Aórtica em Paciente Jovem, como Investigar?

GIULIA FACINA CARVALHO DE LEMOS; NATHÁLIA RODRIGUES DA SILVA
Casa de Saúde São José – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência aórtica (IAo) pode ter inúmeras etiologias e sua abordagem clínica e o manejo são definidos em 5 passos. **Relato do Caso:** A.S.P., paciente masculino, 53 anos, com relato de trabalhar em obras sem EPI e com queixa de há 1 mês, sentir palpitação e dispneia intermitentes, sendo diagnosticado 2 vezes pneumonia bacteriana e feito uso de levofloxacino sem sucesso e clavulin e azitromicina com melhora parcial. Relata que evoluiu com dor torácica e piora da dispneia, tendo o diagnóstico de IAo grave em outra unidade. Foi internado na Unidade Coronariana da Casa de Saúde São José por piora sintomática. Sendo iniciada investigação etiológica, que evidenciou endocardite infecciosa (EI) em valva nativa confirmado por critério cirúrgico e visto como presença de vegetação móvel de 1,4cm aderida à face ventricular do folheto não coronariano em ecocardiograma transesofágico e angiotomografia de coronárias e aorta, a despeito de exames laboratoriais normais, incluindo provas inflamatórias. Ao exame apresentava sopro diastólico aspirativo, mais audível em focos aórtico e aórtico acessório (3+/6+), pulso em martelo d'água e sinais de Traube, Becker, Muller e Quinckle. Após diagnóstico, foi iniciada antibioticoterapia com vancomicina e ceftriaxona e submetido a cirurgia de troca valvar biológica, sendo visto acometimento valvar por EI à inspeção direta intraoperatória. No pós operatório, seguiu estável, completando antibioticoterapia por 6 semanas. **Discussão:** Pelo manejo da IAo, a gravidade neste caso foi avaliada como importante e a etiologia foi EI. Tendo sintomas relacionados a IAo, foi submetido a troca valvar. Considerada uma das infecções de maior mortalidade, a EI muitas vezes é subdiagnosticada. A principal etiologia é bacteriana e acomete mais o sexo masculino e valvas mitral e aórtica. Pela pouca especificidade dos sintomas, todo paciente com febre e fatores de risco deve ser investigado para endocardite. Em 2023, os critérios de Duke foram atualizados, auxiliando no caso. O paciente apresentou dois critérios maiores (vegetação em ECOTE e TC cardíaca, e achado de EI intraoperatório – este dispensando a presença dos demais critérios) e um menor (febre). Dessa forma, o manejo do paciente seguindo as orientações das diretrizes atuais, foi essencial para o desfecho positivo apresentado, mostrando a importância de uma investigação em casos de IAo, principalmente em pacientes jovens. Assim como, do acompanhamento de um heart team bem estruturado visando a resolução de casos com desfechos favoráveis.

631

Disfunção de Prótese Mitral Associado a Ruptura de Folheto: Relato de Caso

KLARA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; JOANA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LUCAS RAMOS CRIZOSTOMO; JÉSSICA RODRIGUES OLIVEIRA; MILENA BORGES DE ABREU EGIDIO; PAULO VITOR ALEXANDRINO DA SILVA; YGOR VILELA CANGUSSÚ; OTÁVIO DIANA DE FREITAS
Hospital São Vicente de Paulo – Bom Jesus do Itabapoana – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O rompimento do folheto mitral é uma condição na qual ocorre uma lesão ou ruptura no folheto da valva mitral, anexada no ventrículo esquerdo. Essa ruptura pode resultar em várias complicações graves. **Relato do Caso**: Paciente, sexo feminino, 52 anos, foi encaminhada por seu cardiologista ao Posto de Urgência devido a quadro de dispneia intensa iniciada há 1 dia. Na emergência, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, sugestiva de edema agudo de pulmão. Portadora de cardiopatia grave, valvuloplastia tricúspide e troca de valva mitral biológica. Em uso de Atenolol e Furosemida, com relato de lesão do diafragma durante uma das cirurgias cardiovasculares. Solicitada vaga em unidade de terapia intensiva, admitida na UTI com quadro de edema agudo de pulmão, intubada, sedada, em uso de noradrenalina em doses moderadas, função renal prejudicada com diurese reduzida, leucocitose em uso de antibiótico, associado dobutamina e vasopressina para estabilização hemodinâmica. Realizado ecocardiograma que evidenciou ruptura do folheto da prótese mitral, ocasionando o choque cardiogênico. Evoluiu com pneumonia associada a ventilação mecânica e atelectasia importante, utilizando diversos antibióticos de amplo espectro e antifúngico, como Meropenem, Amicacina, Tazocin, Linezolida, Rocefin, Sulfametoxazol+Trimetoprima, Polimixina B, Vancomicina e Anidulafungina. Apresentou insuficiência renal aguda, necessitando de hemodiálise. Após 3 meses de internação, paciente evoluiu com piora da clínica, hemodinâmica, falência de múltiplos órgãos e óbito. **Discussão:** A ruptura do folheto mitral é uma condição grave, pouco frequente e potencialmente fatal que requer intervenção médica imediata – diagnóstico e tratamento. Este caso é relevante devido a associação de patologias secundárias (edema agudo de pulmão e choque cardiogênico) que no primeiro momento não evidenciaram o fator principal do problema (ruptura da valva mitral), porém, com investigação das doenças de base, foi possível realizar o diagnóstico. O tratamento geralmente envolve cirurgia cardíaca para reparar ou substituir a valva danificada e pode exigir terapia de suporte para estabilizar o paciente, entretanto, devido a gravidade do caso desta paciente, não foi possível a abordagem cirúrgica. Nota-se a importância deste caso para o aprendizado médico, pois a literatura deste tema é escassa e pouco difundida.

658

Febre Reumática, a Importância da Atenção Primária e do Diagnóstico Precoce: um Relato de Caso

JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; MARIANNA AUGUSTA ROCHA HORTO; LUANE DA SILVA RIBEIRO; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; LUCIENE MIGUEL LIMA; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO
UNIGRANRIO – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A febre reumática é a doença autoimune resultante da evolução de quadros de faringo amigdalite, com tratamento inadequado, pelo Streptococcus do grupo A. A fisiopatologia não está totalmente esclarecida, sabendo que há lesão tecidual associada ao mecanismo de mimetismo molecular. As manifestações clínicas são: febre, poliartrite, cardite, coreia de Sydenham, nódulos subcutâneos e eritema marginado. As condições socioeconômicas possuem um papel crítico na prevalência da doença, com predomínio em países subdesenvolvidos. Sendo assim, no contexto nacional, a atenção primária pode proporcionar um melhor prognóstico da doença pela realização de ações de prevenção e do tratamento adequado. Por fim, não há exame definitivo para diagnóstico, no entanto, o uso dos critérios de Jones auxilia nesse processo. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, admitida para cirurgia de troca valvar por prótese aórtica metálica, devido a dupla lesão aórtica, classe II, pela Classificação funcional NYHA. Portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Arterial Coronariana e infarto agudo do miocárdio e cateterismo prévios. Além disso, possui antecedentes de faringoamigdalites de repetição, durante a adolescência. Anteriormente à internação, fazia uso de Bisoprolol, Espironolactona e Bromazepam. Foi solicitado um ECOTT pré operatório, o qual mostrou FE 57%, FSVE preservada, FSVD preservada, acometimento reumático valvar, com leve IM e IT, PSAP 36 mmHg, insuficiência aórtica severa, estenose aórtica severa e hipertrofia do ventrículo esquerdo concêntrica. Após a internação, realizou angio TC de coronárias e doppler de carótidas vertebrais, sem alterações; ECG: bradicardia sinusal, frequência cardíaca de 47 bpm, índice de Sokolow-Lyon de 57, demonstrando sobrecarga ventricular esquerda do tipo sistólica. Em V6, mostra um discreto infra de segmento ST com onda T negativa. Após 1 mês de internação, tem-se o diagnóstico de Cardiopatia Reumática, iniciado antibioticoterapia com penicilina G benzatina intramuscular a cada 20 dias e realizado a cirurgia de troca valvar por prótese metálica, sem intercorrências. Paciente recebeu alta, após aproximadamente 2 meses de internação, com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O caso descrito teve como objetivo demonstrar a importância da atenção primária no tratamento adequado e precoce da infecção pelo Streptococcus do grupo A, de forma a evitar a ocorrência da resposta autoimune que ocasiona a Febre Reumática.

656

Relato de Caso: Válvula Mitral com Duplo Orifício em Adulto sem Repercussão Funcional

JOSIANE RODRIGUES NUNES; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; JOSÉ LUIZ FERNANDES MOLINA FILHO; LARA BONANI DE ALMEIDA BRITO MOLINA; BRENDHA FERRARI BREMENKAMP; IGOR TINOCO NOVAES BEDIM; ROBERTO BATISTA MARQUES JÚNIOR; PEDRO IVO FONSECA DE PAULA
Hospital São José do Avaí – Itaperuna – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução: Este estudo descreve um caso específico de um paciente que apresentou o diagnóstico de duplo orifício mitral, sem repercussão funcional. O duplo orifício mitral é uma rara malformação congênita da valvula mitral, apresentando um ânulo fibroso único com dois orifícios. Diagnosticado na infância como um achado incidental na avaliação de outras alterações cardíacas mais complexas, sendo raro entre adultos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino de 31 anos, hipertenso, assintomático, compareceu ao laboratório de ecografia para avaliação rotineira. Passado de cirurgia para correção de Coarctação de Aorta aos 4 anos de idade, apresentando-se assintomático desde então. Na ecografia foi constatado um duplo orifício mitral, sem restrição significativa da abertura global. A válvula mitral encontrava-se funcionalmente preservada, sem evidência de regurgitação ou estenose; com aspecto "duplicado", com dois orifícios efetivos, cada orifício valvar sendo constituído por dois folhetos e relacionados a músculos papilarares diferentes. A função sistólica do VE preservada (global e segmentar) e também sem indícios de disfunção diastólica do VE. Os átrios e ventrículos tiveram dimensões dentro da normalidade. Nos ventrículos, o diâmetro da cavidade, a espessura miocárdica, e a contratilidade estavam preservadas. Também não foram visualizados shunts intracardíacos. **Conclusão:** A válvula mitral com duplo orifício é uma rara malformação congênita. A patogênese é desconhecida, provavelmente associada a um defeito no coxim endocárdico. Relacionada a outras malformações congênitas cardíacas, tais como tetralogia de Fallot, coarctação aórtica e defeitos nos septos atrioventriculares. A forma isolada é incomum, sendo frequente achados de estenose ou regurgitação valvar mitral. O melhor método para o diagnóstico é a ecocardiografia com dados anatômicos e funcionais. Nesse caso, o paciente apresentou a válvula mitral com duplo orifício sem repercussões clinicas, o que tornou a descrição excepcional. O prognóstico dos pacientes com duplo orifício mitral é incerto. O tratamento depende da sintomatologia e da gravidade da malformação, sendo possível manejo clínico de sintomas ou procedimentos cirúrgicos.

674

Implante Transcateter de Válvula Aórtica em Paciente com Estenose Aórtica Grave e Cardiomiopatia Hipertrófica

AMANDA MENDONÇA DA SILVA COSTA; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; LUANA FERNANDES DA SILVA; JULIA DE BARROS NEGRI FERREIRA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O diagnóstico e tratamento de pacientes que se apresentam concomitantemente com estenose aórtica (EAO) e cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é de grande complexidade. Ambas geram gradientes elevados na via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) e hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Nos casos em que há elevado risco cirúrgico e o tratamento percutâneo é escolhido, o tipo e momento da abordagem de cada uma das patologias ainda é incerto. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 83 anos, portadora de estenose aórtica e doença arterial coronariana. Queixa-se há um ano de dispneia aos médios esforços e desconforto torácico em queimação, sem síncope ou lipotímia associadas. Submetida a ecocardiograma transtorácico (ECOTT), que evidenciou gradiente VE/AO máximo de 80mmHg, médio de 53mmHg e área valvar de 0,6cm², aspecto de CMH assimétrica com distribuição concêntrica e predomínio septal, maior espessura do septo basal de 2cm, além de movimento sistólico anterior da valva mitral (SAM). Prosseguiu-se com implante transcateter de válvula aórtica (TAVI), Evolut Pro número 26, sem intercorrências. Realizado ECOTT pós-operatório evidenciando prótese aórtica sem sinais de disfunção, gradiente VE/Ao máximo de 17mmHg e médio de 9mmHg, gradiente dinâmico de via de saída de ventrículo esquerdo 20mmHg em repouso e 50mmHg após manobra de Valsalva, persistindo SAM. Evoluiu com dois episódios de melena em vigência de ácido acetilsalicílico, optando-se pela troca de antiagregante por Clopidogrel, com normalização posterior de padrão evacuatório, recebendo alta hospitalar. **Discussão:** Dados atuais sobre os resultados do TAVI em pacientes com CMH são limitados a relatos de casos e séries de casos, que por sua vez destacam a dificuldade em determinar a contribuição de cada uma das lesões, assim como se os gradientes devem ser melhor tratados antes do TAVI para evitar o chamado "ventrículo suicida". No caso acima descrito, foi realizado implante de TAVI sem a ablação do septo, devido a redução do gradiente da VSVE após procedimento, com evolução clínica hospitalar e ambulatorial satisfatórias. Apesar do resultado promissor, ainda há necessidade de mais estudos que acompanhem a longo prazo os impactos pós TAVI da CMH.

Referências Bibliográficas: Bandyopadhyay D, Chakraborty S, Amgai B, et al. Association of Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy With Outcomes Following Transcatheter Aortic Valve Replacement. JAMA Netw Open. 2020;3(2):e1921669. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.21669

712

Abordagem de Implantação de Valva Aórtica Transcateter (TAVI) com Uso de Reconstrução e Impressão 3D

RAPHAEL VIANA CURVELO SEPÚLVIDA; LUCIANA MORBACH MIRANDA; LUCAS SERRA SANT'ANNA; ARTHUR CHAGAS BRAGA JEVAUX TAVARES; VÍTOR GARCIA GOMES; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA
UFF – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Uma técnica de troca valvar que vem ganhando relevância pela sua segurança e eficácia no tratamento de estenoses aórticas severas é a Implantação de valva aórtica por cateter (TAVI). A abordagem da TAVI, assim como de qualquer outra troca valvar, é um tema repleto de nuances e que requer um estudo profundo da anatomia e comorbidades dos pacientes. Nesse sentido, diversos exames são realizados para a verificação da indicação desse procedimento, e, durante esse estudo, um exame com papel fundamental é a Tomografia Computadorizada Multislice (TCMS), que permite a medição de marcos anatômicos, a identificação de calcificações e qual seria a melhor via de acesso. Contudo, pela natureza desse exame, são necessárias reconstruções para um melhor entendimento da anatomia única do paciente. Mesmo assim, a utilidade desses modelos fica restrita pela sua natureza virtual, incapaz de abranger as irregularidades anatômicas não captadas pelas medições convencionais. **Relato do Caso:** Trata-se de um paciente de 75 anos de idade com estenose aórtica (EAo) grave, hipertenso, diabético tipo 2, dislipidêmico, com história de transplante hepático devido a hemocromatose e fibrose pulmonar secundária a sirolimus. Além dessas comorbidades, possui uma colostomia que, uma vez corrigida a EAo, necessita de reabordagem cirúrgica. Em janeiro de 2024, foi admitido na enfermaria de cardiologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) para realização de exames complementares e implantação de valva aórtica transcateter (TAVI) eletiva. Ao ecocardiograma transtorácico, apresenta sinais de degeneração fibrocálcica mitroaórtica com dupla lesão aórtica (estenose importante e refluxo leve). À angiotomografia computadorizada, apresenta achados sugestivos de EAo importante: área de abertura valvar por planimetria direita de 0,85 cm2 e escore de cálcio de 2419. **Discussão:** Sendo assim, imprimir modelos tridimensionais de TCMS se apresenta como uma potencial solução para um planejamento cirúrgico a fim de evitar complicações durante e após a implantação valvar. Atualmente, esses modelos 3D já vêm demonstrando acurácia na identificação de dimensões descritas nas TCMS, na escolha do tamanho da prótese e no planejamento do procedimento. Portanto, será relatado um caso, o qual a TAVI a ser realizada teve sua TCMS segmentada, processada e será impresso usando o polímero PLA.

839

Sangramento Digestivo Baixo Associado a Estenose Aórtica Grave: um Relato de Caso de Síndrome de Heyde

MARCELLE PEREIRA DE MENEZES CAMARA; YASMIM DE MORAIS MACEDO; THAÍS DE SOUZA IZIDRO; GUILHERME SUAREZ POMPEO; EDUARDO SICA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA
Faculdade de Medicina de Petrópolis – Petrópolis – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A estenose aórtica apresenta prevalência crescente nos últimos anos devido ao envelhecimento populacional. Sua causa mais comum é a calcificação e degeneração dos folhetos. Destaca-se também outras etiologias como reumática e valva aórtica bicúspide. Embora raro, estenose aórtica grave pode estar associada com sangramento digestivo importante: a Síndrome de Heyde. **Relato do Caso:** Homem, 62 anos, hipertenso, dislipidêmico, ex-etilista e ex-tabagista, com relato de valva aórtica bicúspide diagnosticada aos 26 anos de idade. Há 2 meses com dor precordial anginosa e dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços. Apresentou há 1 semana hemorragia digestiva baixa e anemia grave, sendo hospitalizado. Iniciada investigação com colonoscopia sem outros achados além de doença diverticular e hemorroidária. Endoscopia digestiva alta não evidenciou sangramento. Ecocardiograma transesofágico revelou valva aórtica intensamente calcificada, de difícil delimitação das cúspides, de aspecto unicúspide unicomissural, com estenose grave e refluxo moderado. Área valvar de 0,9 cm2 e gradiente médio de 51 mmHg. Refluxo moderado, com fluxo holodiastólico reverso na aorta torácica descendente. Dilatação da aorta ascendente, com porção tubular medindo 4,7 cm. Angiotomografia de aorta revelou aorta ascendente aneurismática, com lobulação do contorno lateral direito. Calibre máximo de 51x45 mm e maior área seccional de 17,1 cm2, indexada pela altura de 9,9 cm2/m. Cintilografia com hemácias marcadas sugere sangramento digestivo baixo em topografia do ceco. Após estabilização clínica, foi submetido a procedimento de Bentall. Após substituição da valva aórtica, cessou o sangramento intestinal. **Discussão:** A síndrome de Heyde é um distúrbio multissistêmico dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal e hematológico, descrito como uma tríade de estenose aórtica, sangramento digestivo por angiodisplasia e síndrome de Von Willebrand adquirida. Este é um fator patogênico chave, pois desempenha um papel vital na hemostasia. Neste caso, diante dos dados clínicos e achados em exames complementares, a síndrome de Heyde deve ser considerada.

763

Calcificação Caseosa do Anel Mitral Associada à Embolização Retiniana: um Relato de Caso

PEDRO VIDINHA MENDES; CLARA PETRUCIO; GABRIELA ALVES MARTINS; GABRIELA SADIGURSCHI; MARIA EDUARDA ABREU E LIMA FERREIRA LEAL; ALESSANDRA ARNEZ PACHECO; MARIANA GOUVEIA MAGALHAES; ROBERTO MUNIZ FERREIRA
Hospital Samaritano Botafogo – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Instituto do Coração Edson SAAD – UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A calcificação caseosa do anel mitral (CAM) é um processo degenerativo raro que acomete mais frequentemente mulheres acima de 70 anos, sendo responsável por 0,5 a 1% das calcificações dessa estrutura valvar. O diagnóstico na maioria dos casos é feito de forma incidental através do ecocardiograma, evidenciando uma estrutura irregular, altamente ecogênica, envolvendo o anel posterior da valva mitral. **Relato do Caso:** Mulher, 73 anos, portadora de hipertensão arterial controlada, apresentou episódio súbito de desorientação e turvação visual no olho esquerdo. Negava alteração de força, precordialgia e palpitações. Foi admitida na emergência com pico hipertensivo, porém manteve a alteração visual após o controle pressórico. No fundo de olho observou-se oclusão de ramo de artéria central da retina compatível com infarto da retina. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, porém no ecocardiograma transtorácico foi identificada calcificação extensa do anel mitral com massa de centro necrótico compatível com necrose caseosa e componente filamentar móvel em anel posterior de alto potencial embolígênico, sem alterações funcionais valvares ou disfunção ventricular. Ecocardiograma transesofágico confirmou os achados, e apesar da ausência de febre, foram coletadas hemoculturas que fecharam negativas. Ressonância magnética de crânio revelou ainda sinais indiretos de infarto da retina, sem evidências de outros eventos isquêmicos. Diante do quadro, foi iniciada anticoagulação oral com Rivaroxabana e mantido acompanhamento ambulatorial com ecocardiograma seriado. **Discussão:** A associação entre CAM e eventos embólicos é bem documentada, devido à possível formação de trombos potencialmente embolígênicos na estrutura calcificada da válvula. Embora não haja consenso em relação ao manejo clínico, a anticoagulação sistêmica pode ser uma opção para prevenir novos eventos isquêmicos. Na presença de outras manifestações clínicas, como febre, é fundamental que a endocardite infecciosa seja afastada. A identificação precoce de mudanças no tamanho ou mobilidade dos componentes no ecocardiograma seriado também pode auxiliar na indicação cirúrgica, principalmente quando houver dúvida diagnóstica, disfunção grave da valva mitral, ou complicações embólicas recorrentes a despeito da anticoagulação.

858

Defeito de Gerbode: um Desafio Diagnóstico

BIANCA BRENNA MONTEZ; PAULO CESAR MEUCCI PEREIRA NOGUEIRA; IVY DE PAULA PORTO; MANUELLA ALVES DE MENEZES BILOURO; ANA PAULA ROQUE COSTA FERREIRA; JOSÉ OSCAR BRITO; ALVARO ASSED ESTEFAN NAMETALA
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O defeito Gerbode é uma condição rara onde há uma comunicação entre o VE e o AD, podendo ser congênita ou adquirida. Relatamos um caso de um paciente jovem, com um defeito adquirido após episódio de endocardite infecciosa de valva tricúspide, com manifestação clínica tardia, difícil diagnóstico ecocardiográfico e necessidade de tratamento cirúrgico. **Relato do Caso**: Masculino com história de endocardite infecciosa de valva tricúspide tratada aos 6 anos de idade. Aos 15 anos, foi observada IT grave e CIV perimembranosa, porém reiniciou seguimento cardiológico apenas aos 24 anos, em NYHA III, sendo encaminhado para correção cirúrgica. Apresentava sopro holossistólico predominante em rebordo esternal esquerdo baixo, que aumentava com a inspiração profunda. ECOTT demonstrava aumento das câmaras direitas, sem disfunção de VD, IT grave por falha de coaptação com anel tricúspide dilatado e imagens sugestivas de CIV perimembranosa, determinando shunt esquerdo-direito e com QP/QS = 0,75. O ECOTE revelou se tratar de uma comunicação entre VE e AD com 1,5cm de diâmetro. Paciente foi submetido ao fechamento do defeito de Gerbode e troca valvar tricúspide biológica. **Discussão**: Trata-se de uma alteração rara de origem congênita ou adquirida, sendo esta, a mais prevalente. Dentre elas estão a iatrogênica, principalmente no pós-operatório de cirurgias valvares, seguida pelas causas infecciosas, traumáticas e isquêmicas. A EI corresponde à cerca de 35% dos casos adquiridos. A manifestação clínica engloba desde pacientes assintomáticos até os que desenvolvem quadros graves de insuficiência cardíaca e morte. Um sopro holossistólico no rebordo esternal esquerdo costuma estar presente e pode vir acompanhado de sinais clínicos de sobrecarga de câmaras direitas. O ECOTE com imagens 3D é a principal forma de diagnóstico. O jato visualizado ao ECOTT pode facilmente ser confundido com IT, hipertensão pulmonar, ruptura do seio de valsalva, DSAV ou outros defeitos do septo interventricular. Pode ser adotada uma medida conservadora em pacientes assintomáticos, com pequenos shunts e sem sobrecarga de câmaras direitas. O fechamento percutâneo vem se tornando uma prioridade nas últimas décadas, porém o tratamento cirúrgico ainda é o de escolha. **Conclusão:** O caso relatado foi desafiador por inicialmente ser confundido com CIV perimembranosa. Além disso, houve um hiato entre a endocardite, causadora do defeito, e o tratamento cirúrgico.

21
Outros
Medicina

23

Trombo em Átrio Direito Associado a Tromboembolismo Pulmonar Recorrente: Relato de Caso

RAFAEL FREITAS MORAES; ANDRÉ LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; PAOLO BLANCO VILLELA; ANDRÉ CASARSA MARQUES
Hospital Quinta D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Trombo intracavitário no átrio direito (AD) é um fenômeno raro, associado à elevada mortalidade, com diagnóstico e tratamento desafiadores. Apresentamos o caso de uma paciente jovem com trombo em AD e tromboembolismo pulmonar (TEP). **Relato do Caso:** Mulher, 28 anos, previamente hígida, com história familiar positiva para trombose venosa profunda (TVP). Evoluiu no pós-operatório (PO) tardio de discectomia (L4-L5) com TVP bilateral em membros inferiores, TEP, visto na angiotomografia (AngioTC) pulmonar e massa móvel de aspecto pedunculado (23 × 12 mm) parcialmente aderida à parede do AD flagrada no ecocardiograma transtorácico (ETT). Seguiu anticoagulada com heparina de baixo peso molecular (HBPM) e foi iniciada antibioticoterapia, tendo em vista um possível quadro de endocardite. Após 4 semanas, o ETT revelou aumento da massa no AD (38 x 34 mm). A HBPM foi substituída por heparina não fracionada e foi estendido o espectro antimicrobiano. Realizada abordagem cirúrgica via toracotomia lateral direita com ressecção da massa intracavitária no AD (30 mm). O anatomopatológico era compatível com trombo e as culturas do material foram negativas. O ETT após 24h não mostrou alterações relevantes. No terceiro dia de PO, a AngioTC confirmou novo TEP, o ETT seguinte mostrava sobrecarga e disfunção do ventrículo direito (VD) com PSAP estimada em 72 mmHg. Foi submetida à trombectomia percutânea e implante de filtro de veia cava inferior. O ETT de seguimento mostrou função sistólica do VD preservada com PSAP estimada em 46 mmHg. Os principais marcadores de trombofilia foram negativos, a paciente foi anticoagulada com varfarina (INR alvo: 3,0 - 3,5) e não apresentou novos eventos tromboembólicos até o momento da alta hospitalar. **Discussão:** A literatura atual carece de evidências para orientar a melhor estratégia terapêutica em casos de trombo em AD no contexto de TEP. Cabe destacar, que houve aumento do trombo na vigência de anticoagulação com HBPM. No caso apresentado, a abordagem multidisciplinar, diagnóstico e intervenção precoces determinaram o desfecho favorável.

Referências Bibliográfcas: Mina M. Benjamin, Aasim Afzal, Themistokles Chamogeorgakis & Georges A. Feghali (2017) Right Atrial Thrombus and Its Causes, Complications, and Therapy, Baylor University Medical Center Proceedings, 30:1, 54-56, DOI: 10.1080/08998280.2017.11929526

218

AVE Isquêmico em Nonagenário: Há Espaço para Intervenção?

ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA CAMPOS; ARNO VON BUETTNER RISTOW
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: 85% dos casos de AVE são de etiologia isquêmica, sendo que 25% destes a fonte é a carótida extracraniana. A recorrência de episódios isquêmicos associados a estenose carotídea sintomática é frequente e geralmente cada vez mais grave que o episódio anterior. A revascularização carotídea previne novos acidentes. **Relato do Caso**: GV, 97 anos, masculino, portador de HAS, dislipidemia, ablação de FA aos 85 anos e marcapasso definitivo por BAV 2º grau 2:1 sintomático aos 95 anos, previamente hígido, deu entrada na emergência apresentando paresia em membro superior esquerdo (MSE) e em hemiface esquerda, realizou TC de crânio com ausência de isquemia ou hemorragias. Na AngioTC de pescoço evidenciou estenose crítica na emergência da carótida interna direita e estenose de 75% da carótida contralateral no mesmo segmento. Na madrugada do dia seguinte evoluiu com plegia em MSE, paralisia em hemiface esquerda e desvio do olhar conjugado à direita. Solicitado Angio-RM do crânio que evidenciou múltiplos focos de isquemia recente/ subaguda em situação córtico-subcortical pelos lobos frontal, parietal e temporal direitos, nos centros semi-ovais e coroas radiadas e também no caudado e no putâmen deste lado, de provável etiologia embólica. Se tratando de um hospital com suporte e com uma equipe habilitada, no mesmo dia, foi realizado uma endarterectomia da carótida interna direita com patch de pericárdio bovino, sob anestesia locoregional, e irrigação cerebral com shunt temporário. O nonagenário apresentou uma excelente evolução neurológica com reversão plena dos sinais de localização. Ao realizar um duplex- scan cervical de controle, 5 dias após, foi evidenciado uma dissecção na carótida direita comum desde o óstio até antes do bulbo carotídeo. Com o exame neurológico normal o paciente seguiu de alta hospitalar e de forma programada, 8 dias depois, é reinternado para implante de endoprótese (dois stents) em carótida comum direita, com ótimo resultado final e sem déficits focais seguiu de alta hospitalar. **Discussão:** O quadro neurológico apresentado pelo paciente é crucial na decisão de operar. A proteção da ocorrência de um novo episódio isquêmico após uma endarterectomia carotídea bem sucedida é conhecida e indiscutível há décadas. Paciente nonagenário, hígido e ativo, em um hospital com suporte e equipe habilitada, considerar o tratamento curativo na presença de sintomas, agir o mais precoce possível.

30

Aumento da Prevalência de Infarto Agudo do Miocárdio de Parede Anterior Durante a Pandemia de COVID 19

DINALDO C. OLIVEIRA JR.; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA
PROCAPE – Recife – Pernambuco – Brasil

Introdução: A COVID 19 está associada a inflamação e estatus pró trombótico. Durante a pandemia dessa doença foi visto apresentações atípicas do infarto agudo do miocárdio (IAM). **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar se durante a pandemia de COVID 19 houve aumento da prevalência de IAMST de parede anterior em pacientes do gênero masculino quando comparado a período antes da pandemia. **Materiais e Métodos:** Esse é um registro de mundo real que recrutou pacientes homens submetidos a intervenção coronariana percutânea primária (ICPP) de março a junho de 2019 (pré pandemia) e os comparou com pacientes homens submetidos a ICPP de março a junho 2020 (pandemia). Foram realizadas análises comparativas de características clínicas, anatômicas e da evolução até 30 dias. Foram realizadas testes estatísticos de acordo com as variáveis e o valor de p ≤0,05 foi considerado significativo. Estudo aprovado pelo comitê de ética da instituição. **Resultados:** Foram recrutados 328 pacientes homens submetdios a ICPP, sendo 188 em 2019 e 140 em 2020. As análises comparativas entre os grupos reveleram: idade: 63 ± 7,2 vs 64,4 ± 8,8 anos, p = 0,8; hipertensão arterial sistêmica: 117 (62%) vs 89 (63,5%), p = 0,8; Diabetes Mellitus: 40 (21%) vs 41 (29,2%), p = 0,1; tabagismo: 101 (54%) vs 50 (35,7%), p = 0,002; dislipidemia: 22 (11,7%) vs 24 (17%), p = 0,2; acidente vascular encefalico: 4 (2,1%) vs 5 (3,5%), p = 0,6; IAM de parede anterior: 80 (42,5%) vs 104 (74,2%), p < 0,001; via radial: 88 (47%) vs 100 (71,4%), p < 0,001; sucesso do procedimento: 163 (86,7%) vs 117 (83,5%), p = 0,5; tempo total de isquêmia: 463 min (340 – 670) vs 540 (357 - 960), p = 0,007; ≥ 5 dias de internação: 151 (80%) vs 100 (71,4%), p = 0,08; óbitos: 13 (6,9%) vs 15 (10,7%), p = 0,3. **Conclusões:** A prevalência de IAMST de parede anterior em pacientes do gênero masculino submetidos a ICPP durante a pandêmia foi maior do que aquela antes da pandêmia. Além disso, o tempo total de isquêmia foi maior durante a pandemia. Houve mais tabagistas no período pré pandemia.

246

Implementação de Checklist Específico para Perfusionistas: Estratégia para a Segurança em Cirurgias Cardíacas

LUIZA SILVEIRA GARCIA
Instituto Nacional de Cardiologia – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A iniciativa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, visa a implementação de checklists para assegurar a segurança do paciente durante procedimentos cirúrgicos. A utilização de um checklist direcionado pode fortalecer a segurança em cirurgias cardiovasculares com o uso de circulação extracorpórea (CEC). A CEC, composta por técnicas e dispositivos que temporariamente assumem as funções cardíacas e pulmonares, é operada pelo perfusionista, desempenhando um papel crucial nesse processo. A criação de um checklist específico para estes profissionais pode aprimorar a prática e garantir procedimentos mais seguros. **Objetivo:** Desenvolver e validar um checklist específico para perfusionistas durante cirurgias cardíacas, visando aprimorar a segurança do paciente, identificar potenciais problemas e garantir a eficácia dos procedimentos. Além disso, busca-se identificar as lacunas mais significativas enfrentadas pelos alunos, visando aprimorar seu desempenho ao longo do curso de especialização em circulação extracorpórea e assistência mecânica. **Materiais e Métodos:** Realização de pesquisa com alunos ativos e ex-alunos do centro de formação para identificar desafios enfrentados durante as aulas prática no centro cirúrgico. Esses dados orientaram a elaboração e validação de um checklist por especialistas na área, representando uma etapa fundamental para futuras implementações. **Resultados:** Os resultados incluem a elaboração e validação do checklist direcionado aos perfusionistas em cirurgias cardíacas com uso de CEC, juntamente com a identificação dos principais esquecimentos enfrentadas pelos alunos do curso. Esses resultados fornecem insights relevantes para aprimoramentos educacionais e práticas clínicas. **Conclusões:** A execução da perfusão, que envolve procedimentos padronizados e repetitivos, é mais eficaz quando uma rotina de trabalho é previamente estabelecida. A elaboração e validação de um checklist específico para o perfusionista durante cirurgias cardíacas demonstrou ser uma etapa crucial na busca pela segurança do paciente. Este estudo destaca a importância de estratégias simples, como checklists, na promoção da segurança e excelência em cuidados cardíacos. A implementação efetiva deste checklist pode representar um avanço significativo na qualidade dos cuidados durante procedimentos cirúrgicos cardíacos, garantindo uma prática mais padronizada e segura.

338

Análise do Uso dos Métodos de Imagem para Avaliação de Doença Arterial Coronariana em um Hospital Universitário

BRENDA FICHEIRA COELHO RIBEIRO; DAVI SHUNJI YAHIRO; JULIA MACHADO PEREIRA; LUÍS EDUARDO MACHADO; THAÍS DE CÁSSIA TELES SANTOS; FERNANDO DE AMORIM FERNANDES; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA
UFF – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Doença Arterial Coronariana (DAC) é a principal causa de morte no ocidente e seu diagnóstico geralmente requer o uso de exames de imagem. O uso racional desses exames que utilizam radiação ionizante requer boas práticas, justificativas e otimização. A melhor compreensão das práticas em um hospital de ensino na área pública pode contribuir para o aprimoramento do seu uso clínico. **Objetivo:** Avaliar a utilização dos métodos disponíveis para investigar a DAC em um Hospital Universitário de alta complexidade do SUS, analisando o perfil dos pacientes atendidos e características dos métodos utilizados. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo. Foram coletados os registros de pacientes atendidos no hospital universitário durante uma semana de 2023. Foram avaliados pacientes com suspeita de DAC encaminhados para realização de exames: cintilografia miocárdica (SPECT), teste ergométrico, ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca, angiotomografia de coronárias, estudo de eletrofisiologia invasiva e cateterismo cardíaco. Após a coleta de dados, foram analisados o perfil dos pacientes, os métodos de diagnóstico e a quantidade de atividade utilizada. Os dados foram apresentados em valores médios. **Resultados:** Foram analisados 198 exames para avaliação de DAC em uma semana: 100 ecocardiogramas sem estresse, 29 cintilografias de estresse e 25 cintilografias miocárdicas de repouso, 20 testes ergométricos, 21 angiografias coronarianas invasivas, 3 testes de eletrofisiologia invasiva. Não houve ressonância magnética cardíaca ou angiotomografia coronariana. A idade média dos pacientes foi de 65,02 anos (54% mulheres). Quanto à presença de DAC prévia: 24% tiveram um infarto prévio, 7% tinham stents implantados, e 3% haviam passado por procedimentos de revascularização cirúrgica. Quanto aos dados de exposição à radiação das cintilografias, os valores totais de atividade no Stress SPECT e no repouso SPECT variaram de 13,2 a 30,5 mCi, com média de 18,92 mCi e mediana de 18,1 mCi. A dose efetiva de radiação recebida pelos pacientes variou de 4,3 a 9,5 mSv. **Conclusões:** A cintilografia miocárdica foi a técnica mais frequentemente empregada para avaliação de isquemia miocárdica na amostra estudada. Ressonância magnética e Angio TC Ressonância magnética e Angio TC de artérias coronárias ainda são métodos em evolução no SUS. A exposição à radiação por exame, considerando a dose efetiva nas duas etapas, ainda supera 10mSv em média, ainda supera 10mSv em média, oportunidade para otimização das práticas.

342

Parâmetros Ecocardiográficos da Função Diastólica como Fator Prognóstico na Atenção Primária: Análise de Sobrevida

PEDRO PERELO LOPES; ANA CAROLINE OLIVEIRA COSTA; MARCOS SAMPAIO DE SOUZA; ADSON RENATO LEITE
Faculdade Atenas – Porto Seguro – Porto Seguro – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O envelhecimento da população e a epidemia de DCV em países em desenvolvimento, como o Brasil, alertam para o aumento da incidência e prevalência dos diferentes estágios da insuficiência cardíaca (IC) e reforça a importância de estudos sobre seu prognóstico, com ênfase em pacientes do estágio B, reversível com o tratamento. O ecocardiograma é um exame complementar usado em cardiologia que utiliza ultrassom para gerar imagens conferindo informações hemodinâmicas prognósticas que apresentam correlação satisfatória com dados invasivos. Sendo uma técnica não invasiva e de baixo custo. **Objetivo:** O principal objetivo desse estudo foi avaliar os parâmetros ecocardiográficos como fatores prognósticos para internação hospitalar por causas cardiovasculares e mortes por todas as causas, em adultos e idosos assistidos na atenção primária. **Materiais e Métodos:** Pesquisa observacional e longitudinal de base comunitária constituindo sub-estudo do projeto DIGITALIS. Foram recrutados 633 indivíduos para participar da primeira fase, e, que completaram avaliação clínica e ecocardiograma com doppler tecidual entre 2011 e 2012. Para a segunda fase, realizada entre 2017 e 2018, foram contactados todos os participantes da fase um, examinados prontuários para investigar causas de internações e mortes. Ocorreram 73 perdas de seguimento, totalizando a amostra final com 560 participantes. Critérios de inclusão: Usuários do programa médico da família de Niterói, com faixa etária de 45 a 99 anos. **Resultados:** A associação entre as alterações identificadas pelo ecocardiograma e o desfecho composto, estão representadas pelos os parâmetros de função diastolica, sendo o HR ajustados por idade e sexo, com os parâmetros, VAE-I, e', Tempo de Desaceleração (TD), respectivamente (2.68,4.16 e 2.31,) demonstraram-se estatisticamente significantes ($p < 0,05$). O percentual de indivíduos com alterações nos parâmetros do ecocardiograma sem diagnóstico de IC está representado por três parâmetros analisados, dos quais dois apresentaram, representando cerca de 66% dos pacientes sem IC clínica, portanto em estágio B. **Conclusões:** A análise de parâmetros ecocardiográficos que avaliam função e estrutura cardíaca possibilitou identificar indivíduos em alto risco de internação cardiovascular e morte por todas as causas na atenção básica, demonstrando a importância da realização do método. No cenário que a maioria dos participantes com alterações ecocardiográficas não tinham diagnóstico de IC, e pode-se caracterizar os como indivíduos no estágio B da IC.

339

Perfil Cardiometabólico na Prática Cardiológica: Relato de Experiência

MÁRCIA MARIA SALES SANTOS; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEÃO FONTES; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; ROSA LEONORA SALERNO SOARES; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; FERNANDO RAFAEL HADDAD MACHADO; GABRIELA LEMES SILVA
UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiometabólicas tem crescido em prevalência nas últimas décadas. A doença cardiovascular continua a causa mortis mais prevalente no Brasil e no mundo. A epidemia de obesidade, diabetes e de síndrome metabólica avança mundialmente retroalimentando a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Os fatores de risco para doenças cardiovasculares podem ser divididos em não modificáveis como idade, etnia e história familiar de doença cardiovascular ou em modificáveis como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e o tabagismo. Dieta e atividade física são protetoras para prevenção e tratamento de doenças crônicas, principalmente as cardiometabólicas. A implementação de uma rotina exequível de avaliação do perfil cardiometabólico na prática cardiológica pode mitigar os danos causados à população no longo prazo. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de fatores de risco cardiometabólico na população ambulatorial adulta em um hospital universitário de abrangência regional. **Materiais e Métodos:** 379 pacientes de 18 a 60 anos, voluntários, atendidos no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário, entrevistados após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Utilizado um questionário com dados sócio demográficos, fatores de risco cardiovasculares e anamnese clínica. Realizado exame clínico com aferição da pressão arterial sistêmica e dados antropométricos (altura, peso corporal, circunferência da cintura, quadril e pescoço). Os dados foram analisados pelo SPSS v.23. **Resultados:** 379 pacientes com idade média de 51,9 anos e predomínio do sexo feminino participaram do estudo. 70% da amostra tinha alguma alteração do peso corporal, sendo a média do IMC de 28,5 kg/m2. O sexo feminino apresentou maior índice de massa corporal e circunferência do quadril e prevalência de diabetes mellitus. Houve maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, uso abusivo de álcool, doença cardiovascular preexistente e circunferência do pescoço no sexo masculino. Um baixo percentual de tabagismo foi percebido em ambos os sexos. **Conclusões:** Ferramentas de avaliação do risco cardiometabólico, de baixo custo e fácil execução, incorporadas a prática cardiológica podem auxiliar no tratamento e na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular. O perfil cardiometabólico desta coorte regional reflete a gravidade do cenário atual. **Referências Bibliográficas:** Manual de promoção da saúde cardiovascular [livro eletrônico] Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2023.

343

Avaliação da Performance da Cintilografia Miocárdica com Baixas Doses de Radiação em Equipamento com Detectores de CZT – D-SPECT

VERÔNICA PAIM; FERNANDA MARCELINO; NILTON LAVATORI CORREA; WILTER KER; ALAN CHAMBI; ISABELLA PALAZZO; MARIA MARTA MAGIOTTO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A evolução tecnológica permitiu que os equipamentos de medicina nuclear realizem exames de modo mais acurado, mais rápido e com menores doses de radiação. O uso de detectores sólidos de CZT permite que se implementem protocolos de exames de cintilografia miocárdica de baixas doses com sucesso. Entretanto, devido às características populacionais locais e fatores relacionados ao desempenho dos equipamentos sempre é necessária a avaliação cuidadosa dos resultados e da qualidade das imagens bem como o impacto na exposição à radiação. **Objetivo:** Avaliar o impacto da adoção de um protocolo de baixas doses de 99mTc-sestamibi para cintilografia de perfusão miocárdica quanto a dose de radiação e o tempo de aquisição de imagens em equipamento com detectores de CZT – D-SPECT. **Materiais e Métodos:** Foram analisados de modo retrospectivo 227 exames de cintilografia miocárdica de estresse ou de repouso no período de agosto a novembro de 2023. A aquisição das imagens é realizada na posição sentada por contagens radioativas totais. Os exames foram divididos em 2 grupos: Grupo A: utilizaram as atividades padrão propostas pelo fabricante da D-SPECT (atividade do repouso entre 10 a 12 mCi e atividade da fase de estresse entre 30 a 36 mCi); e Grupo B: utilizaram atividades reduzidas em 50% (6 mCi na fase de repouso e 18 mCi na fase de estresse, para pacientes com menos de 100kg). Foi realizada a análise do tempo de aquisição e da dose de radiação empregada. **Resultados:** O Grupo B, consistiu em 109 exames, com uma dose média de radiação significativamente menor do que a empregada no Grupo A (5,6 mCi no repouso x 10,7 mCi – $p<0,0001$ e 17,6 mCi no estresse x 30,8 mCi – $p < 0,0001$). Os tempos de aquisição foram significativamente maiores no Grupo B em relação ao Grupo A na fase de repouso 9,5 min x 5,2 min; $p < 0,001$. Na fase de estresse não houve diferenças no tempo de aquisição: 3,75 min em ambos os grupos – $p = 0,96$. As taxas de contagens da fase de repouso de ambos os grupos foram similar: Grupo A: 2,4 MC e Grupo B: 2,3 MC; $p= 0,18$. Entretanto, na fase de estresse, contagens do grupo A foram maiores que as do grupo B: 6,5 MC X 3,5 MC, $p < 0001$. **Conclusões:** A realização de protocolos de baixas doses de atividade radioativa para cintilografia de perfusão miocárdica é factível e prática em equipamentos de cintilografia com CZT SPECT. Isto reduz à exposição à radiação sem comprometer a qualidade das imagens e o fluxo de operação normal do serviço. A sua incorporação parece favorável na prática clínica diária.

351

Avaliação da Doença Periodontal e da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal em Diferentes Espectros de Gravidade da Hipertensão Arterial

THAÍS DE CARVALHO DUQUE; CLAUDIA THEREZINHA REGA DO NASCIMENTO VALLAPERDE; FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO CARLOS; FABIO VIDAL MARQUES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
IDOMED – Estácio – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A doença periodontal (DP), uma condição crônica inflamatória multifatorial resultante de disbiose na microbiota oral, exibe conexões bidirecionais com a hipertensão arterial sistêmica. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a DP e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) com a doença arterial hipertensiva e o perfil de risco cardiovascular. **Materiais e Métodos:** Este estudo transversal com 125 participantes, incluindo 20 pré-hipertensos, 60 com hipertensão essencial e 40 com hipertensão resistente (HAR), investigou a relação entre DP, qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), doença arterial hipertensiva e perfil cardiovascular. **Resultados:** Os hipertensos resistentes, predominantemente mais velhos (média de 51 ± 9 anos), negros/pardos (75%) e de baixa renda (45%), apresentaram maior prevalência de diabetes (43%), dislipidemia (73%) e doença cardiovascular (DCV) prévia (25%), especialmente doença cerebrovascular (17,5%). Comparados aos pré-hipertensos, os HAR demonstraram maior pontuação no OHIP (8 [4,25-18,0] vs 6[0-6,0), p<0.05) e maior prevalência de DP grau C (50% vs 24%, p<0.05). A prevalência da DP nos estágios II e III aumentou com a gravidade da hipertensão, sem significância estatística. DP moderada e grave foi mais comum em participantes mais velhos (78%), com baixa renda (42%) e histórico de DCV e cerebrovascular (15% e 22%, ambos p<0,05). Pior QVRSB (OHIP>8) foi observada em sedentários (66% vs 42%, p=0,01), associados a maior perda dentária (27%[9-63] vs 15,5%[4,5-29,5], p=0,006) e DP generalizada (47% vs 13%, p=0,019). **Conclusões:** A gravidade da DP correlacionou-se com um perfil cardiovascular desfavorável, refletido na severidade da hipertensão e presença de DCV prévia, implicando em menor qualidade de vida bucal. Essa associação é mais evidente em sedentários, obesos e portadores de DP generalizada.

359

Del Nido: Avanços e Perspectivas na Proteção Miocárdica em Cirurgia Cardíaca

VICTOR AZARA GUMIERO
INC – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O desenvolvimento e avanço da circulação extracorpórea (CEC) representa um aumento de horizontes para a cirurgia cardíaca. O uso de soluções cardioplégicas para realização de procedimentos cirúrgicos proporciona maior espectro de cirurgias e melhores resultados. Diferentes tipos de soluções são evidenciados na literatura, mas a cardioplegia del Nido vem recebendo atenção por suas características e vantagens em relação a cardioplegia sanguínea. **Objetivo:** Evidenciar características que diferenciam a solução cardioplégica del Nido da cardioplegia sanguínea. **Materiais e Métodos:** Para a pesquisa de artigos na base de dados PubMed, foram utilizados os descritores "del Nido", "blood cardioplegia" e "cardiac surgical". A seleção dos estudos seguiu a estratégia PICO, com inclusão de artigos do tipo "metanálise" e "ensaio clínico randomizado" publicados nos últimos dez anos. **Resultados:** Após a pesquisa com os descritores "del Nido" e "blood cardioplegia", foram identificados 98 resultados. Com a inclusão do descritor "cardiac surgical", o número de resultados reduziu para 31. Ao aplicar filtros para selecionar apenas "ensaios clínicos randomizados" e "meta-análises" foram identificados 9 artigos publicados entre os anos de 2018 e 2023. Procedeu-se a leitura de título e "abstract", sendo excluída 1 duplicata e selecionados 6 artigos pertinentes, os quais foram utilizados no estudo. Após análise, observou-se que a solução del Nido em geral reduziu os requisitos de volume de cardioplegia, liberação de troponina, tempo de CEC, bypass cardiopulmonar e tempo de pinçamento aórtico em comparação à cardioplegia sanguínea convencional. Não houve discrepâncias significativas na taxa de mortalidade ou em outros desfechos intra-hospitalares abordados nos estudos. **Conclusões:** O del Nido é uma solução cardioplégica de baixo custo, adaptativa a diferentes idades, garante tempo de proteção prolongado e menores danos associados ao processo de isquemia/reperfusão. O uso de del Nido em cirurgias adultas pode proporcionar resultados comparativos aceitáveis ou até mesmo superiores aos da cardioplegia sanguínea, porém ainda são escassos os estudos direcionados a esse assunto.

354

Pericardite Constrictiva: Diagnóstico Tardio e Formação de Carapaça

ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; GABRIELA VIEIRA LOZANO; BÁRBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; LUÍS HENRIQUE SÁ; LAYLA LEAL FERNANDES; JEFFERSON MAGALHÃES; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ
Hospital Caxias D'Or – Duque de Caxias – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pericardite constrictiva pode ocorrer como consequência de uma grande variedade de patologias que afetam o pericárdio, especialmente quando da cicatrização ou resolução das mesmas, traduzidas pela transformação da estrutura colagenosa e elástica do saco pericárdico, em uma estrutura fibrosa e por vezes calcificada. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 38 anos, casada, parda, auxiliar de limpeza, queixando-se de "desmaio e falta de ar". Início do quadro há cerca de 5 anos com síncope de repetição associada a esforço físico, mesmo moderados. Há 2 anos, dispneia com rápida piora de classe funcional, evoluindo para ortopneia e dispneia paroxística noturna. Atendimento de emergência fez diagnóstico de COVID-19 e realizado tratamento sintomático. 2 semanas após, iniciou edema de MMII. Procurou novamente assistência médica, tendo sido prescrito tratamento com furosemida, com melhora de classe funcional (NYHA III > I), mas necessitando de dosess progressivamente maiores, chegando a 200mg/dia, recebendo o diagnóstico de insuficiência cardíaca. Chega em nosso serviço de emergência por dispnéia, DPN e com relato de calcificações no pericárdio em exame ambulatorial. HPP: DM há cerca de 1 ano, sem outras comorbidades e em uso de metoprolol 25mg / dia, espironolactona 25mg/dia e furosemida 120mg /dia. Não havia história de traumas ou irradiaçao torácica. Negava história de tuberculose, cardiopatia na família ou morte súbita. Ao exame: PA 100 x 80 mmHg, FC 73 bpm, FR 18 irpm, SpO2 97%, TAx 36ºC. Lúcida e orientada no tempo e espaço, eupneica em ar ambiente. TJ ++/3 45°. RCR, BNF, sem bulhas acessórias. MV + e sem RA. Abdome fígado palpável, 3 cm RCD, refluxo hepato- jugular presente, sem ascite. MMII sem edemas e com panturrilhas sem empastamentos. **Discussão:** Paciente com quadro clínico de IC, em uso de diurético com melhora do quadro sintomático mas sem diagnóstico etiológico mesmo após múltiplos atendimentos em diferentes serviços de saúde, necessitando doses progressivamente maiores de diurético. Exames de imagem (TC) denotando fase avançada de doença, calcificações grosseiras e extensas por quase toda a circunferência cardíaca. RNM cardíaca com leve derrame e realce tardio pericárdico difuso. Ausência de realce tardio miocárdico e com função biventricular preservada. Submetida a pericardiectomia extensa. Boa evolução clínica inicial, mas no 2° DPO, choque refratário, disfunção de múltiplos órgãos e óbito. Patologia grave, diagnóstico tardio em grande parte e com alta mortalidade cirúrgica mesmo em grandes centros.

386

Estudo da Prevalência de Sintomas Relacionados à Compulsão Alimentar entre Alunos de Medicina Eutróficos e Portadores de Excesso de Peso

IVAN LUCAS PICONE BORGES DOS ANJOS; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Universidade de Vassouras – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os transtornos alimentares vêm recebendo importância, nas últimas décadas por impactarem na autoimagem corporal e comportamento no cotidiano. O aumento do índice de massa corporal (IMC) e a estigma da obesidade foi correlacionado com compulsão alimentar, depressão, ansiedade e insatisfação corporal. Estudos já observaram prevalência entre 2% até 75% para a compulsão alimentar, a depender do grau de obesidade da amostra, sendo maior em mulheres. O transtorno de compulsão alimentar e a bulimia nervosa são transtornos que cursam este comportamento. **Objetivo:** Avaliar a prevalência pontual de sintomas relacionados ao IMC sugestivos de comportamento de compulsão alimentar em estudantes de medicina. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, comparativo e de prevalência pontual de sintomas, autorrelatados, sugestivos do comportamento de compulsão alimentar, através de aplicação de questionário anônimo em alunos de medicina. Foram avaliados idade, sexo, período letivo, parâmetros antropométricos e sintomas compatíveis com os critérios presentes no DSM- 5. Análise estatística através de porcentagens, média e qui-quadrado para comparação entre as variáveis. **Resultados:** Dentre os 229 entrevistados; 24,9% eram portadores de sobrepeso e 10,5% de obesidade, sendo que 71,2% eram do sexo feminino. A média de idade dos estudantes foi 22,89 +/-3,79. Quanto aos sintomas comuns à compulsão alimentar desses 229 estudantes, 72,9% referiram episódios de ingesta excessiva de alimentos em curto período, com frequência de 1-3 vezes na semana em 65,9%; frequência ≥4 vezes por semana em 34,1% no grupo total e de 92,7% no grupo portador de sobrepeso/obesidade (p=0,001).Foi constatado perda do controle alimentar em 74,9%, sendo 73,7% comendo mais rápido que o normal e 77,2% sentindo-se desconfortavelmente saciado; 62,9% relatavam sentimento de vergonha no grupo total, 78% nos portadores de sobrepeso/ obesidade (p=0,021). Além disso, relataram sentimento de desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado em seguida aos episódios compulsivos em 72,5%, sendo significativamente maior, 82% em portadores de obesidade (p=0,047). **Conclusões:** Foi constatada a predominância de comportamento de compulsão alimentar em estudantes de medicina, sobretudo entre os portadores de sobrepeso ou obesidade. Portanto o estudo vem corroborar a importância do rastreamento desses sintomas, nesta população, a fim de serem referendados a uma abordagem diagnóstica mais específica.

388

Exposição ao Bisfenol s na Morfologia e Metabolismo do Tecido Adiposo Marrom em Modelo de Obesidade

LUIZA DA FRANÇA LOSITO; GABRIELA RODRIGUES DE OLIVEIRA MEDEIROS; LYSS FELIX MEIRELLES; GABRIEL XIMENES DE OLIVEIRA; BEATRIZ ALEXANDRE-SANTOS; ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NÓBREGA; D'ANGELO CARLO MAGLIANO; ELIETE DALLA CORTE FRANTZ
Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A obesidade é uma doença crônica multifatorial associada a diversas comorbidades, como síndrome metabólica e doenças cardiovasculares. O Bisfenol S (BPS) é um desregulador endócrino de caráter obesogênico, presente no meio ambiente, e amplamente utilizado como substituto do Bisfenol A (BPA) na produção industrial de policarbonatos e resinas. O tecido adiposo marrom (TAM) é o principal sítio de termogênese no organismo, regulando os níveis de gasto energético. Já é conhecido o impacto do BPA na saúde do organismo. No entanto, pouco se sabe sobre os efeitos do BPS, principalmente no TAM. **Objetivo:** Investigar o impacto da exposição ao BPS sobre a morfologia e metabolismo do TAM em animais obesos. **Materiais e Métodos:** Camundongos C57BL/6 machos adultos foram divididos nos grupos: dieta controle (SC), dieta controle + BPS (SCB), dieta hiperlipídica (HF) e dieta hiperlipídica + BPS (HFB). O BPS foi administrado por meio da água de beber em uma dose de 25μg/Kg/dia. O protocolo experimental teve duração de 12 semanas e foram avaliados ingestão alimentar e hídrica, massa corporal (MC) e índice de adiposidade. No TAM, foi avaliada a massa do tecido, o conteúdo lipídico e a densidade numérica de núcleos e vasos por área. **Resultados:** Os grupos alimentados com dieta hiperlipídica apresentaram menor ingestão alimentar e hídrica em comparação aos grupos controles. O BPS promoveu aumento da massa corporal e do índice de adiposidade em relação ao grupo SC, e os grupos alimentados com dieta hiperlipídica sofreram aumento adicional da MC em relação aos grupos controles. Os grupos HF e HFB apresentaram aumento da massa do TAM em relação aos grupos controles, e do conteúdo lipídico em relação ao grupo SC. Ao passo que os grupos alimentados com dieta hiperlipídica (HF e HFB) apresentaram diminuição no número de núcleos e vasos estimados por área em comparação ao grupo SC. **Conclusões:** Tanto a dieta hiperlipídica quanto o BPS proporcionaram aumento da massa corporal. A exposição ao BPS, contudo, não promoveu alterações morfológicas no TAM. O fenótipo histológico dos grupos HF e HFB é compatível com processo de branqueamento e diminuição da termogênese no TAM, mas investigações metabólicas e moleculares são necessárias para confirmar esta hipótese.

414

Humanização na Relação Médico Paciente em Alunos do Primeiro Período de Medicina. Seis Anos de Experiência com o Projeto Calouro Humano

GABRIEL FERREIRA TEIXEIRA; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; EUCIR RABELLO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A aproximação dos alunos do primeiro período de medicina (APPM) aos pacientes internados no hospital pode estabelecer elos, precocemente, na relação médico paciente. **Objetivo:** foi avaliar a percepção dos APPM e pacientes internados acerca da humanização na relação médico paciente. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, prospectivo janeiro 2017 e dezembro 2023, aprovado pelo 1.884.048, emenda em 23-12-16 sob parecer 4.482.976, através da aplicação de questionário anônimo sobre a percepção em relação médico paciente, após assinatura do TCLE. Os pacientes foram acompanhados APPM matriculados na universidade, sob supervisão de um veterano ou dos professores, por 14 semanas, do semestre letivo. **Resultados:** Total de 2386 pacientes participaram, havendo 1651 (69,19%) declarações de ótima experiência; 631 (26,44%) foi boa; 78 (3,26%) regular. Os pacientes foram questionados sobre possíveis transtornos pessoais gerados pela internação e 1345 (56,37%) negaram; 1025 (42,95%) afirmaram e 16(0,67%) não informaram. Entre os transtornos pessoais informados, estão listados os problemas na comunicação com familiares, financeiros, com a própria doença, com absenteísmo ao trabalho, necessidade de material de higiene pessoal, necessidade de carinho, atenção e companhia. Posteriormente, foram questionados sobre a possibilidade da ajuda dos APPM nessas questões relatadas, havendo 1030 (43,16%) que afirmativas. Foram questionados sobre grau de satisfação com as informações sobre sua doença durante a internação, havendo 1.943(81,43%) respostas de pleno grau de satisfação, 363(15,21%) parcialmente satisfeito. A maioria dos pacientes, 2.311(96,85%), informaram estar recebendo atendimento humanizado durante sua internação. A principal expectativa declarada pelos pacientes, durante sua internação, foi a cura da doença em 1679 (70,36%), seguindo de 256 (10,72%) que esperavam atendimento respeitoso por parte dos profissionais. Total de 779 alunos participaram. 663 (85,10%) classificaram a experiência como ótima, 122 (15,66%) como boa, 19 (1,48%) como regular e 5 (0,64%) como ruim. A maioria, 741 (95,12%) informou ter se sentido mais próximo ao paciente, 5 (4,74%). Um terço dos alunos, 593 (76,12%) informou que sentiu que atendeu às necessidades do paciente, 161(20,66%) atendeu parcialmente. **Conclusões:** A maioria dos pacientes classificaram a experiência de ter um APPM o apoiando durante a internação como ótima (69,19%) ou boa (26,44%), além de 96,85% declararem estar recebendo tratamento humanizado durante sua internação.

398

Explorando o Conhecimento do Risco Aterosclerótico: um Estudo Transversal entre Estudantes de Medicina

JESSICA DE PAULA CHALUP JUNQUEIRA; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO
Universidade de Vassouras – Vassouras – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, estando o tabagismo, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e sedentarismo entre os principais fatores de risco. **Objetivo:** objetivo deste estudo foi avaliar o autoconhecimento sobre fatores de risco cardiovascular entre estudantes de medicina. **Metodologia:** Estudo observacional e transversal com estudantes do primeiro ao oitavo semestre de medicina utilizando questionários anônimos contendo perguntas sobre fatores de risco cardiovascular. **Resultados:** Um total de 288 alunos participaram do estudo. Houve maior percentual de estresse emocional autodeclarado (p<0,001), pressão arterial elevada (p=0,007), história familiar de doença arterial coronariana (DAC) ou acidente vascular cerebral (0,049) no grupo feminino; O grupo abaixo de 20 anos praticou mais atividade física (p=0,023) e referiu dieta balanceada (p=0,047), a faixa etária entre 20 e 29 anos relatou maior percentual de tabagismo (p=0,001) e consumo de álcool (p=0,048), os idosos com mais de 30 anos relataram maior conhecimento sobre história familiar de DAC ou AVC. Estudantes do nível clínico do curso médico, entre o quinto e oitavos semestres, demonstraram maior percentual de tabagismo (p=0,001) e etilismo (p=0,030). **Conclusão:** Este estudo demonstrou que o tabagismo e o consumo de álcool são maiores entre aqueles que eram mais velhos do que 30 anos e que cursavam semestres mais avançados do curso de medicina. Estudantes do sexo feminino e com mais de 30 anos demonstraram maior conhecimento sobre história familiar de doença arterial coronariana ou acidente vascular cerebral. Estudantes de medicina autorrelataram estresse emocional e níveis mais elevados de pressão arterial. É importante a existência de atividades curriculares com a participação dos alunos em atividades relacionadas à promoção da saúde visando à prevenção primária.

420

Valve in Valve Aórtico e o Avanço da Hemodinâmica: Relato de Caso Frente ao Procedimento Inédito na Cidade de Teresópolis – RJ

ELIENE CARIUS NÓBOA; ANA CAROLINA BORBA DE FRIAS; DANIEL PERALTA
Centro Universitário Serra dos Orgãos – Teresópolis – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Neste trabalho, é relatado o procedimento Valve-in-Valve (ViV), este é denominado o implante de uma válvula transcateter dentro de uma válvula bioprotética com falha. Nos últimos anos, o aumento do uso da abordagem ViV trouxe lições e maior compreensão da complexidade do procedimento, sua eficácia pode ser significativamente afetada pelo tamanho, tipo de válvula bioprotética e falhas (como calcificação ou ruptura do folheto, estenose da válvula tecidual ou regurgitação), posição da válvula (aórtica, mitral, tricúspide ou pulmonar), tipo de válvula cardíaca transcateter (THV) implantada, sistema de acesso e profundidade do implante. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar o procedimento ViV realizado pela primeira vez em Teresópolis-RJ, como ferramenta alternativa na hemodinâmica. **Materiais e Métodos:** O arcabouço teórico foi construído por meio de uma revisão da literatura, utilizando buscas na plataforma Google Acadêmico, para fornecer aos estudantes uma base teórica abrangente sobre esse tipo de procedimento. Este trabalho respeitou os princípios éticos ao utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados, sendo submetido à Plataforma Brasil. **Resultados:** JNR, homem, 77 anos, hipertenso, submetido à troca valvar aórtica em 2006, apresentava queixa de cansaço progressivo e três episódios de síncope. Na avaliação ecocardiográfica, foi observado estenose importante da válvula protética. E decorrente dos fatores associados, foi optado o pelo implante transcateter de nova válvula aórtica. O procedimento foi realizado através da técnica minimalista, na qual o menor número possível de invasões é realizado. A artéria femoral direita foi o acesso principal e após o posicionamento da prótese balão-expansível Sapien 3 (Edwards), a mesma foi insuflada e liberada dentro da prótese antiga, ocupando seu espaço. A avaliação do ecocardiograma transtorácico ao final do procedimento mostrou ausência de vazamento paravalvar e gradiente transvalvar de 9mmH, o procedimento foi considerado satisfatório e encerrado sem complicações. **Conclusões:** A análise do caso apresentado oferece aprendizados valiosos sobre a aplicação bem-sucedida do ViV como uma abordagem minimamente invasiva para os pacientes. Este procedimento, não apenas proporcionou resultados satisfatórios, como também evidenciou a importância da cuidadosa seleção de pacientes, considerando os riscos inerentes à reoperação e as complicações associadas à abordagem cirúrgica convencional.

443

Impacto da Pandemia de COVID-19 nas Cirurgias Cardíacas no Estado do Rio de Janeiro

BRENDA FICHEIRA COELHO RIBEIRO; LUIZA MEIRELES TEIXEIRA; MARIA FERNANDA RIBEIRO MENDES DE OLIVEIRA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA
Health Science Education Lab – HUAP – UFF – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurar um acesso equitativo às cirurgias cardíacas é crucial para promover a saúde cardiovascular e reduzir disparidades. No estado do Rio de Janeiro, entre 2013 e 2022, os procedimentos cardíacos mais comuns foram revascularização miocárdica, tratamento de malformações congênitas e implante de prótese valvar. A pandemia da COVID-19, declarada pela OMS em março de 2020, teve um impacto significativo no funcionamento do sistema de saúde. Muitos hospitais e sistemas de saúde, incluindo o SUS, adiaram ou cancelaram cirurgias eletivas, incluindo as cardíacas, para alocar recursos e conter a propagação do vírus. Compreender o impacto da pandemia na saúde cardiovascular é essencial para orientar políticas de mitigação. **Objetivo:** Avaliar a série temporal do DATASUS de cirurgias cardíacas realizadas no SUS nos últimos 10 anos e determinar o impacto da pandemia no número de procedimentos realizados e seus diferentes tipos. **Materiais e Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido utilizando dados do DATASUS. Foram analisadas informações sobre cirurgias cardíacas realizadas no estado do Rio de Janeiro entre 2013 e 2022, obtidas da plataforma DATASUS TABNET. Foram avaliados os tipos de procedimentos cirúrgicos e as Regiões de Saúde. Os anos de 2020 e 2021, períodos críticos da pandemia, registraram o menor número de cirurgias cardíacas em comparação com os anos anteriores. Em 2020, foram realizadas 2.231 cirurgias, uma redução em relação às 2.845 de 2019. Em 2021, o número diminuiu para 2.138. Contudo, em 2022, houve um aumento para 2.611 procedimentos. A média anual ao longo do período foi de 2.497 cirurgias. A redução média anual foi de 13%, representando um déficit de 625 cirurgias em 2020 e 2021 em relação à média. Em 2022, apesar do aumento, ainda persistiu um déficit de 511 cirurgias em relação à média histórica. As reduções foram observadas em todas as regiões do estado e nos diferentes tipos de cirurgias. **Conclusões:** O impacto da pandemia na realização de cirurgias cardíacas no estado do Rio de Janeiro foi expressivo. Mais de 10% dos procedimentos não foram realizados em 2020 e 2021, evidenciando a necessidade de priorizar recursos para enfrentar a emergência de saúde. A retomada gradual em 2022 sugere recuperação progressiva, mas ainda há déficit considerável em relação à média histórica. Isso destaca a importância de estratégias para superar os desafios impostos pela pandemia e restaurar a capacidade do sistema de saúde cardiovascular no estado.

457

Práticas Extensionistas e Prevenção Cardiovascular

MÁRCIA MARIA SALES DOS SANTOS; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEÃO FONTES; ANA LUISA MARQUES TAVARES; LUCAS PEREIRA JACQUES; MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA DOS SANTOS; VITORIA AZEVEDO SANTOS
UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Constituição Federal, define a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. A partir de 2018, a extensão torna-se obrigatória nos cursos de graduação e novos cenários de atuação começam a surgir com a disseminação de atividades extensionistas nas Faculdades de Medicina por todo país. A promoção da saúde cardiovascular é de extrema necessidade já que a morbimortalidade por doença cardiovascular continua alta no mundo contemporâneo. Após a pandemia de SARS-CoV-2, cresce a preocupação com a qualidade da informação científica. Neste sentido, a extensão universitária pode ser uma importante ferramenta para promover a prevenção cardiovascular. **Objetivo:** Promover educação em saúde para a prevenção cardiovascular através de práticas extensionistas em um hospital. **Materiais e Métodos:** Um grupo de médicos, discentes e docentes planejaram atividades de extensão em um hospital universitário. O público alvo eram os usuários do ambulatório do hospital. Informações gerais sobre os fatores de risco cardiovascular e hábitos de vida saudáveis eram transmitidos em linguagem simples e de fácil compreensão em palestras curtas e através de um folder. Foi enviado conteúdo digital pelo Instagram para todos os participantes que concordaram em receber. Ao final os pacientes eram convidados a avaliar a atividade. **Resultados:** A população aceitou a atividade com alegria e entusiasmo e a grande maioria desconhecia o quais eram os fatores de risco cardiovasculares e os riscos para sua saúde. A maioria dos participantes demonstrou interesse em saber mais sobre a doença e foi enviado o conteúdo digital pelo Instagram. Ao final, 82% dos participantes avaliaram a atividade com nota acima de 8. **Conclusões:** O cuidar cardiológico envolve informação de cuidados fundamental para a promoção de saúde. Práticas extensionistas, disseminadoras de conhecimento de qualidade, devem ser utilizadas na prevenção de doenças cardiovasculares.

Referências Bibliográficas: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO-Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. -São Paulo, SP. FONSECA, Y. S. et al. Ação extensionista de promoção da saúde de estudantes universitários. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, v. 17, n. 35, p. 81-95, 2020. https://doi.org/ 10.5007/1807-0221.2020v17n35p81

456

Cardioreumatologia Avaliação Integrada em um Hospital Terciário

MÁRCIA MARIA SALES SANTOS; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; MARIANA SOPHIA SANTOS ALMEIDA; CAIO FANARA DE SOUZA; GUSTAVO DANIEL LOPES; ALAN MORETO TRINDADE; CÍCERO LUCIANO MARTINS DA SILVA JUNIOR; LARA GOMES DE OLIVEIRA
UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças reumatológicas autoimunes (DRAs) cursam com inflamação crônica, resistência insulínica, aterosclerose acelerada e dano cardiovascular. A doença aterosclerótica assim como a disglicemia (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a obesidade também são pró-inflamatórias. A agregação de doenças inflamatórias autoimunes e cardiometabólicas sistêmicas acelera a aterogênese, lesão de órgãos alvo e desfechos cardiovasculares. Dessa forma, torna-se importante avaliar a prevalência dos fatores de risco cardiometabólicos nos portadores de DRAs. **Objetivo:** Avaliar prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, metabólicos e antropométricos nas DRAs, incluindo Lúpus Eritematoso Sistêmico, Artrite Reumatoide e Artrite Psoriática em um hospital terciário. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal em adultos, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório de Reumatologia de um hospital universitário terciário. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e responderam um questionário com dados sócio demográficos e comorbidades. Realizado exame clínico, eletrocardiograma e medição antropométrica da gordura visceral, como índice de massa corporal (IMC), circunferência do pescoço (CP), circunferência da cintura (CC), relação cintura-quadril (RCQ) e relação cintura-estatura (RCE). **Resultados:** Participaram do estudo 37 pacientes com predomínio do sexo feminino. A maioria dos participantes tinha algum sintoma cardiológico. Hipertensão arterial e diabetes mellitus estavam respectivamente presentes em 64,5% e 14,5% das mulheres e em 75% e 25% dos homens. As mulheres fumam mais (46,8%) e são mais sedentárias (68,7%) e os homens tem maior prevalência de etilismo (80%). As mulheres tem maior sobrepeso e os homens em obesidade grau I. A CP, CC, RCQ e RCE estão elevadas em ambos os sexos. Os homens apresentam maior IMC, CP e CC. 75% da amostra apresentava ausculta cardíaca normal e 15% alguma alteração eletrocardiográfica. **Conclusões:** A prevalência de fatores de risco cardiovasculares, metabólicos e antropométricos de obesidade visceral estão elevados nesta população. A integração cardioreumatológica precisa ser disseminada a fim de minimizar a morbimortalidade cardiovascular em portadores de doenças reumatológicas autoimunes.

Referências Bibliográficas: Weber BN, Garshick M, Abbate A, Youngstein T, Stewart G, Bohula E, Plein S, Mukherjee M. Acute cardiovascular complications of immune-mediated systemic inflammatory diseases.Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2023 Nov 16;12(11):792-801. doi: 10.1093/ehjacc/zuad096.

458

Modernização da Ausculta Cardíaca: Estetoscópio Digital

MARCIA MARIA SALES DOS SANTOS; WOLNEY DE ANDRADE MARTINS; ANTÔNIO JOSE LAGOEIRO JORGE; JOSE ANTONIO CALDAS TEIXEIRA; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEAO FONTES; LUIS ANTONIO GRANJA TEIXEIRA; IRIS CARDOSO DE PÁDUA TERRA
UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A aplicação da tecnologia no ensino médico foi acelerada pela pandemia de SARS-CoV-2 e hoje é uma realidade. O aprendizado da ausculta cardíaca é fundamenta para a prática cardiológica. O aprendizado é complexo, requer treinamento continuado e a repetição da audição dos sons auscultatórios. A gravação de sons da ausculta cardíaca com o estetoscópio digital, pode ser um instrumento facilitador desta habilidade. **Objetivo:** Avaliar o uso da tecnologia do estetoscópio digital, como ferramenta com aplicabilidade no ensino da ausculta cardiovascular em uma Faculdade de Medicina e áreas afins. **Materiais e Métodos:** Foi confeccionando material digital da ausculta cardíaca, gravada com o estetoscópio eletrônico Littmann® Modelo 3200, de várias patologias cardiovasculares para uso na disciplina de Semiologia Médica. O Software 3M™ Littmann® StethAssist™ Heart and Lung Sound Visualization foi usado para o ajuste do som da gravação, gerando um fonocardiograma. Este material foi preparado e utilizado em aulas demonstrativas, canal do Youtube e Instagram. Os alunos tiveram livre acesso as mídias. **Resultados:** O uso do material didático da ausculta cardíaca foi bem aceito pelos discentes e foi considerado facilitador do aprendizado da ausculta cardíaca. O material recebeu nota > 7 por 67,7 % dos discentes, sendo nota 10 em 22% dos participantes. **Conclusões:** O estetoscópio digital é uma tecnologia capacitadora, com impacto positivo no aprendizado da ausculta cardíaca e da Semiologia Cardiovascular.

Referências Bibliográficas: Sanchotene IJ, Engers PB, Ruppenthal R, Ilha PV. Competências Digitais Docentes e o Processo de Ensino Remoto Durante a Pandemia da Covid-19. EaD em Foco. 2021 Jan 12;10(3). Fávero ACD, Parreira FM. Ensino remoto de urgência nos cursos da área da saúde durante o distanciamento social gerado pela pandemia. Pensar Acadêmico. 2020 Dec 10;18(5):950. Semiologia Médica - Celmo Celeto Porto - 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan. Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier

459

Acervo Digital Cardiológico-Semioteca

MARCIA MARIA SALES DOS SANTOS; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; JOSE ANTONIO CALDAS TEIXEIRA; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEAO FONTES; MARYANA CAETANO DA SILVA DE OLIVEIRA; PATRICK MACHADO CIBIN; LUIZA BAZIN DE OLIVEIRA
UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Após a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, novas modalidades de ensino não presenciais se expandiram rapidamente. A vida digital se tornou essencial alterando a relação ensino aprendizado. A conexão com o discente precisa acompanhar a tecnologia de informação vigente. O ensino da semiologia cardiovascular requer treinamento repetitivo do exame físico. A utilização de material didático audiovisual do exame físico cardiovascular pode favorecer o aprendizado médico. **Objetivo:** A criação de material didático comentado com fotos e vídeos curtos demonstrativos do exame físico cardiovascular, para o público discente de uma Faculdade de Medicina e demais áreas afins. **Materiais e Métodos:** Foi idealizado a criação de um acervo digital sobre o exame físico cardiovascular. Houve a confecção e edição de vídeos e de fotos. O material foi aquirido e gravado com equipamentos próprios de câmera, e com posterior edição em um editor de vídeos. Os vídeos são objetivos, de curta duração com demonstração das técnicas do exame do precórdio e sistema arterial e venoso e agregado a um curto texto explicativo. O conteúdo produzido foi disponibilizado com livre acesso no site, Instagram e no canal do Youtube da disciplina de Semiologia Médica. Ao final do semestre, os discentes preencheram um questionário avaliando a qualidade e a importância da em seu aprendizado. **Resultados:** Na avaliação qualitativa, 67,7% dos discentes pontuaram com nota ≥ 7, (25,4% nota 10) o site da disciplina. A qualidade dos vídeos e imagens disponibilizados no site e Youtube, recebeu nota ≥ 7 por 74,6 % e nota 10 por 33,8 % dos discentes. O reflexo positivo no canal do Youtube foi percebido com 332 inscritos. O vídeo de exame físico cardiovascular apresentou 2.292 visualizações. **Conclusões:** A transformação digital das práticas de ensino e aprendizado são necessárias. O uso de imagens e vídeos de exame físico cardiovascular em plataformas e redes sociais universaliza o conhecimento e desperta o interesse discente.

Referências Bibliográficas: Sanchotene IJ, Engers PB, Ruppenthal R, Ilha PV. Competências Digitais Docentes e o Processo de Ensino Remoto Durante a Pandemia da Covid-19. EaD em Foco. 2021 Jan 12;10(3). Fávero ACD, Parreira FM. Ensino remoto de urgência nos cursos da área da saúde durante o distanciamento social gerado pela pandemia. Pensar Acadêmico. 2020 Dec 10;18(5):950. Semiologia Médica - Celmo Celeto Porto - 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan. Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier

513

Perfil de Morbidade Hospitalar por Doença Cardíaca Reumática no Brasil: uma Análise de 2013 a 2023

HELLEN CAROLINE COSTA; MATHEUS FERREIRA; JONAS MUNIZ PAIXÃO; FELIPE SANTOS
Universidade do Estado da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Doença Cardíaca Reumática (DCR) representa uma condição inflamatória que impacta o tecido cardíaco, resultando em lesões valvulares predominantes nas válvulas mitral e aórtica. Esta patologia surge como uma consequência da resposta imunomediada a infecções estreptocócicas prévias, podendo desencadear uma série de complicações cardíacas adversas, incluindo arritmias atriais, fenômenos embólicos, insuficiência cardíaca aguda e endocardite infecciosa. Diante disso, torna-se de suma importância avaliar a morbidade hospitalar associada à DCR no contexto brasileiro no período de 2013 a 2023. Tal análise permite uma compreensão mais precisa do perfil epidemiológico e das necessidades clínicas desses pacientes. **Objetivo:** Analisar o perfil de hospitalizações por doença reumática crônica do coração no Brasil, no período de 2013 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo epidemiológico, de caráter ecológico e descritivo, com dados elencados a partir do SIH/DATASUS por meio do código CID-10 I-09 de doença reumática não especificada, entre 2013 e 2023. Foram analisados a distribuição por região, o gênero, a raça/cor e idade dos pacientes. **Resultados:** No período analisado, houve 82.824 internações por doença reumática crônica do coração. Diante disso, o valor médio por internação de cada paciente é de R$12.212,97, sendo a média de permanência de 12,5 dias. Geograficamente, a distribuição de internações deu-se em maior parcela na região Sudeste (40,26%), seguida pela região Nordeste (29,89%) e pela região Sul (14,39%). Quanto ao perfil de indivíduos hospitalizados, têm-se que o gênero predominante é o feminino (57,28%) e que a maior tendência está localizada na faixa etária de 50 a 59 anos (22,52%), demonstrando a cronicidade da doença. Em relação ao perfil étnico, há uma prevalência em pardos (37,48%), seguido pelos brancos (35,12%), que somados acumulam a maior parcela de casos. **Conclusões:** De acordo com os dados coletados, vê-se a importância da implementação de estratégias de saúde com perfil profilático e curativo, como o tratamento adequado das infecções primárias que podem ocasionar a DCR, com o objetivo de minimizar essas complicações a partir de diagnóstico precoce, rastreio e manejo mais adequado e eficaz.

Referências Bibliográficas: Valadares ACA, Sampaio RO. Thiol Homeostasis in Rheumatic Heart Disease: Biomarker or Risk Factor? Arq Bras Cardiol. 2021 Sep;117(3):444-445. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20210693. PMID: 34550229; PMCID: PMC8462955.

503

Cura Total e Espontânea de um Hematoma Intramural Stanford A

RODRIGO QUEIROZ GALVÃO PÁDUA; BRENO BRIGANTE DEORSOLA; MARCELO MACHADO MELO
INC – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O Hematoma Intramural (HIM) é caracterizado pela presença de hemorragia na camada média da parede da aorta, geralmente decorrente da ruptura espontânea de vasa vasorum ou de uma úlcera aterosclerótica, podendo também ser causado por uma dissecção trombosada. A evolução natural dos HIM é imprevisível, podendo ocorrer reabsorção parcial ou completa, dissecção clássica ou ruptura aórtica. O acompanhamento por imagens é crucial para identificar complicações ou mudanças no quadro, orientando intervenções quando necessário. **Relato do Caso:** Paciente de 62 anos, masculino, pardo, natural do RJ, diabético tipo 2, hipertenso, sem alergias, ex tabagista e nega etilismo. Atendido em Agosto de 2017 apresentando dor torácica súbita de forte intensidade, irradiada para o dorso e sem fator desencadeante. Procurou cardiologista ambulatorialmente, que solicitou exames de investigação. Após a realização desses, foi diagnosticado Hematoma intramural e encaminhado a ambulatório especializado em doenças da aorta. Em angioTC de Agosto visualizou-se o HIM com espessura de 19 mm na porção ascendente, sendo considerado então um Stanford A de alto risco. Optou-se inicialmente por conduta conversadora e repetição imediata da imagem para avaliação da evolução do hematoma. Em Novembro, foi observado em uma nova angioTC a reabsorção quase total do HIM com diminuição da sua espessura, abrindo-se uma perspectiva para manutenção do tratamento conservador. Em um ano, o paciente evoluiu para uma resolução espontânea e completa do HIM, sem mais complicações. O paciente mantém atualmente acompanhamento ambulatorial periódico. **Discussão:** Esse relato evidencia a variedade de apresentações e desfechos no contexto de hematoma intramural. Ao documentar uma cura total mediante tratamento conservador, o caso demonstra a importância de considerar abordagens menos invasivas, enfatizando que a decisão de intervenção deve ser individualizada mediante as particularidades de cada caso. Além disso, este exemplo ilustra a imprevisibilidade do hematoma intramural, ressaltando a necessidade de uma investigação mais aprofundada para compreender as diversas complicações e evoluções tardias positivas ou negativas associadas a essa condição.

Referências Bibliográficas: The American Association for Thoracic Surgery expert consensus document: Surgical treatment of acute type A aortic dissection da AATS. Hematoma intramural da aorta: evolução (im)previsível?

564

Atividade Física e Risco Cardiovascular em Pessoas Vivendo com HIV Submetidas a Diferentes Terapias Antirretrovirais

FELIPE COSTA SOUZA; NATHAN CORRÊA ASSIS; CHRISTIANNE BRÊTAS VIEIRA SCARAMELLO
Universidade Federal Fluminense – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) apresentam maior risco cardiovascular (RCV) do que as que não vivem com o vírus1. Alguns fármacos que compõem as terapias antirretrovirais (TARV) podem contribuir para o aumento deste RCV2. Em contrapartida, a prática regular de exercícios físicos pode melhorar a saúde cardiovascular de PVHIV3. **Objetivo:** Avaliar o impacto da atividade física sobre o RCV em PVHIV acima de 50 anos, em uso de Dolutegravir (DTG) e/ou Darunavir (DRV). **Materiais e Métodos:** Este estudo transversal, aprovado por comitê de ética (5.385.106, UFF), envolveu 117 participantes de ambos os sexos, >50 anos, sem doença cardiovascular pré-existente. O grupo 1 abrangeu indivíduos sem HIV e sem TARV (n=29). Já as PVHIV foram divididas em 3 grupos a depender da TARV (grupo 2: DTG n=34; grupo 3: DRV n=26 e grupo 4: DTG+DRV n=28). Os 4 grupos foram então estratificados em 8 diante da prática (1a, 2a, 3a e 4a) ou não (1b, 2b, 3b e 4b) de atividade física regular. A coleta de dados se deu entre julho e dezembro de 2023, com assinatura de termo de consentimento. Foram registrados parâmetros antropométricos, hemodinâmicos e bioquímicos. Considerando a não normalidade dos dados, a comparação entre as respectivas medianas e intervalos interquartil foi realizada com o emprego do Teste de Kruskal-Wallis, seguido de pós-teste de Dunn (significância de 5%; Graph Pad Prism 10.0). **Resultados:** A avaliação do perfil lipídico se deu mediante dosagem (mg/dL) de colesterol total (CT), LDL, HDL e triglicerídeos (TG). Os pacientes do grupo 4b apresentaram níveis séricos de CT e LDL maiores (CT: 243±80; LDL: 142±74) que os indivíduos do grupo 1b (CT: 156±25 p=0,002844; LDL: 88±32 p=0,007871); 2b (CT: 183±29 p=0,005681; LDL: 118±30 p=0,03265) e 3b (CT: 175±40 p=0,0006826; LDL: 107±27 p=0,001285). As diferenças observadas entre os indivíduos sedentários não foram registradas entre os praticantes de atividade física regular (grupo 1a - CT: 188±36, LDL: 113±35; grupo 2a - CT: 191±35, LDL: 110±35; grupo 3a - CT: 195±50, LDL: 104±18 e grupo 4a - CT: 201±40, LDL: 115±33; p<0,05). Níveis mais elevados de TG foram mensurados no grupo 4 em comparação aos demais grupos, submetidos ou não a atividade física regular. Não houve diferenças significativas no que tange a outros parâmetros bioquímicos ou ainda hemodinâmicos e antropométricos. **Conclusões:** O uso de DTG e DRV conjuntamente parece elevar o RCV em PVHIV sedentárias, mas não na mesma medida em praticantes de atividade física regular.

566

Frequência de Hipertensão Arterial e Hipertensão Resistente em Pacientes com Incidentaloma de Adrenal Atendidos em um Hospital Universitário

AFONSO DE LIGUORI SOARES LEITE; ALINE BARBOSA MORAES; GISELLE FERNANDES TABOADA; ANNA MARIA FRIZZERA DANIEL; HANAH VALINHOS ABREU FIUZA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os incidentalomas de adrenal (IA) são nódulos observados em exames de imagem realizados por motivos não relacionados às adrenais. Eles podem ser não funcionantes (IANF) ou funcionantes, sendo os secretores autônomos leve de cortisol (SALC) os mais frequentes. Já é conhecida a relação entre IANF e SALC com fatores de risco cardiovascular, sobretudo a hipertensão arterial. No entanto, dados brasileiros são escassos. **Objetivo:** Avaliar a frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e hipertensão resistente (HR) em pacientes com IA; comparar a frequência de HAS e HR entre pacientes com IANF e SALC. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal por revisão de prontuários de pacientes com IANF [cortisol sérico após o teste de supressão com 1mg de dexametasona (TSD1mg ≤1,8µg/dL)] ou SALC (TSD1mg >1,9µg/dL) atendidos no ambulatório de Endocrinologia. Dados numéricos estão apresentados como mediana (p25-p75) ou percentual. **Resultados:** Foram avaliados 43 pacientes (72,09% mulheres) com idade ao diagnóstico de 59 (49-65) anos. O índice de massa corporal foi de 29,54kg/m² (24,45-35,05). O tamanho do nódulo foi de 2,05cm (1,6-2,6) e em 93% o nódulo estava presente em uma das adrenais (55,8% à esquerda). Quanto à presença de hipersecreção hormonal, 65,1% (n=28/43) foram classificados como IANF e 34,9 % (n=15/43) como SALC. A HAS estava presente em 72,09% (n=31/43) dos pacientes com IA. Dentre os IANF, 64,3% (n=18/28) tinham HAS e 14,3% (n=4/28) tinham HR; entre os pacientes com SALC, a frequência de HAS e HR foi de 86,7% (n=13/15) e 13,3% (n=2/15), respectivamente. **Conclusões:** O estudo mostrou que os pacientes com IANF e, principalmente, com SALC tinham uma frequência elevada de HAS enquanto que a frequência de HR foi semelhante entre os dois grupos. Esses dados corroboram para a necessidade de indicar nesses pacientes uma abordagem mais intensiva em relação à avaliação e o controle da pressão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular.

619

Endocardite Infecciosa: Caso Desafiador, Tratamento Individualizado

SARAH TELERMAN; ALEXANDRE BAHIA; ANDRÉ CASARCA; DANIELA FERNANDES; JUCIARA MATOS; LILIAN CARESTIATO; PAOLO VILLELA; JOSÉ KEZEN
Hospital e Clínica São Vicente – Gávea – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) em valva protética é a forma mais grave da doença e aquela relacionada aos implantes valvares percutâneos aórticos apresentam incidência de 0,3-1,9 por 100 pacientes-ano. O diagnóstico e o tratamento são desafiadores, e a mortalidade hospitalar varia de 16% a 36%. **Relato do Caso:** Paciente de 81 anos, em tratamento radioterápico para câncer de próstata, portador de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida de etiologia valvar (prolapso mitral), já submetido a três procedimentos de substituição valvar, o último há dois anos via percutânea ("valve in valve"). Internado em unidade cardiointensiva devido à descompensação infecciosa da IC, atribuída inicialmente à pneumonia bacteriana. Ecocardiograma transtorácico apresentou imagem aditiva em prótese mitral. Ecocardiograma transesofágico confirmou a presença de vegetação aderida às hastes, folhetos e anel da prótese, além de regurgitação paraprotética grave. As hemoculturas foram positivas para Corynebacterium coyleae, e foi optado por tratamento conservador com antibióticos mediante às condições técnicas associadas à cirurgia e ao elevado risco cirúrgico do paciente. Atualmente, encontra-se na segunda semana de antibioticoterapia guiada por teste de sensibilidade ao antimicrobiano (TSA), mantendo estabilidade clínica. **Discussão**: O diagnóstico de EI de valva protética é difícil e, frequentemente, as manifestações clínicas são atípicas. Os pilares diagnósticos continuam sendo a ecocardiografia e a microbiologia, mas a medicina nuclear vem ganhando espaço nos últimos anos. Quanto ao tratamento, a distinção entre EI de prótese valvar precoce e tardia com base no tempo desde a cirurgia valvar é importante, pois aponta para perfis microbiológicos diferentes. Todavia, o tratamento deve ser balizado pelo resultado da hemocultura-TSA. Quanto à substituição valvar, esta conduta precisa ser individualizada, levando-se em consideração aspectos clínicos do paciente, grau da disfunção protética e insuficiência cardíaca, e o germe isolado.

577

Efeitos Benéficos da Suplementação de Nitrato sobre a Função Endotelial e Pressão Arterial no Envelhecimento em Ratos

PRISCILA NASCIMENTO DE FIGUEIREDO; JEFFERSON FERNANDES EVANGELISTA; ANDRESSA RAMOS DA SILVA FERNANDES; VICTOR HUGO VIEIRA DE OLIVEIRA ARAÚJO; NATÁLIA CARVALHO MARTINS; BEATRIZ CARDOSO DE OLIVEIRA; ANGELA DE CASTRO RESENDE; CRISTIANE MATSUURA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O envelhecimento vascular, marcado pela disfunção endotelial e redução da biodisponibilidade de óxido nítrico, eleva o risco de doenças cardiovasculares em idosos. A suplementação de nitrato vem sendo investigada por seus potenciais benefícios cardiovasculares, mas seus efeitos sobre a vasculatura durante o envelhecimento ainda são incertos. **Objetivo:** Verificar se a suplementação de nitrato pode atenuar as alterações funcionais e estruturais vasculares ocasionadas pelo envelhecimento. **Materiais e Métodos:** Ratos Wistar machos (18 meses de idade; n=10/grupo) receberam suplementação de nitrato de sódio ou cloreto de sódio (placebo) diluídos em água destilada (1 mmol/kg/dia) por 12 semanas. A pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram medidas por pletismografia de cauda. Após 12 semanas, os ratos foram eutanasiados e a aorta torácica foi removida para avaliação da reatividade vascular e análise histológica. A reatividade vascular foi testada usando concentrações crescentes de acetilcolina (ACh), nitroprussiato de sódio (NPS) e fenilefrina em anéis de aorta. Os dados são apresentados como média ± erro padrão da média. O teste t de Student não pareado ou ANOVA two way com pós-teste de Tukey foram utilizados para comparar os grupos. Estudo aprovado pelo CEUA/UERJ (n° 039/2021). **Resultados:** Inicialmente, os grupos apresentaram valores semelhantes de pressão arterial, característicos de hipertensão arterial. Após a suplementação de nitrato, observou-se uma redução de 7% na PAS em comparação aos valores iniciais (de 148 ± 1 para 138 ± 1 mmHg; $p < 0,01$), e de 8% na PAD (de 103 ± 2 para 95 ± 1 mmHg; $p < 0,01$). O grupo placebo manteve níveis pressóricos elevados ao longo do estudo. Além disso, a suplementação de nitrato resultou em uma melhora na vasodilatação endotélio-dependente induzida por ACh em comparação ao grupo placebo (Emax, %: 89 ± 2 versus 77 ± 3; $p < 0,01$). No entanto, não foram detectadas diferenças na vasodilatação endotélio-independente induzida por NPS (Emax, %: 92 ± 3 versus 88 ± 3; $p > 0,05$), nem na vasoconstrição induzida por fenilefrina (Emax, %: 66 ± 6 versus 64 ± 3; $p > 0,05$). A espessura da túnica média e a deposição de colágeno na aorta foram similares entre os grupos. **Conclusões:** Esses achados sugerem que a suplementação de nitrato é eficaz na redução da pressão arterial e na melhoria da disfunção endotelial associada ao envelhecimento. Isso destaca seu potencial como estratégia terapêutica não-farmacológica para mitigar mudanças funcionais decorrentes do envelhecimento.

623

Reposicionamento de Fármacos in Sílico para o Tratamento das Complicações Cardiorrenais e Respiratórias em Crianças e Adolescentes com COVID-19

IVIS LEVY FERNANDES MARTINS; KARYNE POLLO DE SOUZA; LARS JUHL JENSEN; GABRIELLE PINTER RODRIGUES; MARIA LETÍCIA SANTOS DE MENDONÇA; OHANA BARROS DINIZ; CHRISTIANNE BRETAS VIEIRA SCARAMELLO
Universidade de Copenhague – Denmark
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Embora cerca de 25% das crianças e dos adolescentes infectados pelo novo coronavírus sejam sintomáticos, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) é uma condição preocupante, estando associada a 1% mortalidade. A resposta imune tardia afeta os sistemas cardiorrenal e respiratório devido à inflamação maciça. Diante de manifestações sérias, mas infrequentes em pacientes pediátricos, o reposicionamento de fármacos consiste em uma estratégia mais tangível para o desenvolvimento de um tratamento específico para SIM-P se comparada ao desenvolvimento de medicamentos a partir de moléculas inovadoras. Oportunidades promissoras de reaproveitamento de fármacos têm sido identificadas através da medicina de rede, que aplica conceitos de biologia dos sistemas e ferramentas da teoria de rede. **Objetivo:** O estudo visa identificar fármacos reposicionáveis para o tratamento das complicações cardiorrenais e respiratórias da SIM-P através da medicina de rede. **Materiais e Métodos:** O presente estudo in sílico foi dividido em 3 fases: **Fase I** – Coleta de dados ômicos das complicações de interesse em crianças e adolescentes através de mineração da literatura; **Fase II** – Identificação de genes/proteínas comuns destas complicações, construindo as redes biológicas para mapeamento de alvos; **Fase III** – Seleção de fármacos capazes de modular alvos comuns dessas complicações de modo a mitigá-las. **Resultados:** Excluindo os artigos em multiplicidade, 4270 documentos de interesse publicados até junho de 2022 foram identificados. O programa Excel foi utilizado para a realização de uma amostragem aleatória simples visando selecionar 20% desses documentos (854) que foram inseridos na ferramenta de mineração de texto OnTheFly2.0. Desse modo foi possível gerar 116 listas mediante o reconhecimento das entidades biológicas nomeadas nos artigos minerados. Através dos respectivos códigos Ensemble, dados sobre as entidades biológicas foram buscados na plataforma Uniprot, inclusive sua identificação única, A mesclagem das listas encontra-se em andamento mantendo-se apenas as entidades biológicas passíveis de rastreamento no Uniprot. **Conclusões:** Mediante a finalização da mesclagem das listas, filtraremos as entidades biológicas mais citadas nos artigos e expressas nos sítios de interesse, dando seguimento à construção e à análise topológica da rede biológica visando um reposicionamento de fármacos com propósito, estratégia e confiança para o tratamento da SIM-P.

632

Amiloidose Cardíaca, o Desafio Diagnóstico: um Relato de Caso

LUCIENE MIGUEL LIMA; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; LUANE DA SILVA RIBEIRO
UNIGRANRIO – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O termo "Amiloidose" é utilizado para caracterizar o distúrbio de enovelamento de proteínas que ocorre por deposição extracelular de fibrilas proteicas poliméricas insolúveis em tecidos e órgãos (Harrison, 2020). Na amiloidose, os principais órgãos afetados são: rins, fígado, baço e coração. No coração, o material amilóide deposita-se no endocárdio, miocárdio e epicárdio, podendo comprometer os ramos coronarianos e o sistema de condução (BOGLIOLO, 2019). **Relato do Caso:** Paciente masculino, branco, 89 anos, casado e natural do Rio de Janeiro (RJ). Admitido em um hospital de referência em cardiologia no Rio de Janeiro em 2006, com provável diagnóstico de arritmias e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Relato de história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) e dislipidemia. Em 2007, em consulta ambulatorial, refere precordialgia atípica. Em uso regular de anti-hipertensivos, anti-agregante plaquetário e estatina. Apresentando bom estado geral, hipertenso, normocárdico, ausculta cardíaca sem alterações, porém, ao ECG, apresentou alterações inespecíficas da repolarização ventricular, o que piorou o quadro arrítmico. Realizados exames cardiológicos e definido o acompanhamento na atenção primária. Em 2013, paciente retorna ao ambulatório com queixa de cansaço, mal-estar e dor epigástrica. Em 2016, foi realizada angioplastia percutânea com colocação de stents e colocação de marcapasso. Em 2022, o paciente foi admitido na UC para realização de cardioversão elétrica com diagnóstico de miocardiopatia dilatada e ICC descompensada, apresentando edema em membros inferiores, ascite, derrame pleural, com cansaço aos médios esforços. ECO sugestivo de amiloidose cardíaca. Desse modo, o paciente apresentou astenia e dispnéia a médios esforços associados a claudicação intermitente e edemas em membros inferiores. **Discussão:** Em 2023, o diagnóstico de Amiloidose já havia sido confirmado e mostrava-se com boa adesão ao tratamento, relatando que comparecia à unidade com regularidade para manutenção do marcapasso. O quadro de astenia e dispneia associados a médios esforços ainda fazem parte de sua queixa principal. Desse modo, destaca-se a importância do acesso a informação sobre a amiloidose cardíaca e seus critérios diagnósticos, a fim de evitar diagnósticos excessivamente tardios.

643

Influência da Suplementação de Nitrato Inorgânico sobre a Função e Estrutura Cardíaca em Ratos Idosos

ANDRESSA RAMOS DA SILVA FERNANDES; JEFFERSON FERNANDES EVANGELISTA; PRISCILA NASCIMENTO DE FIGUEIREDO; LUANA CORDEIRO DE LIMA; NATÁLIA CARVALHO MARTINS; MARIANA PINTO DA SILVA; VICTOR HUGO VIEIRA DE OLIVEIRA ARAÚJO; CRISTIANE MATSUURA
UERJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O envelhecimento é associado a um declínio funcional que impacta a saúde de maneira abrangente. Com o aumento da expectativa de vida, há um crescimento na incidência de doenças cardiovasculares. O estresse oxidativo contribui significativamente para o desenvolvimento dessas doenças. Neste contexto, a suplementação de nitrato, reconhecida por seus efeitos benéficos cardiovasculares, surge como uma estratégia promissora. Entretanto, persistem dúvidas sobre seu impacto no envelhecimento, particularmente sobre a função e estrutura cardíaca. **Objetivo:** Verificar se a suplementação de nitrato contribui para mitigar alterações na estrutura e função cardíaca, bem como reduzir o dano oxidativo cardíaco de ratos idosos. **Materiais e Métodos:** Estudo aprovado pelo Comite de Ética Institucional sob n° 039/2021. Ratos Wistar de ambos os sexos (18 meses; n = 6/grupo) receberam 1 mmol/kg/dia de nitrato de sódio ou cloreto de sódio (placebo) na água de beber por 12 semanas. A função cardíaca foi avaliada por ecocardiografia transtorácica em animais inconscientes antes e após a suplementação. Após 12 semanas, os ratos foram eutanasiados e o coração foi removido para análises histológicas e avaliação do dano oxidativo. Os dados foram apresentados como média ± desvio padrão, e uma ANOVA two way com pós-teste de Tukey foi utilizada para comparações entre os grupos. **Resultados:** No momento inicial, não houve diferenças significativas na fração de ejeção, fração de encurtamento, frequência cardíaca e volume diastólico final entre os grupos. Após o período de suplementação, não foram observadas diferenças nas variáveis ecocardiográficas, massa cardíaca e espessura da parede do ventrículo esquerdo entre os grupos. Além disso, o dano oxidativo em proteínas (grupos carbonilas) e em lipídeos de membrana (substâncias que reagem ao ácido tiobarbitúrico) foram similares entre os grupos. Não observamos diferenças na resposta à suplementação de nitrato entre os sexos. **Conclusões:** Nossos achados revelam que a suplementação de nitrato, iniciada em uma fase tardia da vida, não produz efeitos significativos sobre a função e a estrutura cardíaca, nem altera a produção de biomarcadores associados ao dano oxidativo em ratos idosos. Isso desafia expectativas anteriores sobre os benefícios do nitrato no envelhecimento. No entanto, nossos resultados abrem caminho para a hipótese de que uma suplementação iniciada mais cedo, durante a fase adulta, poderia ser mais benéfica para a promoção da saúde cardiovascular.

635

Impacto da Injúria Miocárdica na Sobrevida de Pacientes com COVID-19: um Estudo Retrospectivo

MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
Hospital Barra D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A ocorrência de Injúria miocárdica em indivíduos diagnosticados com COVID-19 tem sido documentada, apresentando uma ligação com um aumento do risco de complicações e mortalidade em curto prazo.No entanto, dados prognósticos a longo prazo foram pouco estudados. **Objetivo:** Investigar a relação entre injúria miocárdica e a mortalidade em longo prazo em pacientes hospitalizados por COVID-19. **Materiais e Métodos:** Um estudo retrospectivo de coorte foi conduzido, englobando todos os pacientes hospitalizados por COVID-19 de março de 2020 a dezembro de 2021. Foram examinadas as características clínicas, como presença de injúria miocárdica, idade, comorbidades e uso de medicamentos. Análises univariadas foram realizadas para avaliar as associações entre variáveis e a mortalidade a longo prazo. A análise de regressão de Cox foi empregada para identificar variáveis independentemente ligadas à mortalidade. **Resultados:** Um total de 1036 pacientes hospitalizados por COVID-19 foram incluídos, com um seguimento médio de 2,07 ± 1,03 anos e idade média de 59,9 ± 16,2 anos. Durante o acompanhamento, ocorreram 239 óbitos (23,1%), sendo que 444 pacientes (42,9%) apresentaram injúria miocárdica. A análise univariada revelou que a injúria miocárdica estava associada a um risco aumentado de óbito (RR 6,3; IC 95% 4,5 – 6,9), assim como idade >65 anos (RR 5,7; IC 95% 4,0 – 8,1), DPOC (RR 4,4; IC 95% 2,8 – 8,7), HAS (RR 2,8; IC 95% 2,0 – 3,9), DM2 (RR 2,2; IC 95% 1,6 – 3,1), DRC (RR 3,8; IC 95% 2,2 – 6,6) e uso de Hidroxicloroquina (RR 1,9; IC 95% 1,3 – 2,7). Na análise multivariada, apenas a injúria miocárdica (HR 3,4; IC 95% 2,4 – 4,7), idade (HR 1,05; IC 95% 1,04 – 1,06) e uso de hidroxicloroquina (HR 1,7; IC 95% 1,3 – 2,3) permaneceram independentemente associados a uma maior probabilidade de óbito a longo prazo. **Conclusões:** A injúria miocárdia emerge como um prognóstico independente e significativo em pacientes hospitalizados com COVID-19, correlacionando-se com uma redução significativa da sobrevida em longo prazo. Esses achados reforçam a importância do monitoramento cardíaco nesses pacientes.

655

Endocardite Após Procedimento Ortodôntico Invasivo: Relato de Caso

JOANA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LUCAS RAMOS CRIZOSTOMO; KLARA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LARYSSA COUTINHO ANDRADE FAROLFI RIBEIRO; STEPHANNY KELLY SILVA DE MELO; HUMBERTO REIS SILVA; YGOR VILELA CANGUSSU; OTÁWIO DIANA DE FREITAS
Hospital São Vicente de Paulo – Bom Jesus do Itabapoana – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A endocardite é uma infecção bacteriana ou fúngica que afeta o endocárdio, camada mais interna do coração, incluindo as valvas cardíacas. **Relato do Caso:** Paciente, sexo masculino, 63 anos, procura o posto de urgência com quadro de prostração, inapetência, febre, queda do estado geral iniciados há 1 semana, associado a lombalgia que impossibilitava deambular. Relata que ao acordar, sentiu fraqueza em membros inferiores, não conseguindo ficar em posição ortostática, sendo levado ao posto de urgência. Além disso, relata febre de 38,5ºC há 4 dias. Paciente tabagista, transplantado renal, hipertenso em uso de Micofenolato, Sirolimo, Atenolol, Losartana e Somalgin. Ao exame físico, paciente se encontrava normotenso, hipocorado, ritmo cardíaco regular sem sopros. Exames laboratoriais com plaquetopenia de 44.000mm3, sugestivo de infecção viral. Solicitado vaga em unidade de terapia intensiva (UTI) para melhor avaliação do quadro e rastreio de foco infeccioso, sendo evidenciado infecção do trato urinário. É admitido com estabilidade hemodinâmica, acordado, sendo prescrito antibioticoterapia empírica de amplo espectro com Meropenem e Fluconazol. Já internado na UTI e sem melhora do quadro com as medicações prescritas, paciente relata que há 15 dias realizou extração dentária, assim solicitado ecocardiograma que evidenciou vegetação (filamento móvel aderido à valva), fechando o diagnóstico de endocardite. Realizado o ajuste da antibioticoterapia, suspendendo Fluconazol e associado Linezolida, Sulfametoxazol + Trimetoprima e Anidulafungina. Após tratamento adequado, paciente evolui com melhora clínica, com alta hospitalar. **Discussão:** A endocardite continua sendo uma condição clinicamente importante com implicações significativas para a saúde pública, devido a sua peculiaridade. O paciente foi admitido com quadro sugestivo de infecção viral, devido a clínica e resultados laboratoriais, associado a lombalgia e investigado pelo histórico de transplante renal prévio, evidenciando infecção do trato urinário. Pela sintomatologia e a falta de relatos, foi dificultado o fechamento do diagnóstico principal, devido aos diversos diagnósticos diferenciais. Pela sua comorbidade do transplante renal, o paciente utilizava imunossupressor, sendo um facilitador para o quadro de endocardite associada a extração dentária. Deste modo, torna-se um tema relevante e desafiador, necessitando do trabalho conjunto dos profissionais médicos pautando condutas baseadas em evidências, garantindo a segurança do paciente.

669

Perfil de Transtornos Emocionais e Risco Cardiovascular em uma População de Adultos Registrada em uma Unidade de ESF no Centro do Rio de Janeiro

VICTÓRIA FIDALGO DE SOUZA; LIVIA LOPES MONTEIRO LOPES MONTEIRO BARROS JUNQUEIRA; LUÍSA LEITE LEITE VAZ DA SILVA; DANIELA FIUZA GOMES MONTEIRO; ELIZABETH SILAID MUXFELDT; TAMIRES BOMBETTI FONSECA DE BEM
IDOMED – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Além dos fatores de risco cardiovascular (CV) tradicionais, novos fatores de risco vêm sendo estudados, dentre eles os transtornos emocionais como depressão e ansiedade que parecem influenciar diretamente na incidência dos eventos CV, expectativa de vida e taxa de mortalidade. **Objetivo:** Investigar a associação entre ansiedade e depressão e sua associação com o risco CV de uma população de adultos jovens residentes no centro do município do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos**: Estudo transversal populacional que incluiu adultos jovens entre 20 e 50 anos residentes na área de abrangência de uma unidade da Estratégia Saúde da Família no centro do município do Rio de Janeiro. Foram registrados os dados sociodemográficos, fatores de risco cardiovascular (CV), aferição da PA e avaliação da saúde mental. Para os sintomas depressivos foi utilizado o Pacient Health Questionnarie-9 (PHQ-9) (depressão moderada/grave (m/g):≥10 pontos) e para ansiedade o Transtorno de Ansiedade Geral-7 (GAD-7) (ansiedade moderada/grave:≥10 pontos). Foram realizadas análises bivariadas comparando as características dos participantes de acordo com a presença de ansiedade e depressão em diferentes graus. **Resultados:** Foram incluídos 145 participantes (65% mulheres, idade média 38,0 ± 8,6 anos). Pretos e pardos compreendem 27% da amostra. Um total de 28 indivíduos (19%) têm baixa escolaridade e 26 (18%) não têm ocupação laboral, em especial as mulheres (24,5% vs 5,9%). Sedentarismo (50%), obesidade (29%), dislipidemia (23%) e hipertensão (19%) foram os fatores de risco mais prevalentes. As mulheres apresentaram uma pontuação significativamente maior do que os homens tanto no questionário de rastreio de depressão quanto no de ansiedade. Indivíduos com ansiedade moderada/grave tinham maior prevalência de falta de ocupação laboral (26% vs 11%), sedentarismo (60% vs 41,3%), hipertensão arterial (28% vs 13%) e depressão moderada/grave (77% vs 11%). Por sua vez aqueles com depressão moderada/grave são mais sedentários (59% vs 43%), hipertensão arterial (29% vs 13%) e ansiedade moderada/grave (85% vs 17%). **Conclusões:** A presença dos sintomas de depressão e ansiedade é maior entre as mulheres e associaram-se entre si e com hipertensão arterial e sedentarismo.

695

Perfil de Pacientes com Aortopatias Acompanhados em um Centro Terciário de Referência

BRENO BRIGANTE DEORSOLA; RODRIGO QUEIROZ GALVÃO PÁDUA; MARCELO MACHADO MELO
INC – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As aortopatias são patologias que, apesar de bem documentadas, ainda são negligenciadas pela comunidade médica em geral, o que pode gerar um atraso no diagnóstico e um pior prognóstico. Logo, o adequado acompanhamento da evolução clínica e de imagem, o registro de dados e a revisão das decisões terapêuticas quando necessário são algumas das ações fundamentais para um melhor desfecho desses pacientes (PC). **Objetivo**: Avaliar o perfil dos PCs com aortopatias a partir dos dados coletados. **Materiais e Métodos:** Foram coletados dados de todos os PCs atendidos no ambulatório de aortopatias de um hospital especializado ao longo de um ano (2023-2024) e registrados na plataforma Redcap, onde foram analisadas informações quanto a idade, sexo, comorbidades, características da doença da aorta e sua possível etiologia, presença de insuficiência aórtica (IAo) e tipo de tratamento instituído. **Resultados:** Foram obtidos dados de 270 PCs; a média de idade foi de 63 anos (19 - 90 anos), sendo que 159 eram do sexo masculino; dentre as comorbidades associadas, 247 tinham HAS, 53 diabetes, 197 dislipidemia, 113 tabagismo, 31 DAC, 22 DPOC, 8 realizaram ou realizam hemodiálise, 24 tiveram AVC e 36 tiveram ou tem FA/flutter. Quanto ao diagnóstico primário da doença da aorta, foram identificados 141 aneurismas, 101 dissecções, 11 hematomas intramurais, 5 úlceras aórticas penetrantes e 10 outros diagnósticos; entre os aneurimas, 28 localizavam-se na porção da raiz, 109 na ascendente, 13 no arco, 24 na descendente e 31 na abdominal, podendo um paciente apresentar mais de um aneurisma ou um que se estenda ao longo da aorta; já entre as dissecções, 56 eram De Bakey I, 17 De Bakey II, 36 De Bakey III e 2 eram indeterminadas. Quanto às possíveis etiologias, 189 foram considerados degenerativos, 9 sindrômicos, 2 familiar, 3 inflamatórios, 1 infecciosos, 29 válvula aórtica bicúspide e 35 idiopáticos. Já nas propostas terapêuticas, observou-se que 111 seguem em tratamento conservador, 123 realizaram cirurgia aberta e 28 endovascular. Em relação ao diâmetro máximo da aorta, foi obtido uma média de 51 mm (22 - 112 mm) sendo 119 localizados na porção ascendente; além disso, 58 possuem IAo moderada ou grave. **Conclusões:** O presente trabalho demonstra a importância de um seguimento clínico especializado, focado no monitoramento constante da evolução dessas dinâmicas patologias. Torna possível entender que o perfil desses PCs se apresenta principalmente como uma população mais idosa e com comorbidades associadas, como HAS, diabetes e tabagismo.

690

Disparidades Regionais na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil: uma Análise de Tendência de 1980 a 2019

LUA CAVALCANTE VILAÇA LIMA; LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; PAOLO BLANCO VILLELA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARIA JULIA JURKOVICH; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIANA BALBI PACHECO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As disparidades regionais na mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil representam um tema de profunda relevância para a compreensão dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde do país. **Objetivo:** Este estudo visa analisar as tendências de mortalidade por Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doença Isquêmica do Coração (DIC) no Brasil entre 1980 e 2019, explorando a associação entre as taxas de mortalidade padronizadas por idade e indicadores socioeconômicos como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). **Materiais e Métodos:** Foram utilizados dados de mortalidade por DAC e DIC, obtidos dos registros nacionais de saúde, abrangendo um período de quatro décadas. As taxas de mortalidade padronizadas por idade foram calculadas e comparadas entre as cinco regiões geográficas do Brasil. A análise estatística incluiu a correlação de Pearson para examinar a relação entre as taxas de mortalidade e os indicadores socioeconômicos. **Resultados:** O Brasil registrou um total de 10.836.004 óbitos por DAC e 3.264.828 por DIC durante o período de estudo. Nacionalmente, as taxas de mortalidade padronizadas por idade mostraram uma tendência de queda significativa, de 233,26 para 111,58 por 100.000 habitantes para DAC, e de 65,15 para 36,16 por 100.000 habitantes para DIC. Entretanto, essa tendência não foi uniforme em todo o país, com reduções marcantes nas regiões Sul e Sudeste, estabilidade no Norte e Centro-Oeste, e um aumento no Nordeste. A análise revelou uma correlação inversamente proporcional entre as taxas de mortalidade e o IDHM, com coeficientes de 0,89 para DAC e 0,84 para DIC, e uma correlação diretamente proporcional com o IVS, com coeficientes de 0,49 para DAC e 0,53 para DIC. **Conclusões:** Os resultados destacam uma redução significativa na mortalidade por DAC e DIC no Brasil entre 1980 e 2019. No entanto, as disparidades regionais indicam a necessidade de políticas públicas específicas que considerem as condições socioeconômicas locais. A forte correlação entre as taxas de mortalidade e indicadores como IDHM e IVS sugere que a melhoria das condições de vida e a redução da vulnerabilidade social são estratégias fundamentais para o controle das doenças cardiovasculares no país.

726

Distribuição e Desafios da Telemedicina no Estado do Rio de Janeiro

ENRIC RAÍRA GOMES MORAIS; CELINE LACERDA ABREU SOARES; GIOVANE LEAL AZEVEDO JUNIOR; VICTOR LIMA DIAS; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A telemedicina tem se mostrado uma ferramenta valiosa na área da saúde, permitindo o diagnóstico e tratamento de pacientes a distância. No estado do Rio de Janeiro, a oferta de serviços de telemedicina ainda é limitada. Este trabalho analisa a distribuição da telemedicina no estado, destacando a condição da oferta do serviço e os desafios enfrentados. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo analisar a distribuição espacial do serviço de telemedicina no estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Para entender a disponibilidade de serviços de telemedicina no estado, realizamos um mapeamento abrangente das instituições de saúde. Telefonamos para cada hospital e clínica, públicos e privados, para identificar quais oferecem telemedicina e em quais áreas geográficas. Utilizamos dados disponíveis publicamente e informações fornecidas pelas próprias instituições de saúde para analisar a disponibilidade e a variedade de serviços oferecidos. **Resultados:** O mapeamento revelou que a maioria dos hospitais e clínicas no espaço delimitado ainda não oferece serviços de telemedicina. As principais razões apontadas foram a falta de infraestrutura tecnológica adequada, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e questões financeiras. Em relação à infraestrutura tecnológica, muitas instituições relataram dificuldades em adquirir equipamentos e sistemas necessários para a prática da telemedicina. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde para o uso adequado dessas tecnologias ainda é um desafio, com muitos profissionais relatando falta de treinamento específico nessa área. Quanto às questões financeiras, muitas instituições apontaram que os custos associados à implementação da telemedicina são elevados, dificultando sua adoção em larga escala. **Conclusões:** A escassez de serviços de telemedicina no estado do Rio de Janeiro representa um desafio significativo para a saúde pública. Portanto é fundamental aumentar o investimento de recursos públicos em infraestrutura tecnológica, capacitação profissional e políticas públicas que incentivem a adoção da telemedicina. A ampliação dos serviços de telemedicina no estado pode contribuir significativamente para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, especialmente em áreas remotas e desassistidas.

749

Pericardite Constritiva: um Relato de Caso

PATRICIA NEVES XIMENES; PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; SALOMAO BARUNA BARAUNA; SALOMAO BARUNA BARAUNA; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; THASIELY MOURA FARIA; THASIELY MOURA FARIA; DEISE REGINA ZVOBOTER; DEISE REGINA ZVOBOTER; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; POLYANA COSTA BRANDAO; POLYANA COSTA BRANDAO
BP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução: Este relato de caso apresenta uma paciente do sexo feminina de 76 anos, que foi encaminhada ao nosocômio devido a um quadro de insuficiência cardíaca (IC) descompensada (Perfil C). Ela é portadora de hipertensão arterial e diabetes melitus não insulino-dependente, além de relatar um histórico de tabagismo, nega contato prévio com portadores de tuberculose. **Relato do Caso:** Durante a admissão, a paciente apresentava-se levemente dispneica e em uso de oxigênio suplementar. Na ausculta pulmonar, havia a presença de murmúrio vesicular diminuído em bases pulmonares. Já na ausculta cardíaca, o ritmo era regular em dois tempos sem sopros e havia a presença de "atrito pericárdico", além de edema discreto nos membros inferiores. A paciente realizou uma radiografia de tórax, que evidenciou importante calcificação no pericárdio e aumento do átrio esquerdo. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal, BDASE e bloqueio de ramo esquerdo. O ecocardiograma revelou uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 42%, disfunção diastólica do tipo III, espessamento pericárdico, movimentação anômala do septo interventricular, redução do fluxo mitral durante a inspiração de 35%, veia cava inferior dilatada (23 mm) e colapso inspiratório menor que 50%, cavidades cardíacas direitas com dimensões conservadas e função sistólica do ventrículo direito conservada. **Discussão:** A pericardite constritiva é uma patologia rara e grave caracterizada pela calcificação do pericárdio, o que leva a restrição diastólica e, consequentemente, à IC. O quadro clínico apresentado pela paciente, incluindo sinais de IC e atrito pericárdico juntamente com presença de espessamento e calcificação no pericárdio, sugere fortemente a presença de pericardite constritiva. Como tratamento além das medidas clinicas para a IC, é recomendado a pericardiectomia No entanto, a paciente recusou o procedimento cirúrgico e será acompanhada em regime ambulatorial.

823

Hipertensão Arterial Sistêmica Associada ao Risco Cardiovasculares na Atenção Primária à Saúde de Senhor do Bonfim, BA

ALVARO LUIS MÜLLER FONSECA; LARISSA NASCIMENTO SOUZA; BEATRIZ PINTO ANDRADE REIS; AGNETE TROELSEN PEREIRA
UNEB – Universidade do Estado da Bahia – Salvador – Bahia – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, dentre as quais a doença arterial coronariana (DAC) é considerada a mais prevalente e associada à aterosclerose.1 A hipertensão arterial sistêmica (HAS), a obesidade, o etilismo, o tabagismo, o sedentarismo, as dislipidemias e o diabetes mellitus são fatores de risco para o desenvolvimento e agravo da DAC. **Objetivo:** Analisar e acompanhar a estratificação de risco cardiovascular associado à hipertensão arterial em duas coortes de pacientes atendidos pela Atenção Básica. **Materiais e Métodos**: Fez-se um estudo do seguimento de coortes para coleta de dados de prontuários de pacientes Atenção Primária à Saúde de Senhor do Bonfim, Bahia. Selecionou-se 59 indivíduos com HAS (CHAS) e 35 sem hipertensão (SHAS) para coleta dados dos respectivos prontuários, em dois momentos distintos, para acompanhamento e análises estatísticas. Usou-se três estimativas de escores de risco, Framingham (ERF), PROCAM e GLOBAL, para minimizar as possíveis tendências de distorção por superestimação ou subestimação. As análises estatísticas foram desenvolvidas no programa GraphPad Prism. **Resultados:** Verificou-se que, para o ERF houve diminuição do baixo risco do momento 1 (29%;16) para o 2 (9%;5); médio risco seguiu a mesma tendência (61%;34 - 54%;30), porém em alto risco houve aumento (11%;6 - 38%;21). Por PROCAM houve aumento em baixo risco (13%;7 – 38%;21), em médio risco (36%;20 – 29%;16) e alto risco (52%;29 – 34%;19) houve redução. Pelo GLOBAL houve redução total de baixo risco (4%;2 – 0%), médio risco reduziu (16%;9 – 9%;5), mas alto risco que aumentou (80%;45 - 91%;51). Dentre todas as variáveis, apenas HDL (p=0,0056), pressão sistólica (p=0,0236) a glicose (p=0,0041) mostraram diferenças significativas de seus valores entre CHAS para NHAS. **Conclusões:** Os indivíduos com HAS apresentam 10,1 vezes maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares em 10 anos por ERF, para PROCAM, 7,6; GLOBAL, 3,8 maior probabilidade. Portanto, o aumento do risco cardiovascular nos hipertensos é progressivo ao longo do tempo e superior ao dos não hipertensos. Há aumento do risco também para os sadios, porém é muito reduzido. Dessa forma, o estudo tem implicações para o conhecimento do perfil dos pacientes, possibilitanto atuar de forma mais eficiente no tratamento da HAS e reduzir o risco cardiovascular ao longo do tempo.

Referências Bibliográficas: World Health Organization. 2019. Health statistics and information systems. Disponível: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

750

Dextrocardia Situs Inversus Totalis Associado a Aneurisma e Dissecção de Aorta

PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; SALOMAO BARUNA ALCOLUMBRE; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; THASIELY MOURA FARIA; DEISE REGINA ZVOBOTER; BERTHA DE QUEIROZ CAMILLO; POLYANA COSTA BRANDAO
BP – São Paulo – São Paulo – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Dextrocardia apresenta incidência 1:10.000 em ambos os sexos, origem genética que ocorre durante a embriogênese deslocamento do coração para o lado direito, se acompanhado por demais estruturas é caracterizada como totalis, a priori não apresenta nenhuma sintomatologia específica sendo o diagnostico um achado. Aneurisma de aorta torácica tem incidência de 6:100.000, predominância para sexo masculino, quando não é de origem genética está relacionado ao envelhecimento devido diminuição da elasticidade por redução da musculatura lisa e substituição por colágeno desorganizado, a sintomatologia é variada, desde assintomático a dor precordial lancinante ou morte, quando associado a dissecção. Descrevemos neste relato de caso paciente que apresenta ambos diagnósticos. **Relato do Caso:** FS, masculino, 84 anos, sabidamente portador de dextrocardia, hipertenso, admitido por rebaixamento sensório, sendo diagnosticado com sepse de origem cutânea devido erisipela, rastreio infeccioso através de exame de imagem de tomografia computadorizada de tórax que evidenciou extenso aneurisma aorta toracoabdominal e dextrocardia totalis. Satisfatória evolução do quadro após início de antibioticoterapia, realizado angiotomografia que evidenciou aneurisma aorta ascendente com 6,9 cm, presença de dissecção de aorta Stanford B (extensão da subclávia esquerda até ilíaca comum esquerda) e corroborou a dextrocardia. **Discussão:** Aneurisma de aorta tem sua incidência aumentada com idade e comorbidades, a taxa de mortalidade está diretamente relacionada com expansão, tempo de evolução e local acometido. Nos casos de dissecção Stanford B, a possibilidade de ruptura e morte após 14 dias pode variar de 60 a 90%, sendo impeditivo o tratamento clínico para controle da frequência cardíaca, níveis pressóricos seguido imediatamente de intervenção cirúrgica precoce nos casos selecionados. A dextrocardia por sua apresentação genética tem relação com várias alterações morfológicas e estruturais, podendo no paciente em questão ser um dos fatores, além da idade, desencadeante do aneurisma e dissecção, paciente permanece sob tratamento clínico otimizado com bom controle pressórico, estável aguardando transferência para unidade com suporte em cirurgia cardiovascular. A presença de dois diagnósticos raros no mesmo paciente evidenciam a importância do exame físico, história clínica e complementação por exames de imagem.

22
Educação Física

231

Cardiopatia Chagásica Crônica está Associada a Níveis Reduzidos de Atividade Física: uma Análise Transversal

LEONARDO GONÇALVES RIBEIRO; TATIANA REHDER GONÇALVES; VITOR BARRETO PARAVIDINO; FLAVIA MAZZOLI-ROCHA; FERNANDA SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES; ROBERTO MAGALHÃES SARAIVA; ALEJANDRO MARCEL HASSLOCHER-MORENO; MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO
INI – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Estudos que avaliam os níveis de atividade física (AF) em indivíduos com doença de Chagas (DC) ainda são escassos. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar os níveis de AF em indivíduos com DC e examinar sua associação com a Cardiopatia chagásica crônica (CCC). **Materiais e Métodos:** Foram incluídos pacientes com DC acompanhados regularmente em um centro de referência para tratamento de doenças infecciosas. Os níveis de AF foram avaliados usando a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). A CCC foi determinada de acordo com o Consenso Brasileiro sobre a Doença de Chagas. A associação entre CCC e níveis de AF (total, caminhada, moderada e vigorosa) como variável contínua foi ajustada usando modelos lineares generalizados. Modelos de regressão logística foram ajustados para avaliar a associação entre CCC e o cumprimento das recomendações de AF da OMS. **Resultados:** Dos 361 participantes incluídos na análise (60,7±10,7 anos; 56,2% mulheres), 58,1% (n=210) cumpriram as recomendações de AF da OMS. Após ajustes para potenciais fatores de confusão, análises de regressão revelaram que a CCC sem insuficiência cardíaca estava significativamente associada a uma redução na AF vigorosa (Exp β 0,32 IC 95% 0,10 a 0,98). A CCC com insuficiência cardíaca teve níveis significativamente mais baixos de AF total (Exp β 0,61 IC 95% 0,44 a 0,84) e AF moderada (Exp β 0,59 IC 95% 0,39 a 0,89). A CCC com insuficiência cardíaca teve uma menor probabilidade de cumprir a recomendação de AF em comparação com aqueles sem envolvimento cardíaco (OR 0,48 IC 95% 0,24 a 0,97). **Conclusões:** Encontramos baixos níveis de AF entre indivíduos com DC. A presença de CCC (principalmente com IC) foi associada a níveis diminuídos de AF.

333

Efeito Agudo do Exercício Isométrico de Handgrip na Variabilidade da Frequência Cardíaca de Pessoas com Hipertensão Arterial sob Uso de Medicação

WAGNER JORGE RIBEIRO DOMINGUES; EMMINA LIMA CRUZ SOUZA; JOYCE ESPIRITO SANTO; ELVIS MOURA PEREIRA COSTA; KAREM GABRIELE PINHEIRO OLIVEIRA; PAULO LUCAS SILVA SILVA; ESAÚ SILVA SOARES; CAROLINE FERRAZ SIMOES
Universidade da Força Aérea – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal do Amazonas – Manaus – Amazonas – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pessoas com hipertensão arterial elevada, mesmo sobre uso de medicação, apresentam alterações na variabilidade da frequência cardíaca (VFC), o que contribui para o risco de mortalidade. Estudos de meta-análise tem demonstrado que o exercício isométrico de handgrip (EIHG) pode promover melhorias no sistema cardiovascular de hipertensos. No entanto, os efeitos agudos do EIHG na VFC ainda são limitados e controversos nesta população. **Objetivo:** Verificar o efeito agudo do EIG na VFC de hipertensos sob uso de medicação. **Materiais e Métodos:** Nesse ensaio clinico, 45 hipertensos de ambos os sexos sob uso de medicação anti-hipertensivo (58,0 ± 10,5 anos) foram aleatorizados em duas condições: EIHG ou Sham (controle). A condição EIHG consistiu na realização de 4 séries de 2 minutos de contração isométrica, com 1 minuto de intervalo entre séries à 30% da contração voluntária máxima, unilateral, sentados, com cotovelos flexionados em 90°. Na condição Sham, os participantes seguiram as mesmas condições da condição com EIHG, no entanto, utilizando uma bola antiestresse para simular o exercício isométrico, porém com contrações isotônicas. O intervalo entre as sessões para cada condição foi de 7 dias. Antes (pré) e após 10 minutos (Pós 10') e 30 minutos (Pós 30') da sessão, a variabilidade da frequência cardíaca foi avaliada pelo monitor cardíaco Polar H10. Os indicadores da VFC analisados foram os indicadores de domínio do tempo e domínio da frequência: Média do intervalo RR, Desvio padrão de todos os intervalos RR (SDNN – ms), Raiz quadrada da média da soma dos quadrados das diferenças entre intervalos RR (RMSSD – ms), Desvio padrão da variabilidade instantânea entre batimentos (SD1 – ms), Desvio padrão dos intervalos RR contínuos de longo prazo (SD2 – ms), Banda de baixa frequência (BF - 0,04 e 0,15 Hz) e Banda de alta frequência (AF – 0,15 e 0,4 Hz), analisados pelo KUIBIOS 3.0. Foi empregada a ANCOVA para medidas repetidas com significância de P< 0,05. **Resultados:** Não foi observado nenhum efeito nos indicadores de domínio do tempo e domínio da frequência da VFC: Média do intervalo RR, SDNN, RMSSD, SD1, SD2, BF e AF(P>0,05). **Conclusões:** O EIHG não altera a variabilidade da frequência cardíaca em pessoas com hipertensão arterial sob uso de medicação.

23
Enfermagem

266

Medidas Perioperatórias de Controle da Dor em Pacientes do Protocolo Enhanced Recovery After Cardiac Surgery

LIGIA NERES MATOS; ANDRE MISIARA; FABIOLA TRAVERSO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; BRUNO MIRANDA MARQUES; MARCELO FERNANDES RAMALHO; FERNANDO RODRIGUEZ; IEDA PONTES; IEDA PONTES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Enhanced Recovery After Cardiac Surgery (ERACS) é uma iniciativa multimodal de melhoria de cuidados multidisciplinar com o objetivo de promover a recuperação de pacientes submetidos à cirurgia durante toda a jornada perioperatória, reduzir as complicações, promover um retorno mais precoce às atividades normais e melhorar a experiência do paciente. **Objetivo:** Descrever o impacto das medidas perioperatórias utilizadas para o controle da dor em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca incluidos no programa ERACS. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo. Foram incluídos pacientes adultos admitidos para cirurgia cardíaca convencional, incluídos no protocolo ERACS, de um hospital privado quaternário da cidade do Rio de Janeiro. Pacientes receberam visita pre-operatória de enfermagem, fixação rígida do esterno com placas de titânio, uso racional de opioide no perioperatório e bundle de controle da dor no pós operatório imediato. Critérios de exclusão: cirurgias percutâneas. O período de análise foi de Janeiro de 2022 a dezembro de 2023. Os dados foram extraídos da plataforma REDCap. **Resultados:** Foram incluídos 26 pacientes, 30% cirurgias eletivas e 61% cirurgias de urgência. DAC e estenose aórtica foram os diagnósticos mais prevalentes, 52% e 8% respectivamente. A cirurgia de revascularização do miocárdio foi a mais prevalente com 50% e o tempo médio de CEC foi de 90 minutos e de Clamp foi de 77 minutos. A média de idade foi de 68,5 anos e o sexo masculino foi o mais prevalente (57,7%). HAS, DM e IRC representaram as comorbidades mais prevalentes, 68%, 45,8% e 16,7% respectivamente. Destaca-se a adesão ao protocolo de dor (96,2%), baixo consumo de opioide de resgate (4%). Cerca de 16% dos pacientes referiram dor maior ou igual a 4 nas primeiras 12h. Todos os pacientes incluídos foram mobilizados do leito em menos de 24h, com tempo de extubação menor que 4 horas em 95% e 96% estavam em uso de noradrenalina em dose inferior a 0.2 mcg/kg/min. A mediana de internação na UTI foi de 79 horas e internação hospitalar de 6,5 dias. **Conclusões:** Na amostra estudada a implementação das medidas perioperatórias de controle da dor contribuíram para a recuperação acelerada dos pacientes.

315

Tempo de Internação em Terapia Intensiva x Ocorrência de Eventos Adversos com Cateteres Venosos Centrais de Curta Permanência: Estudo Transversal

JULIANA GERHARDT SOARES FORTUNATO; SUELEN PESSATA FERRAZ; FLAVIA GIRON CAMERINI; DANIELLE MENDONÇA HENRIQUE; CÍNTIA SILVA FASSARELLA; KISSYLA HARLEY DELLA PASCOA FRANÇA; NAYANA MESSINA; LUIZA ALCANTARA DE OLIVEIRA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: No contexto de cuidado ao paciente hospitalizado, destaca-se aquele prestado dento de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde há grande complexidade em relação a pacientes e procedimentos. Neste ambiente comumente utiliza-se o cateter venoso central a fim de ofertar os medicamentos prescritos. A utilização deste dispositivo, apesar de trazer benefícios terapêuticos, também pode expor o paciente a diversos riscos e eventos adversos associados. **Objetivo:** Identificar os eventos adversos relacionados a cateteres venosos centrais puncionados em duas unidades de terapia intensiva de um hospital geral do Rio de Janeiro; Analisar a associação entre os eventos adversos ocorridos e o tempo de internação em terapia intensiva. **Materiais e Métodos:** O estudo do tipo quantitativo, documental, transversal, retrospectivo de acordo com as recomendações do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. O cenário do estudo foram duas unidades intensivas, de um hospital geral situado no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu após aprovação no comitê de ética e pesquisa (CAAE: 53800021.0.0000.5256). Foram analisados os eventos adversos oriundos dos cateteres venosos centrais de curta permanência, puncionados no cenário de estudo entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020. Foram selecionados 158 participantes para o estudo, que geraram 248 cateteres venosos centrais para análise. **Resultados**: O principal evento adverso identificado foi infecção de corrente sanguínea (25,46%), tendo como principal agente a Kleibsiella pneumoniae carbapenase. Ocorreu forte associação entre tempo de internação na terapia intensiva (p valor <0,001) e a ocorrência de evento adverso. O tempo médio de dias na terapia intensiva foi de 22,49. Em 2019 (período pré-pandemia), cada dia de internação aumentou a chance de evento adverso associado a cateter em 9.6%, já em 2020 (pandemia) cada dia aumentou em 22.2%. **Conclusões:** O principal evento adverso encontrado relaciona-se à manutenção do cateter. Foi comprovado que quanto mais tempo o paciente permanece na unidade de terapia intensiva, mais está exposto a ocorrência de eventos adversos relacionados a cateter venoso central. A diferença entre o período pré-pandemia e o de pandemia mostrou-se expressiva, o que pode ser explicado pela mudança nas dinâmicas dos serviços, além de utilização de mão de obra vindas de outros setores e práticas.

308

Avaliação de Desempenho de Terapias Intensivas Cardiológicas e Não Cardiológicas por Tipo de Hospital: *Benchmarking* para Melhores Práticas

SUELEN PESSATA FERRAZ; FLAVIA GIRON CAMERINI; JULIANA GERHARDT SOARES FORTUNATO; DANIELLE MENDONÇA HENRIQUE; CÍNTIA SILVA FASSARELLA; ANDREZZA SERPA FRANCO; EMANUELLY ALMEIDA DA SILVA; LUANA RIBEIRO AMARAL COSTA
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O *benchmarking* é uma ferramenta utilizada para gestão da qualidade nas instituições de saúde, que consiste em avaliar uma empresa em relação à concorrência. **Objetivo:** Realizar *benchmarking* das unidades de terapias intensivas (UTIs) de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro com outras terapias intensivas de hospitais do Brasil. **Materiais e Métodos:** Os dados foram extraídos do *Epimed Monitor System®*, um software comercial, confiável e seguro, fundamentado em nuvem com finalidade de aprimoramento em qualidade. Foram avaliadas quatro UTIs, totalizando 39 leitos de pacientes complexos clínicos e cardiológicos no hospital do estudo e comparadas com outras UTIs no Brasil que também utilizavam o mesmo software no período de maio de 2022 a maio de 2023. Os tipos de UTIs utilizadas para esse benchmarking foram: UTIs de hospitais públicos, UTIs de hospitais privados, UTIs de hospitais com acreditação internacional e UTIs *Top Performers*. Hospitais públicos são aquelas financiadas e mantidas pelo Estado; hospitais privados são aquelas que não são propriedades do governo, tendo ou não fins lucrativos; hospitais acreditados são aqueles que voluntariamente sofreram um processo de avaliação e certificação que busca, através de padrões e requisitos pré-definidos, promover a qualidade e a segurança na assistência à saúde; as UTIs *top performers* é um tipo de certificação concedido as UTIs que obtiveram os melhores resultados clínicos com alocação eficiente de recursos no cuidado dos pacientes nela internados. **Resultados:** Percebe-se que a média de idade e o tempo de permanência na UTI são similares aos dos outros hospitais públicos. Com relação ao *Modiefied Frailty Index* (MFI), pacientes do estudo são considerados mais frágeis, porém internam na UTI com menor gravidade predita pelo SAPS3. Apesar da taxa de mortalidade ser menor nos pacientes do estudo ao comparar com outros hospitais públicos, quando se compara a taxa de mortalidade padronizada (*Standardized Mortality Ratio*) que avalia a ocorrência de óbitos reais com os óbitos esperados baseados no índice de gravidade *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS3), os dados evidenciam que as unidades do estudo possuem desempenho inferior aos outros hospitais comparados. **Conclusões:** A realização do benchmarking comparando a unidade estudada com as UTIs das demais instituições teve por finalidade contrapor diferenças e similitudes das melhores práticas para segurança evidenciadas no mundo real e assim instigar o desenvolvimento de estratégias para melhoria nos resultados futuros.

440

Modelos Cardíacos: uma Abordagem Tridimensional para Compreender a Insuficiência Cardíaca

MARCELLA DOS SANTOS LOPES SILVA; ANA BEATRIZ COSTA DO COUTO; REBECA LIAL ROSADO; LUCIANA MORBACH MIRANDA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma pandemia global que afeta mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo. Dentre as causas, tem-se alterações na estrutura e no funcionamento do coração. Consequentemente, há redução no débito cardíaco e/ou elevação das pressões de enchimento. Esse mecanismo acarreta em mudanças anatômicas no músculo cardíaco, na qual a mais comum é a hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Essa disfunção é atualmente analisada por exames de imagens, como radiografia de tórax e ecocardiograma. Entretanto, a difusão da impressão tridimensional pode auxiliar na visualização de alterações estruturais do coração. **Objetivo:** Desenvolvimento de protótipos tridimensionais cardiológicos para avaliar as diferenças anatômicas de um coração saudável em comparação com um coração com Insuficiência Cardíaca a fim de auxiliar a prática clínica. **Materiais e Métodos:** Estudo metodológico de desenvolvimento tridimensional de um coração saudável e um coração com HVE. Os desenhos dos modelos anatômicos foram realizados com base em livros de anatomia e desenvolvidos no Blender®, software de modelagem 3D de código aberto, foram criadas malhas, seguindo as referências obtidas. Esses modelos foram segmentados e texturizados num computador do tipo PC com placa gráfica de desempenho normal. **Resultados:** 2 corações foram impressos através da impressora AnyCubic Kobra, com tecnologia de Modelagem de Deposição Fundida (FDM), com filamento PLA 1.75 mm na cor vermelha. A duração da impressão para cada modelo foi de aproximadamente 24 horas. O coração saudável foi impresso com átrios e ventrículos (direitos e esquerdos), aurículas, aorta, artéria pulmonar e veia pulmonar enquanto o coração com HVE continha os mesmos ítens com um aumento do ventrículo esquerdo. **Conclusões:** A abordagem tridimensional possibilita uma maior compreensão das anormalidades estruturais que ocorrem de modo mais prevalente em pacientes com a IC. Essa técnica pode contribuir na educação de acadêmicos da área de saúde e conscientização de pacientes portadores de IC e familiares, através da experiência visual e tátil que elas permitem.

629

Eficácia das Práticas Integrativas e Complementares no Controle Pressórico e Redução do Risco Cardiovascular

BIANCA BOTELHO VIEGAS; FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO CARLOS; GUILHERME CAMPECHE SANTOS; GABRIELE PEREIRA FONTES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As PICs dialogam com a integralidade, um dos alicerces conceituais que sustenta os objetivos principais do SUS. Nesse sentido, o mindfulness, a auriculoterapia e a imposição de mãos, como práticas adjuvantes, acolhem e tratam outras dimensões que envolvem os processos de saúde e adoecimento de cada indivíduo, contemplando as esferas psicossociais. O Mindfulness é a consciência que emerge através de prestar atenção, com propósito, e sem julgamento, do que ocorre no presente, de momento a momento. É uma prática de fácil implementação que já mostrou ter papel na redução dos níveis pressóricos e melhora do perfil glicídico além do controle de ansiedade, depressão, estresse e da dor crônica. A auriculoterapia é de aplicabilidade rápida e de baixo custo, utilizando o pavilhão auricular como um "microssistema" que representa o organismo como um todo, sendo inserida a semente de mostarda em pontos específicos da orelha. Por sua vez, a imposição de mãos implica em um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos para restabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando o processo saúde-doença. **Objetivo:** Analisar a eficácia das PICS no controle pressórico de pacientes com diferentes espectros de HAS e na redução do risco cardiovascular. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal observacional que incluiu pré-hipertensos, hipertensos e hipertensos resistentes de 20 a 65 anos no centro de pesquisa do ProHArt no município do Rio de Janeiro. Serão utilizados o registro de dados sociodemográficos, medidas antropométricas, fatores de risco cardiovascular tradicionais, pressão arterial de consultório e residencial (MRPA); aplicados questionários de qualidade de vida (WHOQoL), rastreio de depressão (PHQ9) e de ansiedade (GAD-7). Os participantes serão submetidos às 3 PICs sendo:4 sessões de Mindfulness por mês; auriculoterapia a cada 15 dias;e imposição de mãos semanais durante 10 minutos. O estudo terá duração de 6 meses e ao final todos os participantes serão reavaliados quanto às medidas antropométricas, pressão arterial de consultório, MRPA e os 3 questionários iniciais serão reaplicados. **Resultados:** Com o presente estudo, espera-se identificar e compreender de que forma as PICS podem auxiliar no cuidado às pessoas com HA, objetivando o equilíbrio integral, com efeitos na ansiedade, estresse, sono, repouso, e implicação na diminuição da pressão arterial. **Conclusões:** Estudo ainda em curso.

667

O Uso de Tecnologias e sua Influência na Qualidade de Vida dos Pacientes com Doenças Cardiovasculares Submetidos à Troca Valvar Percutânea

EVA NATALINA FERREIRA COSTA; ELENAI SANTANA SANTANA NOGUEIRA; HAILTO DOS SANTOS SILVA
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Universidade Uniredentor – Polo Ictus Cordis – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Em pacientes com doenças valvares cardíacas que possuem risco cirúrgico elevado, o Implante Valvular Aórtico Percutâneo (TAVI) vêm destacando-se como uma alternativa promissora frente aos casos de estenose aórtica, uma valvopatia com altos índices de morbimortalidade e que, ao progredir, desencadeia os sintomas de síncope, angina e dispneia. O TAVI é descrito como uma técnica inovadora que surgiu com o avanço da tecnologia e com o objetivo de substituir a trocar valvar de peito aberto. **Objetivo:** se discorrer sobre os benefícios do Implante Valvular Aórtico Percutâneo como tecnologia para a qualidade de vida do paciente. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um relato de caso, descrito mediante acompanhamento de um caso clínico em um hospital privado do Estado do Rio de Janeiro, durante o período de fevereiro de 2024. **Resultados:** Paciente, 75 anos, hipertenso com doença renal crônica, fazendo hemodiálise 3 vezes por semana e com estenose aórtica grave sintomática apresentando dispneia e precordialgia. EUROSCORE DE 39,31. O caso evoluiu com a piora dos sintomas, necessitando de internação hospitalar. Foi realizado o TAVI, através da via de acesso femoral e com duração de 120 minutos. Após implante, foi encaminhado a unidade coronariana. O paciente apresentava-se lúcido, orientado, respirando em ar ambiente e comunicativo. Recebeu alta hospitalar após 5 dias do procedimento. **Conclusões:** Contudo, a técnica TAVI é uma tecnologia que desencadeou em benefícios para os serviços de saúde, por reduzir o tempo de internação pós-operatória e para o paciente, por influenciar positivamente na melhora clínica, na recuperação e consequentemente na qualidade de vida. Sua importância reside não apenas na sobrevida, mas também na capacidade de restaurar a independência dos pacientes.

657

Indicadores de Qualidade Assistencial no Tratamento Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio

LUCIANA REIS; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FABÍOLA ALVES TRAVERSO DA MOTTA; SONIA CRISTINA RODRIGUES SIMÕES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Fundamento: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença prevalente e com alta morbidade e mortalidade. O monitoramento de indicadores de qualidade assistencial possibilita o reconhecimento de fragilidades no cuidado e a construção de planos de ação para melhoria. Dentre esses indicadores destacam-se o tempo porta eletrocardiograma, as taxas de utilização dos fármacos modificadores de sobrevida na alta hospitalar e o tempo de internação hospitalar. **Objetivos:** Avaliar a taxa de utilização de fármacos modificadores de sobrevivência (AAS, inibidores da P2Y12, betabloqueadores, estatinas e iECA ou BRA – este último na presença de disfunção ventricular) na assistência intra-hospitalar de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), com e sem supradesnivelamento do segmento ST. Avaliar a mediano do tempo decorrido entre a chegada ao hospital e a realização do eletrocardiohgrama e o tempo de internação hospitalar. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional retrospectivo de uma coorte de 698 pacientes internados com diagnóstico confirmado de IAM, entre janeiro de 2018 e janeiro de 2024. Os dados foram coletados por uma equipe de profissionais de saúde treinados, ainda durante a internação e analisados utilizando o software SPSS. **Resultados:** A maioria dos pacientes foi diagnosticada com IAM com supradesnivelamento do segmento ST (72,3%). A mediana do tempo entre a chegada do paciente à unidade de emergência e a realização do eletrocardiograma foi de 7 minutos. As taxas de utilização dos medicamentos na alta hospitalar na população geral foram: AAS=98,38%, estatinas=95,3%, betabloqueadores=85,2%, inibidores da P2Y12=98,5%, iECA ou BRA em pacientes com disfunção ventricular=100%. A mediana do tempo de internação foi de 5 dias. **Conclusões:** As taxas de utilização de AAS, inibidores da P2Y12, iECA ou BRA e estatina estão em conformidade com as metas estabelecidas. No entanto, a utilização de betabloqueadores mostrou-se abaixo do esperado (<90%). A mediana do tempo entre a chegada do paciente e a realização do eletrocardiograma esteve dentro do recomendado (<10 minutos), assim como a mediana do tempo de internação (≤5 dias). O reconhecimento desses indicadores abre caminho para o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a qualidade do cuidado.

804

Implantação do Prontuário Afetivo para Pacientes em Perioperatório de Cirurgia Cardíaca

ANA CAROLINA EIRIS PIMENTEL; RAQUEL CONSTANTINO DE ALMEIDA; CAMILA MEDEIROS DOS SANTOS; RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Centros de terapia intensiva (CTI), em geral, representam um ambiente rígido, frio e de muitos procedimentos invasivos que geram sentimentos conflitantes para o paciente e sua família. O prontuário afetivo é uma estratégia recente de acolhimento a fim de personalizar esse espaço minimizando essas sensações. Valoriza a subjetividade do indivíduo e disponibiliza informações que favorecem o vínculo entre paciente, familiares e equipe assistencial. **Objetivo:** Relatar a experiência de implantação do prontuário afetivo num CTI de Cirurgia Cardíaca. **Materiais e Métodos:** Relato de experiência sobre a implantação do prontuário afetivo em CTI de cirurgia cardíaca em um hospital universitário do Rio de Janeiro em 2023. **Resultados:** Após uma revisão de publicações científicas em base de dados, desenvolveu-se no programa Word® uma proposta de prontuário afetivo fundamentada nas experiências de cuidado e no que importava mais a cada paciente consultado. O instrumento abarca as preferências/características afetivas dos pacientes: como deseja ser chamado (nome e apelido), o que gosta de ouvir e de fazer, religião, trabalho, time de futebol, signo e descrição livre da família. A formatação possui espaços definidos para cada item, permitindo o registro realizado pelos profissionais em tamanho legível e lúdico com uso de canetas coloridas. A intervenção foi apresentada a toda equipe do setor e o fluxo se iniciou nos pacientes crônicos, com participação ativa da família no preenchimento e, após nos pacientes em pré-operatório. Posteriormente, foi fixado a um quadro ao lado da identificação padrão à beira leito e observou-se sentimentos de gratidão e esperança expressados pela família, engajamento da equipe que começou a chamá-los pelos apelidos e, durante os cuidados, a colocar as músicas que gostavam de ouvir. **Conclusões:** O prontuário afetivo foi uma proposta criada na pandemia da COVID-19 para aproximar paciente, família e equipe durante o isolamento social. Hoje essa estratégia se fortaleceu nas unidades intensivistas, onde o medo, a dor e a tensão prevalecem, sobretudo no perioperatório de cirurgia cardíaca, no qual a demanda por tecnologias invasivas diárias, termos enxutos, desconforto e alta complexidade de cuidados "deixam no ar" a todo momento a sensação de finitude. Por isso, olhar para além de um leito ou de um diagnóstico, através de um instrumento simples e de baixo custo gera um impacto compassivo, numa época onde há a necessidade de humanizar a assistência ao resgatar a dignidade da pessoa em seu processo saúde-doença.

805

Coarctação da Aorta Associada à Síndrome de Edwards: um Relato de Caso

MARIANNE CORRÊA DA SILVA COUTO; PAOLA PAIVA MONTEIRO; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA; ROSANE CORDEIRO BURLA DE AGUIAR; ANA LUIZA DORNELES DA SILVEIRA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A coarctação da aorta é uma das alterações cardiovasculares mais frequentes, que consiste em um estreitamento ao longo do trajeto da artéria aórtica, causando uma obstrução parcial da passagem de sangue. A cardiopatia congênita foi causada pela Síndrome de Edwards (SE), uma alteração genética, que está caracterizada pela Trissomia do cromossomo 18. O caso relata a coarctação da aorta e a síndrome de Edwards, quando ambas as condições se apresentam simultaneamente. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente portadora de coarctação da aorta associada à Síndrome de Edwards internada em um hospital universitário. **Materiais e Métodos:** A.V.V.N., sexo feminino, lactente, 6 meses. Transferida para o hospital após a realização de uma cirurgia paliativa de coartação da aorta com bandagem da artéria pulmonar. Pré-natal de alto risco, crescimento intra-uterino restrito e cardiopatia detectada por ECO fetal. Na pediatria foi submetida ao exame de cariótipo, e após análise do geneticista, evidenciou a presença da trissomia do cromossomo 18. Ao exame físico, apresentava facie sindrômica, com esforço respiratório e tórax com tiragem intercostal. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas em 2 tempos, com presença de sopro. Ausculta pulmonar: murmúrios ventriculares universalmente audíveis. MMSS e MMII com extremidades cianóticas e baixa perfusão capilar. Com pressão arterial de 132 x 70 mmHg (PAM 91 mmHg), frequência respiratória de 51 irpm, frequência cardíaca de 123 bpm, saturação de 90%, em uso de cateter de O_2 2L/min. Peso: 3.875 kg e altura: 53,1 cm, abaixo do esperado para a idade. **Resultados:** Ao identificarmos as alterações clínicas, foi possível estabelecer alguns cuidados de enfermagem, como mínimo manuseio pela equipe, monitorização contínua, aumento do O_2 para 4L/min., adiar o banho até que houvesse melhora do quadro clínico e proporcionar apoio de intercorrências durante a realização do cuidado. **Conclusões:** As cardiopatias congênitas são frequentemente encontradas na síndrome de Edwards, principalmente a apresentada pela paciente. O prognóstico da SE é individual, mas a maioria acaba indo a óbito no período intra-uterino, e as crianças que sobrevivem possuem diversos fatores de risco. Dessa forma, a identificação precoce dos sinais e a conduta apresentada pela equipe foi um importante cuidado de enfermagem.

24
Fisioterapia

265

Estratégia Digital para Aumento do Nível de Atividade Física e Modulação Cortical em Obesos Classe III: um Estudo Piloto

JAQUELINE PEIXOTO LOPES; EMANOELE ANASTÁCIA DA SILVA ARAUJO DE MELO; ANA CAROLINA NADER VASCONCELOS MESSIAS; JULIO GUILHERME SILVA; MARCO ORSINI; LUCIANA MOISES CAMILO; MAURICIO DE SANT'ANNA JUNIOR
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A população obesa apresenta baixo nível habitual de atividade física (NHA). Observam-se atividades corticais diferentes em indivíduos obesos, em redes neurais envolvidas no controle do apetite e suas correlações com áreas de controle inibitório. **Objetivo:** Avaliar NHA e atividade cortical de obesos classe III (OB) estimulados através de estratégia digital (ED) visando aumento do NHA. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal visando estimular por ED indivíduos OB recrutados no ambulatório de endocrinologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O NHA foi avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e a atividade cortical por eletroencefalografia (EEG). Os sujeitos foram submetidos a quatro análises, compostas por blocos de imagens contendo imagens com: OB em repouso (T0), indivíduos não obesos em repouso (T1), OB realizando atividade física (T2) e indivíduos não obesos realizando atividade física (T3), enquanto se captava os sinais de EEG.Estes foram processados e extraídas as variáveis de potência absoluta e relativa na distribuição de energia nas bandas de frequência α e β nas condições pré e pós estimulação visual por meio de ED, nos eletrodos frontais e parietais. Já a ED consistiu no envio diário, via aplicativo de mensagens, por 30 dias, de imagens de indivíduos obesos praticando atividade física associadas a frases motivacionais, além de cartilha digital contendo benefícios da prática de atividade física. Para comparação entre os períodos de exposição de imagens foi utilizada a ANOVA two-waypara medidas repetidas (significância de 5%). O tamanho do efeito foi calculado utilizando-se o Eta quadrado (η2) com variação de 0 a 1 e interpretado como porcentagem de variância. **Resultados:** Foram avaliados seis indivíduos OB com média de idade de 38,0±11,8 anos e IMC 44,8±7,9 kg/m2. O IPAQ demonstrou um baixo NHA nos indivíduos analisados. O NHA no pré-estimulação com ED foi de 149±82,8 minutos e pós-estimulação foi 425±149,9 minutos (p=0,0462). Houveram mudanças significativas na atividade cortical dos sujeitos nas comparações analisadas tanto em α com em β1 (p<0,001) para todos os momentos. O tamanho do efeito aponta que o estímulo visual foi capaz de promover um alto efeito na atividade eletroencefalográfica (η2 = 0,91). **Conclusões:** A estratégia digital de estimulação visual, se mostrou eficaz como ferramenta para aumento do NHA em OB, pela modulação cortical observada pelo aumento da atividade cortical nas áreas de interesse.

319

Inserção Docente e Discente no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Elaboração de Protocolo Operacional Padrão

JOÃO PEDRO SOUZA; STÉPHANIE RAPOSO; MARIA VICTÓRYA SANT ANNA; MARIANNA ALEXANDRE DOS SANTOS;; LUCIANA MOISÉS CAMILO; TIAGO BATISTA DA COSTA XAVIER; RICARDO GAUDIO ALMEIDA; MAURICIO SANT ANNA JUNIOR
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares podem necessitar de intervenção cirúrgica. O fisioterapeuta é um dos profissionais que acompanham o paciente submetido à cirurgia cardíaca de forma longitudinal, em todas as fases da reabilitação cardiovascular. **Objetivo:** Promover a inserção docente e discente no pré-operatório de cirurgia cardíaca através da construção de protocolos operacionais padrão (POP) em busca da interação paciente, profissional, gestão de serviço e academia, no Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo observacional composto por sete etapas: elaboração de formulário anônimo contemplando as questões vivenciadas pelos fisioterapeutas; reunião para análise das respostas e organização do cronograma da educação continuada; capacitação teórica ministrada por um docente; reunião com a gestão de serviço e a elaboração dos POP; apresentação dos POP produzidos por alunos de graduação e docente; implementação das rotinas; e a devolutiva dos resultados qualitativos e quantitativos obtidos com a ação do POP. **Resultados:** Na primeira etapa obtivemos 17 respostas dos profissionais (idade: 38,4±8,5 anos), com tempo de formado de 11,0±5,3 anos e 33% possuem especialização na área. Os profissionais descrevem que sua prática clínica é sustentada e 73% referem utilizar testes funcionais para avaliação e prognóstico. A maioria (83%) dos profissionais tinham interesse em utilizar POP no pré-operatório e 75% gostariam de estar engajados na construção. Quanto ao POP, o mesmo foi aplicado em 19 pacientes, sendo 16 (84%) do sexo masculino (idade 65,8±11,2 anos). Dentre os avaliados, 5 (26%) apresentaram obesidade, 9 (47%) diabetes mellitus e 14 (73%) hipertensão arterial sistêmica. Na estratificação de risco pré-exercício (AACVPR), 58% apresentaram baixo risco, 16% moderado e 26% alto risco. Acerca da fragilidade clínica, 58% (11) foram classificados como regulares e 5% (1) muito frágil. A respeito da avaliação funcional obtida através do índice de Barthel, foi observado independência para a maioria da amostra e apenas 10,5% apresentaram dependência moderada. Em relação ao Timed Up and Go (TUG) a média foi de 10,10±4,38 segundos, caracterizando risco moderado de quedas. **Conclusões:** A educação permanente em saúde estabelece relações entre ensino, ações e serviços. Assim, o estudo toca na construção da práxis, propiciando ações docente e discentes em prol de aprendizado, oferecendo uma melhor assistência ao paciente, além da confecção de POP facilitando assim a rotina assistencial.

271

Impacto da Fisioterapia na Funcionalidade e Fragilidade de Idosos Inseridos em um Protocolo de Insuficiência Cardíaca

PATRÍCIA AZEVEDO AZEVEDO FERREIRA; SAMANTHA SABINO DE OLIVEIRA; VAGNER BEZERRA BARCELLOS; BEATRIZ ROBERT MOREIRA; TAYNA PRUDENCIO VEIGA; ALEX RODRIGUES DE MORAES
Hospital Pró-Cardíaco – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A agudização da Insuficiência Cardíaca (IC) acarreta internações, e traz consequências para a funcionalidade do idoso. Sendo mais grave em idosos frágeis, principalmente durante a hospitalização. Os pacientes com IC crônica (ICC), principalmente com idade avançada, apresentam sérios prejuízos na função física devido a efeitos combinados de envelhecimento, disfunção cardiovascular e disfunção muscular esquelética. A fisioterapia hospitalar visa otimizar a condição física e ventilatória. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da fisioterapia na funcionalidade e fragilidade de pacientes idosos com IC incluídos num protocolo intra-hospitalar. **Materiais e Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo do protocolo de IC de hospital privado do RJ com armazenamento eletrônico de dados clínicos. Foram avaliados 31 pacientes internados de dezembro de 2022 a julho de 2023, sendo 22 incluídos. Inclusão: Idosos, com idade >= a 65 anos; Ambos os sexos; Diagnóstico de IC; Sem indicação inicial de IOT. Exclusão: Avaliações incompletas; Óbito. Na presença de desconforto ventilatório, foi avaliada a necessidade de suporte de oxigênio, VNI, ventilação invasiva, e ou cateter de alto fluxo. A força muscular periférica (FMP) foi avaliada pela Medical Research Council, a funcionalidade pela ICU Mobility Scale e a Fragilidade pela Escala de Fragilidade de Rockwood. Foi adotado um valor de p <0,05 para o resultado estatístico ser considerado significante. Os dados foram analisados nos softwares Microsoft Excel e Minitab 20.3. **Resultados:** Houve uma diferença significativa (p-valor <0,05) na média da funcionalidade e FMP entre admissão e alta. Houve correlação forte (R=-0,75; p=0,005) entre a fragilidade e a FMP. E, correlação regular entre a fragilidade e funcionalidade (R= 0,57; p= 0,004). Não houve correlação do tempo de VNI (média 4,18 dias) com os desfechos motores. **Conclusões:** Na literatura é discutido como doenças e fatores do envelhecimento contribuem para o início da fragilidade. Esta é uma entidade distinta, e necessariamente associada à difícil adaptação ao estresse, não obrigatório à funcionalidade e a incapacidade. Neste estudo inicial, foi observado um impacto positivo da fisioterapia intra-hospitalar na funcionalidade e na FMP de idosos com IC, que pode ter interferido na não progressão ou estabilização da fragilidade. Não podendo afirmar que idosos frágeis possuem diminuição da funcionalidade. Neste contexto, mais estudos devem ser realizados.

320

Perfil Clínico e Principais Desfechos dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

GABRIELLE RODRIGUES GARCIA; VICTOR REGUFE COELHO DA SILVA
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares, são uma das principais causas de mortalidade e internação hospitalar. Fatores de risco cardiometabólicos, comportamentais, ambientais e sociais são os principais causadores dessas doenças e o tratamento em forma de cirurgia surge quando os recursos farmacológicos não são mais um recurso viável. Os pacientes que são submetidos a cirurgia cardíaca são sobretudo mais vulneráveis ao desenvolvimento de complicações pulmonares pós-operatórias. Isso está relacionado principalmente à redução da atividade física intra-hospitalar, à incisão da esternotomia, à circulação extracorpórea e à ventilação mecânica invasiva. **Objetivo:** Identificar os desfechos clínicos dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que foram realizadas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e os aspectos a essas associadas. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi realizada por estudo retrospectivo, observacional e transversal, realizado por meio de análise de prontuários dos pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, do período de primeiro de janeiro de 2022 a trinta e um de março de 2023, e encaminhados para a Unidade Cárdio Intensiva após o procedimento. Foram coletados e analisados os dados pré e pós-operatório. **Resultados:** Foram localizados 70 registros, dos quais 6 foram excluídos devido à realização de outros procedimentos. Isso resultou em uma amostra final de 62 prontuários que foram analisados. Foram encontrados 8 diferentes tipos de cirurgias, os quais foram agrupados com base em semelhanças para facilitar a análise. Foi comparado os dados dos pacientes que receberam alta hospitalar e o que foram a óbito, foram encontrado os dados relevantes : tempo de CEC, CLAMP, tempo de extubação desde a chegada ao CTI, comparativo do nível de mobilidades, prevalência de intercorrências peri e pós-operatoria, tempo total de internação, tempo aguardando o procedimento cirurgico e o tempo entre a cirurgia e o óbito. **Conclusões:** Os achados deste estudo indicaram uma prevalência significativa de complicações de cirurgias cardíacas, em alguns casos associadas a aspectos mais graves, como a necessidade de reintervenção operatória. As categorias de complicações mais frequentes incluíram aquelas relacionadas ao sistema cardíaco, com ênfase em arritmias, necessidade de balão intra-aórtico e hipotensão arterial. Além disso, complicações pulmonares, hematológicas e neurológicas também foram observadas com destaque.

348

Avaliação da Capacidade Funcional e Função Cardiovascular de Pneumopatas Crônicos Submetidos a um Programa de Reabilitação Pulmonar

SARAH CARNEIRO PORTELA; TAÍS GUIMARÃES MARQUES SILVA; GUILHERME PINHEIRO FERREIRA SILVA
Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza – Ceará – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A Reabilitação Pulmonar (RP) é uma intervenção multidisciplinar e não farmacológica, utilizada no tratamento de patologias que acometem, principalmente, o sistema respiratório, além dos sistemas cardiovascular e musculoesquelético. Pacientes que são submetidos a essa intervenção apresentam dispneia e relatam limitações às atividades de vida diária e ao exercício como características mais frequentes. Tais sintomas tornam essa população mais suscetível a apresentar um maior risco de doenças cardiovasculares, justificando a necessidade de um tratamento posterior. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional e função cardiovascular de pneumopatas crônicos submetidos a um programa de RP. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado no serviço de RP da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), no período de agosto a dezembro de 2023 em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados foi realizada através de consulta aos prontuários dos dados sociodemográficos, considerando idade e sexo e clínicos, considerando diagnóstico, distância percorrida no Teste da Caminhada dos 6 minutos (TC6') pré e pós RP, Frequência Cardíaca (FC) pré e pós RP, Pressão Arterial (PA) pré e pós RP, Escala de Borg pré e pós RP e Saturação Periférica de Oxigênio (SpO2) pré e pós RP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da UNIFOR com parecer nº 5.100.764. **Resultados:** Participaram do estudo 11 indivíduos, idade média de 58,3 ± 17 anos e predominância para o sexo feminino (n=6; 54,5%). A enfermidade mais prevalente foi a covid longa (n=7; 63,6%). Após a RP, verificou-se melhora da capacidade funcional por meio do aumento da distância percorrida no TC6' (261,5 ± 106,5 para 359,8 ± 117,6; p< 0,003). Não houve diferença significativa nos parâmetros hemodinâmicos estudados. **Conclusões:** A RP proporcionou melhora na capacidade funcional dos pacientes, não havendo diferença significativa nos parâmetros hemodinâmicos estudados. Ademais, observa-se que os resultados indicam a melhora indireta da função cardiovascular, pois a mesma se apresenta proporcional à capacidade funcional do indivíduo.
Referências Bibliográficas: Schneeberger, T.; Abdullayev, G.; Koczulla, A. R. [Pulmonary Rehabilitation]. Die Rehabilitation, v. 62, n. 4, p. 232–247, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37579755/. Acesso em: 22 jan. 2024.

380

Influência da Poluição Atmosférica Outdoor no Desempenho do Teste de Caminhada de 6 Minutos e nas Variáveis Hemodinâmicas

RAMON ISIDORIO SILVA; ADALGIZA MAFRA MORENO; PAULO HENRIQUE MOURA
Universidade Iguacu – Nova Iguacu – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A poluição do ar atinge 9 de 10 indivíduos de centro urbanos e o tráfego veicular responde por 70% das emissões de partículas, sendo o 3º fator de risco para mortes cardiovasculares. **Objetivo:** Analisar a influência da poluição atmosférica por PM2,5 no desempenho da distância percorrida e sensação de esforço durante o TC6M, e sobre as variáveis hemodinâmicas em diferentes ambientes abertos. **Materiais e Métodos:** Desenho quase-experimental, individualizado, com participantes sendo seus próprios controles com mesmo protocolo de exposição em diferentes ambientes abertos (UNIG X Via Light). 18 voluntários, 18/65 anos, ambos os sexos, com livre deambulação e excluídos indivíduos com limitações funcionais. Aplicado TC6M com avaliação da escala de Borg, a DPTC6M, a verificação de Frequência Cardíaca e Respiratória, Pressão Arterial e Saturação comparadas. Aferiu-se as concentrações de PM2,5 com medidor portátil acoplado ao tórax. Realizou-se o teste t de Student para amostras emparelhadas, a correlação de Pearson entre as variáveis e a regressão linear múltipla para o efeito do PM2,5 sobre a sensação de esforço (Borg), com a significância de p>0,05. Análises e gráficos feitos pelo software Jamovi 2022 versão 2.3 Resultados: Amostra com 9 indivíduos por sexo, 32,7±11,5 anos, com 66,7% praticantes de atividade física, 72,2% sem comorbidades, e 16,7% fumantes. Sem diferença estatística entre os locais para as variáveis DPTC6M (p=0,675) e Borg (p=0,499), (FC) (p=0,568); (PAS) (p=0,927); (SatO2) (p=0,593) e (FR) (p=0,117), para temperatura (p<0,001); umidade (p=0,002), e PM2,5 (p=0,038) houve significância. A correlação de Pearson entre PM2,5, Borg e DPTCM na UNIG foi neutra e fraca, (R=0,040; R= 0,173); na Via Light foi negativa forte (R=-0,708; p=0,001) e negativa para PM2,5 e DPTC6M (R=-0,111). A correlação de Pearson entre as variáveis PM2,5, SatO2 e FR na UNIG foi neutra, (R=0,026; -0,045), na Via Light foram fracas e negativa para PM2,5 e SatO2 (R=-0,254) e positiva para PM2,5 e FR (R=0,211). A regressão múltipla demonstrou que o PM2,5 influenciou a sensação de Borg na Via Light (R2=0,514; p=0,015), efeito não demonstrado na UNIG. **Conclusões:** Houve diferenças ambientais locais de PM2,5, com concentrações 500% acima do recomendado. Houve forte associação do aumento do PM2,5 com a sensação de esforço no DPTC6M na Via Light, comparado a outros fatores climáticos. As correlações apesar de fracas associaram o aumento da concentração de PM2,5 à redução da SatO2, assim como o aumento da FR, ambos mais evidentes na Via Light.

358

Capacidade Funcional de Pacientes em um Programa de Pré-Habilitação em Cirurgia Oncoginecológica

GABRIELLE SILVA GERMANO; RAQUEL BOECHAT DE MOURA CARVALHO; FELIPE CARDOZO MODESTO; NADIA ROBERTA CHAVES KAPPAUN
Instituto Nacional de Câncer – MS – Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pacientes oncológicos estão predispostos ao desenvolvimento de sarcopenia e a uma redução da capacidade funcional, fatos associados, por exemplo, ao aumento de complicações pós-operatórias. Assim, um programa de pré-habilitação pode preservar e melhorar a funcionalidade desses pacientes. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar a capacidade funcional de pacientes com tumores ginecológicos e proposta cirúrgica. **Materiais e Métodos:** No presente estudo, foram incluídas 194 mulheres com câncer ginecológico matriculadas no INCA/HCII, em 2018 e 2019, com indicação cirúrgica como primeira linha de tratamento. No programa, após a avaliação, as pacientes receberam orientações fisioterapêuticas para a realização de exercícios domiciliares e em grupo, sendo reavaliadas 4 semanas após. Os dados analisados neste estudo foram: pictograma de fadiga, manovacuometria, dinamometria (handgrip), DASI (Duke Activity Status Index) e deambulação no primeiro dia pós-operatório (1DPO). Os resultados de manovacuometria e dinamometria foram comparados com os valores preditos a partir dos parâmetros de idade, peso e altura. **Resultados:** Das 194 pacientes, foi possível reavaliar 98 em 4 semanas e coletar informação sobre deambulação no 1DPO de 147. A idade média inicial das pacientes foi de 60,3 anos (±8,9 anos). Na primeira avaliação, 15% das participantes referiram muito cansaço ou cansaço extremo na semana anterior e 29,3% referiram que esse cansaço as impediam de realizar tarefas, conforme o pictograma de fadiga. A PImax foi de -72,6 cmH2O (±32,6 cmH2O), enquanto o predito era de -80,8cmH2O (±5,77 cmH2O). Já PEmax foi de 65,8 cmH2O (±26,0 cmH2O), com predito de 78,8 cmH2O (±7,22 cmH2O). Na reavaliação, a PImax era de -76,9 cmH2O (±35,3 cmH2O) e a PEmax, 70,1 cmH2O (±24,1 cmH2O). O resultado da dinamometria foi de 21,60 Kgf (±7,00) na avaliação e de 21,47Kgf (±6,60) na reavaliação, tendo como predito 19,42Kgf (±6,43). Já a capacidade funcional na avaliação e na reavaliação, expressa pelo índice DASI, foi de 19,32 (±10,68) e 24,03 (±11,77). No 1DPO, das 147 pacientes avaliadas, 117 (79,6%) deambularam durante o atendimento fisioterapêutico. **Conclusões:** Os resultados apontam para uma redução da capacidade pulmonar, com valores de PImáx e PEmáx que melhoraram com a intervenção, porém mantendo-se inferiores aos preditos. Contudo, observou-se a preservação e melhoria da funcionalidade das pacientes que participaram do programa de pré-habilitação.

472

Efeito do Foam Rolling e do Treinamento de Força na Hipotensão Pós-Exercício em Mulheres Normotensas

ESTÊVÃO RIOS MONTEIRO; JAKOB L VINGREN; LINDA S PESCATELLO; VICTOR GONÇALVES CORRÊA NETO; JULIO GUILHERME SILVA; JEFFERSON DA SILVA NOVAES; IGOR RAMATHUR TELLES DE JESUS
IBMR – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
UFRJ – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
UNISUAM – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O foam rolling (FR) se tornou muito popular recentemente entre atletas e praticantes de exercícios recreativos e é frequentemente utilizado durante o aquecimento antes do treinamento de força (TF) para promover a liberação miofascial autoinduzida. **Objetivo:** Examinar os efeitos agudos do TF e do FR realizados isoladamente ou em combinação nas respostas da pressão arterial (PA) durante a recuperação em mulheres normotensas. **Materiais e Métodos:** O estudo e todos os procedimentos foram aprovados pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro [15931419.6.0000.5257/2019]. Dezesseis mulheres normotensas e treinadas em força completaram quatro intervenções: 1) controle em repouso (CON), 2) TF isolado (TF), 3) FR isolado (FR), e 4) TF seguido imediatamente por FR (TF+FR). TF consistiu em três séries de exercícios de supino, agachamento, puxada frontal e leg press a 80% de 10RM. O FR foi aplicado unilateralmente em duas séries de 120 segundos para cada região dos quadríceps, isquiotibiais e panturrilha. A PA sistólica e diastólica foram medidas antes (repouso) e a cada 10 minutos, durante 60 minutos, após (Pós 10-60) cada intervenção. **Resultados:** Houve reduções significativas na PA sistólica para TF no Pós-50 (p<0,001; d=-2,14) e Pós-60 (p<0,001; d=-4,43), para FR no Pós-60 (p=0,020; d=-2,14), e para TF+FR no Pós-50 (p=0,001; d=-2,03) e Pós-60 (p<0,001; d=-2,38). Não foi observada alteração na PA diastólica. **Conclusões:** Os resultados atuais sugerem que o TF e o FR realizados isoladamente, ou combinados, podem reduzir agudamente a PA sistólica. Assim, parece ser interessante adicionar o FR a sessão de TF com intuito de reduzir as cifras pressóricas.

512

Resposta da Terapia de Ressincronização Cardíaca sobre FMR, PFE, Tolerância ao Exercício e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

CHRISTIANE RODRIGUES ALVES; SERGIO LUIZ CHERMONT; ERIVELTON NASCIMENTO; CHRISTIANE WIEFELS REIS; MARIO LUIZ RIBEIRO; FERNANDA RIBEIRO; EVANDRO TINOCO MESQUITA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) podem apresentar distúrbios de condução do complexo QRS e assincronia ventricular esquerda com indicação para terapia de ressincronização cardíaca (TRC). Alterações na tolerância ao exercício e nos músculos inspiratórios e a fadiga também são comuns na IC e mostram piora na qualidade de vida. A TRC determina melhora na tolerância ao exercício e torna – se relevante o estudo de indivíduos com IC submetidos a TRC. **Objetivo:** O presente estudo teve o objetivo de investigar o efeito da TRC sobre valores funcionais tais como distância percorrida (DP6M) no teste de caminhada (TC6M), na força muscular respiratória (FMR), no pico de fluxo expiratóro (PFE) e na qualidade de vida através do questionário de qualidade de vida de Minnesota (QQVM). **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, longitudinal, de pacientes com IC submetidos à TRC em um Hospital Universitário (RJ). Foi realizada uma avaliação funcional nos momentos pré TRC (TRC1) e após 6 meses de TRC (TRC2), constituída de TC6M, avaliação da FMR, do PFE, do QQVM, além de avaliação do ecocardiograma, cintolografia e de exames laboratoriais. A análise estatística foi realizada através do teste t-Student e coeficiente de correlação de Pearson foi considerado como significante o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram convidados 17 pacientes com IC e com indicação de TRC, 3 pacientes não completaram o protocolo do estudo e 3 pacientes foram a óbito antes do término do estudo. Completaram o protocolo de acompanhamento 11 pacientes, 4 homens com idade entre 64,6 +/- 67 anos, peso = 69,6 +/- 19,9 kg e fração de ejeção <35%. Foram observados aumentos entre TRC1 e TRC2 na DP6M (347,3 +/- 70,5m vs 395,2 +/- 68,2m: p = 0,001), PFE (280 +/- 89 ml vs 323 +/- 103,1ml : p = 0,01) e Pimáx (35 +/- 11 cmH2O vs 46 +/- 17 cmH2O : p = 0,01). A pontuação do QQVM reduziu 65 +/- 13,8 pontos para 32,5 +/- 14,8 pontos com valor de p = 0,001. **Conclusões:** Os pacientes submetidos a TRC apresentaram um déficit na DP6M, no PFE, na FMR e no QQVM e após receber a TRC ocorreu melhora na tolerância ao exercício refletida pelo aumento significante da DP6M, na Pimáx, no PFE e no QQVM sugerindo ganho da FMR após a TRC. É importante aumentar a amostra para determinar a magnitude dos achados.

686

Avaliação da Capacidade Funcional de Pacientes com Doenças Cardiovasculares Através do Teste de Marcha Estacionária de 2 Minutos: um Estudo Piloto

VINÍCIUS MARINHO COELHO; SHEILA LIMA ABDALA; JUAN CARLOS LIMA; MARIA ELIZABETE MACEDO; GRAZIELE MACIEL FREIRE
Hospital Quinta D'Or – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: As doenças cardiovasculares são a maior causa de mortalidade no mundo e contribuem para o declínio funcional. O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é muito utilizado para avaliação funcional, pois é facilmente realizado. A avaliação da capacidade funcional permite uma abordagem ampla do indivíduo. Instrumentos validados e de fácil aplicação podem e devem ser utilizados como medida de avaliação e de reavaliação dos pacientes. Estudos revelam que a redução na capacidade funcional e aeróbica são preditores de morbimortalidade. Pedrosa e Holanda (2009), utilizando o teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2') observou uma relação intrínseca entre a resistência cardiovascular e a mobilidade funcional. O TME2' pode ser útil dada a sua praticidade e rapidez na aplicação, fácil reprodutibilidade e necessidade de pequeno espaço físico para a sua realização. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de pacientes com doença cardiovascular, estáveis hemodinamicamente e internados em unidade cardio-intensiva (UCI) através do TME2'. **Materiais e Métodos:** Participaram do estudo 86 pacientes escolhidos aleatoriamente para realizar o TME2'. Foram mensurados a escala modificada de Borg, frequência cardíaca e pressão arterial antes e após o teste e o número de elevações do joelho do membro inferior direito acima da metade inferior do membro contralateral, por 2 minutos. Os critérios de exclusão foram instabilidade hemodinâmica, incapacidade de realização ou compreensão do teste e presença doença pulmonar. **Resultados:** Foram excluídos 12 pacientes. A média de idade foi de 69 anos. 30 eram do sexo masculino e 44 do sexo feminino. Não houve evento adverso durante ou após a realização do teste. Houve variação na frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, com elevação de todos, podendo inferir que há alteração hemodinâmica com a realização do teste. A saturação periférica de oxigênio foi o parâmetro com menor variação (< 2%). A avaliação do cansaço através da escala Modificada de Borg variou de 0 a 9. A média de elevações do membro inferior foi de 58, sendo que 12,1% dos pacientes que fizeram maior número de elevações (acima de 80) tinham idade menor que 60 anos. **Conclusões:** O TME2' parece ser uma boa ferramenta para avaliação funcional. O estudo mostra que os pacientes ao terem alta da UCI já possuem redução da capacidade funcional. Ademais, a realização do teste mostrou-se segura. Mais estudos devem ser realizados para validar o TME2' nesse perfil de pacientes e ainda, correlacionar com questionário qualidade de vida.

624

Características Funcionais e Valores da Força Muscular Respiratória Associados à Classificação da IC em Pacientes Acompanhados em uma Clínica de IC

GIULIA BARBOSA AVÓLIO; CHRISTIANE RODRIGUES ALVES; FELIPE CARDOZO MODESTO; LUANA DECCO MARCHESE ANDRADE; SHEILA LIMA ABDALA; MÔNICA MARIA PENA QUINTÃO; EVANDRO TINOCO MESQUITA; SÉRGIO SOARES MARCOS CHERMONT
Universidade Federal Fluminense – UFF – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tem sido considerada um grave problema de saúde pública com elevado desfecho de morbimortalidade, que apresenta um alto índice de disfunções cardiorrespiratórias. A abordagem destes pacientes sob a ótica dos mecanismos da fisiologia do esforço, e da análise do perfil funcional torna-se imperativa para atingir um maior conhecimento nesse âmbito, a respeito desta síndrome. Portanto, conhecer os aspetos funcionais desta população pode contribuir para as tomadas de decisões clínicas no processo de reabilitação desses pacientes. **Objetivo:** Descrever as características funcionais e suas diferenças pela classificação da IC em pacientes acompanhados em uma clínica de IC. **Materiais e Métodos:** Estudo epidemiológico retrospectivo que incluiu 44 indivíduos, de ambos os sexos, com idade 66±9 anos cadastrados no programa de acompanhamento de pacientes de uma clínica de IC de uma Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Os pacientes de modo rotineiro foram submetidos à uma avaliação clínica criteriosa, incluindo testes funcionais específicos, dentre eles a avaliação da força da muscular respiratória (FMR) por meio da manovacuometria com a mensuração da Pressão Inspiratória Máxima (PiMáx) e da Pressão Expiratória Máxima (PeMáx). **Resultados:** A partir de uma análise retrospectiva, foram avaliados 44 indivíduos, 22 homens, idade 66±9 anos. 16 pacientes com ICFEP e 28 com ICFER (36%,64%). A FMR encontrava-se 25% menor no sexo feminino (67.2±34.9) quando comparada ao sexo masculino (90.3±41.4). Tanto mulheres como em homens com ICFEP ambos, apresentaram respectivamente uma PiMáx: 54.4±29.9 e 67±20.1 (70% e 67% do predito). De outro modo, em relação aos pacientes com ICFER a FMR em mulheres apresentou uma PiMáx de 76±35.4 (96% do predito) e em homens com ICFER PiMáx: 101.1±44.2 (99,6%). **Conclusões:** Os resultados preliminares deste presente estudo apresentaram menores valores da PiMáx em ambos os sexos nos pacientes com ICFEP, quando comparados aos de ICFER. Tais dados podem sugerir que pacientes com ICFEP apresentaram tendência à FMR. Portanto, incorporar ao exame funcional a avaliação da PiMáx, poderá acrescentar um importante dado clínico na avaliação da ICFEP para esta população.

745

Associação entre Insuficiência Cardíaca e Função Respiratória em Pacientes com Cardiopatia Chagásica Crônica

CLARA PINTO DINIZ; PATRÍCIO BRAZ DA SILVA; MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO; FERNANDA DE SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES; ANDRÉA SILVESTRE DE SOUSA; FLAVIA MAZZOLI-ROCHA
Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cardiopatia chagásica crônica (CCC) pode acometer cerca de 30% dos indivíduos infectados pelo Trypanosoma cruzi, tanto na fase aguda quanto na forma indeterminada da doença de Chagas. Com a evolução da CCC e presença de insuficiência cardíaca (IC), os indivíduos podem evoluir com declínio da função pulmonar. **Objetivo:** Avaliar a associação entre função respiratória e insuficiência cardíaca em pacientes com CCC. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo observacional, transversal, incluindo 57 pacientes adultos com CCC (estágios A, B1 e C), ambos os sexos, acompanhados regularmente em um ambulatório de referência para doenças infecciosas. Os voluntários foram submetidos à avaliação da função respiratória pela espirometria [capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo da CVF (VEF1), relação VEF1/CVF, fluxo expiratório forçado entre 25% e 75% da CVF (FEF25-75%) e ventilação voluntária máxima (VVM)]. A associação entre função respiratória e IC foi analisada pela regressão linear. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 55 pacientes com mediana de 67 anos (56,3-71,8), maioria homens (54,6%), IMC 26,6 (23.89-30.86) e as comorbidades mais frequentes foram a dislipidemia (49,1%) e a hipertensão arterial sistêmica (41,8%), seguida de obesidade (32,7%), com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 49,0% (33,0-64,0). Em relação ao estágio da CCC, 23,7% estavam no estágio A, 27,3% no estágio B1 e 49,1% no estágio C e 9,1% eram tabagistas. A análise de regressão linear, utilizando a IC como variável dependente ajustada pela idade, mostrou que a IC de origem chagásica associou-se negativamente com os percentuais alcançados dos valores previstos de CVF (B = -19,0; p=0,000), VEF1 (B = -16,3; p=0,021), FEF25-75% (B = -19,6; p=0,014), MVV (B = -16,6; p=0,003). **Conclusões:** Este estudo mostrou que a presença de IC na CCC mostrou estar relacionada à redução de variáveis espirométricas inspiratórias e expiratórias.

772

Tecnologia Wearable e Sistema Cardiovascular: o que Esperar do Futuro?

DEIVISON CORREA AQUINO; LEONARDO MOREIRA ALVES; THIAGO BEYSSAC PEREIRA
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: No campo emergente da saúde digital, os dispositivos vestíveis representam uma fronteira inovadora na monitorização contínua e não invasiva de parâmetros fisiológicos dos pacientes. Essa revolução tem transformado a monitorização e manejo terapêutico de doenças cardíacas. Conhecer o estado atual destes dispositivos e sua aplicabilidade no contexto da medicina cardiovascular irá fornecer uma análise crítica da literatura atual e sua aplicabilidade com um enfoque particular na sua capacidade de monitorar a atividade física e avaliar a função cardíaca dos pacientes com condições crônicas é primordial para o profissional de saúde da atualidade. **Objetivo:** Verificar através de estudos científicos a eficácia destes dispositivos na detecção e monitoramento de condições cardiovasculares. Examinar a integração e a interpretação dos dados gerados por essas tecnologias no fluxo de trabalho clínico, identificar as lacunas na validação clínica e sugerir diretrizes para a sua integração segura e eficaz na prática clínica. **Materiais e Métodos:** Revisão sistemática utilizando dispositivos vestíveis em casos clínicos cardiovasculares em populações específicas com protocolos de validação, precisão e confiabilidade dos dados. Análise de grandes volumes de dados no atendimento clínico com uso de tecnologias emergentes de IA em saúde. **Resultados:** Destaca a capacidade destes dispositivos em fornecer dados de alta qualidade, comparáveis aos monitores tradicionais. Indicam o potencial de fornecer dados valiosos de atividade física e a saúde cardiovascular dos pacientes. Demonstra que o monitoramento contínuo da atividade física pode ser um indicador útil da resposta ao tratamento em algumas doenças e destaca a necessidade de cautela na interpretação dos dados coletados. A falta de validação rigorosa pode levar a decisões clínicas errôneas, e a onipresença desses dispositivos aumenta o risco de sua adoção prematura em decisões médicas e revela que há uma necessidade de diretrizes mais específicas para a validação destes dispositivos em ambientes clínicos. **Conclusões:** Embora estes dispositivos tenham demonstrado um potencial significativo para transformar a prática da cardiologia, é imperativo que a comunidade médica proceda com uma validação rigorosa e uma análise crítica dos dados. A análise sugere que, com a devida validação e integração cuidadosa de dados, os dispositivos vestíveis podem enriquecer o diagnóstico e o tratamento de doenças cardiovasculares e respiratórias, permitindo uma abordagem mais personalizada e proativa na saúde.

860

Avaliação da Taxa de Insuficiência Respiratória no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: um Estudo Prospectivo

DIMAS CURITIBA OREM SANTOS; MARIANA BARCELLOS AVILA; ANA PAULA NUNES CARNEIRO
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A cirurgia cardíaca é um procedimento de grande porte e alta complexidade e pode gerar grandes repercussões orgânicas, como a resposta inflamatória sistêmica, complicações pulmonares e cardiovasculares graves, podendo levar à ventilação mecânica (VM) prolongada e à insuficiência respiratória pós-operatória (IRP). **Objetivo:** Avaliar a taxa de indivíduos que desenvolveram IRP no pós-operatório de cirurgia cardíaca segundo as classificações de risco definidas pelo escore Houston Methodist Postoperative Respiratory Failure (HMPRF). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, unicêntrico, que avaliou a taxa de IRP, pelo escore HMPRF, em pacientes internados na Unidade de Cirurgia Cardíaca de um hospital universitário no Período de setembro de 2023 a janeiro de 2024. **Critérios de inclusão:** Foram incluídos no estudo indivíduos com idade maior que 18 anos, submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, troca valvar, plastia valvar ou a combinação de mais de uma delas, realizada via esternotomia mediana. **Critérios de exclusão:** Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: histórico de imunodeficiência e imunossupressão; transplante de órgãos; histórico de eventos respiratórios ou cardiovasculares graves e necessidade de suporte ventilatório mecânico em até 1 mês antes da internação para cirurgia cardíaca; óbito no intraoperatório. O escore HMPRF é uma ferramenta elaborada para identificar o risco de desenvolvimento de IRP no pós-operatório de cirurgia cardíaca, que foi concebido para ser utilizado no momento da admissão na UTI, com janela preditiva de 48 horas a 30 dias. **Resultados:** Um total de 66 participantes foram incluídos. A taxa de IRP foi de 10,6%, sendo que nenhum indivíduo de baixo risco desenvolveu IRP. A taxa de mortalidade foi maior no grupo de moderado/alto risco comparado com o grupo baixo risco (p< 0,001). Não foi observado diferença no tempo de internação, saturação venosa de oxigênio (SvO2) e lactato sérico nos pacientes que desenvolveram IRP ou entre os grupos de risco. **Conclusões:** Indivíduos classificados como moderado/alto risco segundo o escore HMPRF apresentam maior taxa de IRP e mortalidade. Não houve diferença entre os grupos em relação ao lactato e SvO2.

794

Avaliação da Segurança do Treinamento Físico em Pacientes com Insuficiência Cardíaca em Uso de Terapia Inotrópica

DAIANE DO NASCIMENTO CAMELO; CLARA PINTO DINIZ; CAROLINA NIGRO DI LEONE; JULIANA REGA DE OLIVEIRA; JAQUELINE PEIXOTO LOPES
Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/UERJ – RJ – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) requer intervenção imediata, possível hospitalização e, usualmente, terapia com medicamentos inotrópicos e vasopressores. Sabe-se que a imobilidade prolongada associada à ICD pode prejudicar a função física e favorecer a perda de massa muscular. Entretanto, existe pouca informação disponível sobre a segurança do treinamento físico nesse perfil de pacientes. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de eventos adversos durante o treinamento físico dos pacientes com ICD em uso de terapia inotrópica. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva, com pacientes internados em um hospital universitário no período de junho de 2021 a junho de 2022. As informações foram extraídas do prontuário eletrônico e registradas em uma ficha de coleta para posterior análise. A ocorrência dos eventos adversos foi calculada pela razão entre quantidade de eventos adversos registrados e pelos atendimentos fisioterapêuticos realizados no mesmo período. A relação entre evento adverso e nível de mobilidade com a dose do inotrópico foi testada pelo teste exato de Fisher. Teste de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre os eventos adversos e os sinais vitais. O nível de significância foi estabelecido em p<0,05. **Resultados:** Foram analisados 38 pacientes, com o total de 343 atendimentos. No período foram registrados 20 eventos adversos (5,8%), sendo 5,2% classificados como leves, 0,9% como moderados e nenhuma ocorrência de eventos adversos graves. O evento mais frequente foi a hipotensão, sendo 0,3% dos casos com necessidade de intervenção e 1,7% sem necessidade de intervenção clínica. A maior frequência de eventos adversos aconteceu em pacientes dose alta de inotrópico (p= 0,003). O maior nível de mobilidade pela Escala de Mobilidade em UTI (IMS - Intensive Care Unit Mobility Scale), entre 6 – 10, foi alcançado principalmente nas doses baixa (71,0%) e moderada (56,8%). Com os pacientes em dose alta de inotrópico, observou um paralelo entre o IMS 3 – 5 com (40,20%) e o IMS 6 – 10 (39,3%) com p= 0,002. O nível de IMS apresentou correlação negativa com as doses de noradrenalina (r= - 0,361) e dobutamina (r= - 0,308) durante o atendimento. **Conclusões:** O treinamento físico em pacientes com ICD em uso de inotrópicos pode ser considerado seguro, pela baixa ocorrência de eventos adversos leves e moderados e pela ausência de eventos graves.

25
Nutrição

294

Influência das Variantes Genéticas ADIPOQ-rs182052 e FTO-rs9939609 com Consumo Alimentar, Glicemia e Lipemia em Mulheres Brasileiras com Obesidade

ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBERIO; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; THAIS DA SILVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAS; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A obesidade é uma doença crônica não transmissível que está relacionada à diversas comorbidades, dentre elas o diabetes mellitus tipo 2 e a dislipidemia. Os polimorfismos *ADIPOQ (Adiponectin Gene)* e *FTO (Fat Mass and Obesity Associated)* têm sido relacionados com fenótipos de obesidade e controle glicêmico em adultos. Além disso, poucos estudos investigaram o efeito combinado desses dois polimorfismos, incluindo ingestão alimentar e risco cardiovascular na obesidade. **Objetivo:** Avaliar a influência dos polimorfismos nas suas formas isoladas e combinadas dos genes *ADIPOQ* rs182052 (G>A) e *FTO* rs9939609 (A>T) no consumo alimentar, glicemia e lipemia em mulheres brasileiras com obesidade. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal incluindo mulheres brasileiras com obesidade graus 1 e 2. Após jejum de 12 horas, foi coletada amostra de sangue para a dosagem plasmática de colesterol total, triglicerídeo, LDL-c e glicemia de jejum. A genotipagem foi realizada através de amostra de sangue por PCR em tempo real. Em relação à análise antropométrica, foram verificados o peso, altura e calculado o índice de massa corporal (IMC). O consumo alimentar foi avaliado por meio de registros alimentares de três dias em dias não consecutivos (um dia atípico e dois típicos) analisados por meio do DietProClínico® 6.1. As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS, versão 22.0, considerando p-valor significativo < 0,05. **Resultados:** Foram 45 participantes analisadas, das quais vinte e uma eram portadoras dos dois polimorfismos estudados, dezessete somente no gene *FTO*, três somente no *ADIPOQ* e quatro sem nenhum alelo de risco para estas variantes. As portadoras do polimorfismo no *ADIPOQ* tiveram menores valores de IMC quando comparadas com as sem os dois polimorfismos (p:0,040). Para os demais indicadores analisados não foi encontrada diferença significativa entre os genótipos. **Conclusões:** O estudo aponta que as portadoras ou não dos polimorfismos rs182052 e rs9939609, nas suas formas isoladas e combinadas, não tiveram diferenças no consumo de calorias totais e macronutrientes, na glicemia e lipemia. Entretanto, ressaltamos que mais estudos são necessários.

295

Efeito Combinado e Isolado dos Polimorfismos CLOCK-rs1801260 e ADIPOQ-rs182052 na Lipemia, Resistência à Insulina e Adiposidade Central na Obesidade

JOANA HARTMANN GUIMARÃES; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; THAIS DA SILVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; VIVIAN COIMBRA; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os polimorfismos nos genes *CLOCK* (*Circadian Locomotor Output Cycles Kaput*) e *ADIPOQ* (*adiponectin gene*) têm sido relacionados ao fenótipo de obesidade, assim como em outros fatores que elevam o risco cardiovascular como a resistência à insulina (RI), adiposidade central e a dislipidemia. Entretanto, não há menção da análise combinada destes polimorfismos nestes indicadores em mulheres brasileiras com obesidade. **Objetivo:** Observar a influência dos polimorfismos nas suas formas isoladas e combinadas dos genes *ADIPOQ* rs182052 (G>A) e *CLOCK* rs1801260 (A>G) na RI, lipemia, no perímetro da cintura (PC) e na massa gorda corporal (MGC) em brasileiras com obesidade. **Materiais e Métodos:** Após jejum de 12 horas, foi coletada amostra de sangue para dosagem plasmática de triglicerídeos, colesterol total, LDL-c e glicemia. O HOMA-IR foi calculado. A genotipagem também foi feita mediante amostra de sangue por PCR em tempo real. Foram verificados o peso e a altura para estimativa do índice de massa corporal (IMC), além do PC (ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca). A MGC (%) foi verificada pela bioimpedância elétrica. As análises estatísticas foram conduzidas no SPSS versão 22.0, considerando p-valor <0,05. **Resultados:** Foram incluídas 45 mulheres com obesidade (Graus 1 e 2), das quais doze não apresentavam os alelos de risco para os dois polimorfismos (G1), nove portadoras da variante *CLOCK* (AG+GG) (G2), 18 *ADIPOQ* (GA+AA) (G3) e seis em ambos (G4). As participantes de G1, G2 e G3 apresentaram RI (HOMA-IR >4,65), e todos os grupos elevados valores de LDL-c (>100 mg/dL). G1 apresentou maior MGC (%), quando comparadas com G4 (p=0,015). Da mesma forma, o maior de peso corporal foi encontrado em G1, quando comparadas com G2 (p:0,037), G3 (p:0,035) e G4 (p:0,089). Não houve diferença significativa dos demais indicadores analisados entre genótipos. **Conclusões:** O estudo mostra que mullheres brasileiras com obesidade sem os polimorfismos rs182052 e rs1801260 apresentaram maior peso corporal e MGC, quando comparadas com as portadoras destes polimorfismos na forma isolada ou combinada. Também as mulheres sem o polimorfismo e aquelas com polimorfismo no gene *CLOCK* e *ADIPOQ* mostraram RI. Os genótipos não mostraram influência na na lipemia e na adiposidade central. No entanto, ressaltamos que mais estudos são necessários nesta temática.

Referências Bibliográficas: The World Bank Group, 2019. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge.

296

Polimorfismos ADIPOQ-rs182052 e GHSR-rs572169 na Obesidade: Efeito no Comportamento Alimentar e no Risco Cardiovascular

ERIKA DUARTE GRANGEIRO; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; THAIS DA SIVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAIS; ELIANE LOPES ROSADO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: Os polimorfismos *ADIPOQ* (*Adiponectin Gene*) e *GHSR* (*Growth Hormone Secretagogue Receptor*) estão cada vez mais sendo analisados, uma vez que se relacionam com a obesidade poligênica. Além disso, há relatos destas variantes associadas à alteração no comportamento alimentar e consequente aumento do consumo, do peso e do risco cardiovascular. No entanto, não há menção do efeito combinado desses polimorfismos em mulheres brasileiras com obesidade. **Objetivo:** Investigar o efeito isolado e combinado dos polimorfismos nos genes *ADIPOQ*-rs182052 (G>A) e *GHSR*-rs572169 (C>T) no comportamento alimentar e no risco cardiovascular em mulheres brasileiras com obesidade. **Materiais e Métodos:** Foi um estudo observacional com mulheres adultas que apresentavam obesidade graus 1 e 2. Foi aplicada a Escala de Compulsão Alimentar Periódica e questionado o número de ocasiões alimentares por dia para avaliar o comportamento alimentar. Após o jejum de 12 horas, foi coletada amostra de sangue para a dosagem plasmática do colesterol total, triglicerídeos e LDL-c, glicemia e calculado o HOMA-IR. A genotipagem foi feita através de amostra de sangue por PCR em tempo real. Foram verificados o peso corporal, a altura e estimado o índice de massa corporal e medido o perímetro da cintura (ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca). As análises estatísticas foram realizadas pelo SPSS versão 22.0, considerando significativo o p-valor<0,05. **Resultados:** Do total de 45 participantes com obesidade incluídas no estudo, dezoito não apresentaram os alelos de risco para os dois polimorfismos, três foram portadoras do *GHSR* (CT+TT), dezesseis do *ADIPOQ* (GA+AA) e oito de ambos. As portadoras de ambos polimorfismos mostraram o menor valor de HOMA-IR, comparadas com as portadoras somente do *GHSR* (p:0,026). As portadoras de ambos polimorfismos apresentaram menores valores de CT e LDL-c, quando comparadas com as portadoras somente do polimorfismo no *GHSR* (p:0,035; p:0,031) e somente no *ADIPOQ* (p:0,042; p:0,019). Não foram observadas diferenças nos demais indicadores. **Conclusões:** O estudo mostrou que mulheres brasileiras com obesidade portadoras do polimorfismos rs572169 tiveram maiores valores de HOMA-IR, CT e LDL-c, quando comparadas com aquelas com os dois polimorfismos. Da mesma forma, as portadoras do rs182052 apresentaram maiores valores de CT e LDL-c comparadas com as portadoras de ambos polimorfismos, elevando o risco cardiovascular. Entretanto, não houve diferença no comportamento alimentar entre as participantes.

327

Obesidade e Microbiota Intestinal: Efeito da Qualidade do Sono no Controle Glicêmico, Consumo de Energia Total e na Alfa-Diversidade de Filo e Gênero

LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; THAIS DA SILVA LIMA; VIVIAN COIMBRA; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAIS; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO
Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A qualidade prejudicada do sono tem sido relatada como fator de risco para o ganho de peso corporal, por possivelmente alterar a secreção de hormônios de fome e saciedade elevando o consumo alimentar e desajustes glicêmicos. Ademais, modificação no ritmo circadiano envolvendo mudanças no consumo e no sono podem repercutir na composição da microbiota intestinal (MI), porém são raros os estudos analisando os indicadores supracitados na obesidade. **Objetivo:** Investigar o efeito da qualidade do sono na glicemia, no consumo total de energia e na *alfa*-diversidade da MI de mulheres com obesidade. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo piloto observacional que incluiu mulheres com obesidade graus 1 e 2. Para a análise do sono, foi aplicado o Índice da qualidade do sono de Pittsburgh-PSQI. e classificado como: "bom" de 0 a 4 pontos, "ruim" de 5 a 10 pontos e "distúrbio do sono" >10 pontos. Foi coletada amostra de sangue (jejum de 12 horas) para verificação da glicemia e insulina, posteriormente foi estimado os valores de HOMA-IR e HOMA-beta. O consumo total de energia foi verificado através de registro dietético de três dias (dois dias típicos e um atípico) e calculado pelo *software* DietPro Clínico®6.1. As amostras de fezes foram coletadas com o *kit* contendo um *swab*, frasco coletor e dispositivo para a coleta (*ColOff*). Após, realizou-se a extração de DNA e o sequenciamento do gene 16S rRNA. A análise estatística para verificação dos indicadores de *alfa*-diversidade (Riqueza; PE; H; S; InvS; UnbS) da MI foi conduzida no *software* R versão 4.2.1 e as comparações entre os grupos segundo a qualidade do sono SPSS, versão 22.0, considerando o p<0,05. **Resultados:** Foram dezoito mulheres com obesidade analisadas e destas, cinco apresentaram boa qualidade do sono, enquanto oito qualidade ruim e cinco distúrbio do sono segundo o PSQI. Não foi encontrada diferença significativa entre os indicadores relacionados ao controle glicêmico, consumo total de energia e da *alfa*-diversidade da MI entre os diferentes grupos conforme a qualidade do sono. **Conclusões:** O estudo mostra que a qualidade do sono não interferiu na glicemia, consumo de energia e na *alfa*-diversidade da MI na obesidade. Apesar de haver relatos de que a qualidade ruim e o distúrbio do sono possam afetar os indicadores supracitados, por interferirem na secreção de hormônios de fome e saciedade. O presente estudo traz o *insight* de que as investigações devem ser continuadas incluindo análises da MI.

639

Relação Entre a Fração de Plaquetas Imaturas e Agregação Plaquetária em Indivíduos Portadores de Obesidade

NATÁLIA CARVALHO MARTINS; KASSIANE MACHADO DIAS; RENATA VIEIRA LIMA PINTO; MATHEUS MELO FABIANO; KARYNNE GRUTTER LISBOA LOPES DOS SANTOS; LUIZ GUILHERME KRAEMER DE AGUIAR; MARIANA SIQUEIRA E MEDEIROS; CRISTIANE MATSUURA
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: O perfil pró-trombótico da obesidade é atribuído a diversos fatores, dentre os quais a disfunção plaquetária tem um papel crucial. Estudos prévios, demonstraram que indivíduos obesos apresentam hiperagregabilidade. Plaquetas recém-formadas são mais reativas que as maduras devido ao alto teor de grânulos e contêm RNA residual derivado de megacariócitos e são chamadas de plaquetas reticuladas ou imaturas. Valores mais elevados de fração de plaquetas imaturas (IPF) são observados em obesos e estão associados a uma maior incidência de desfechos cardiovasculares desfavoráveis na doença arterial coronariana e a uma menor responsividade a antiplaquetários em pacientes com síndrome coronariana aguda. **Objetivo:** Sendo assim, o estudo teve como objetivo investigar a relação das plaquetas imaturas na modulação da agregação plaquetária, em indivíduos portadores de obesidade grau III. **Materiais e Métodos:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (CEP/HUPE/UERJ, CAAE 68548123.7.0000.5259). Participaram do estudo homens (n=3) e mulheres (n=10) com idade entre 18 e 45 anos (38,4 ± 10,1) IMC 45,9 ± 5,4 kg/m², selecionados entre pacientes do Serviço de Atendimento Integral ao Portador de Obesidade (SAI-Ob) do HUPE e do staff da UERJ. Foi realizada uma coleta de sangue para estudos de função plaquetária. O PRP (plasma rico em plaquetas) foi obtido por centrifugações sucessivas do sangue coletado em tubo citrato de sódio 3,8%. A agregação foi realizada em um agregômetro óptico usando ADP como agonista (10 μM) (Chronolog 490, Chronolog, EUA). A avaliação hematológica das plaquetas imaturas foi feita no Laboratório Central em sangue coletado em tubos com EDTA por um analisador hematológico automático BC-6200 (Mindray, China). **Resultados:** Neste estudo, foi observado que os indivíduos obesos exibiram hiperagregabilidade plaquetária (85,62% ± 10,84). Apesar de terem demonstrado valores diversificados de IPF (3,6 ± 3,7%), a correlação entre a agregação plaquetária e o IPF foi estatisticamente significativa, conforme indicado pelo coeficiente de correlação de Pearson (r = 0,5770, p<0,0389). **Conclusões:** A partir deste estudo, concluímos que existe uma associação entre o IPF e a hiperagregabilidade plaquetária em indivíduos obesos.

680

Ângulo de Fase e sua Relação com Força de Preensão Manual e Massa Muscular Apendicular em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada

FLÁVIO ANDRADE CAMACHO; LORRANE CRUZ GARCIA MAIA; GABRIELLA VIDAL GONÇALVES; DÉBORA LEITE FERREIRA; MARIA FÁTIMA MARTINS GIL DIAS; ANDRÉ CASARSA MARQUES; RENATA FRAUCHES MEDEIROS; ANDREA CARDOSO MATOS
Hospital Quinta D'Or – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil
Universidade Federal Fluminense – Niterói – Rio de Janeiro – Brasil

Introdução e/ou Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa de alta prevalência clínica. Na literatura, tem sido descrito que a força de preensão manual (FPM) é um forte indicador da capacidade funcional em cardiopatas, os quais apresentam sua redução com o envelhecimento. O Ângulo de fase (AF) é uma variável obtida pela análise de bioimpedância (BIA) e é um indicativo da integridade da membrana celular e da saúde em indivíduos. De modo geral um AF maior está relacionado a um melhor prognóstico e a uma maior força muscular na população em geral. **Objetivo:** Correlacionar o AF com parâmetros de força e quantidade muscular em pacientes internados com IC descompensada. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal com pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, internados por IC descompensada em hospital particular. Foram aferidos, em até 48 horas após admissão hospitalar, massa corporal, estatura, circunferência de panturrilha (CP), AF pela BIA, FPM por dinamometria, calculado o índice de massa corporal (IMC) e a massa muscular apendicular (MMA) pela equação de Yoshida et al. (2014). Foram coletados do prontuário hospitalar dos pacientes os exames bioquímicos de lipidograma e fração de ejeção (FE). Foram utilizados os testes de correlação de Pearson ou Spearman e considerado significativo p<0,05. Os dados foram apresentados como média±desvio-padrão ou mediana (intervalo interquartil). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 82849417.9.0000.5243). **Resultados:** Foram avaliados 82 pacientes com idade de 72±17 anos, sendo 57,3% (n=47) do sexo masculino. O grupo apresentou colesterol total de 137,3±38,0 mg/dL, triglicerídeos de 89,0 (73,0-148,0) mg/dL, HDL 37,0 (31,0-45,0) mg/dL e LDL 74,0 (58,5-93,2) mg/dL, FE de 44,4±18,2%, IMC=29,3±7,0kg/m², FPM=24,0±12,3kgf, CP=36,0±6,0cm, MMA=26,0±7,7kg, e o AF de 5,5 (1,9)°. Na análise de correlação com o AF, os resultados foram para FPM: r=0,455, p<0,0001 e IC95%[0,255; 0,617], MMA: r=0,338, p=0,0019 e IC95%[0,124; 0,522], e para CP: r=0,299, p=0,0093 e IC95%[0,070; 0,497]. **Conclusões:** Os achados destacam o potencial clínico do AF, medido pela análise de BIA, como um indicador de maior risco de comprometimento da função e quantidade muscular dos pacientes internados com IC descompensada, e consequentemente, pior prognóstico. O AF apresentou-se como um método de avaliação mais prático e rápido, permitindo uma possível triagem na prática clínica.

Referências Bibliográficas: 1-Doi:10.9771/cmbio.v22i1.52996. 2-Doi:10.1016/j.nut.2023.112163. 3-Doi:10.3791/65660. 4-Doi:10.1111/ggi.12177.

Índices dos Trabalhos por Área e por Autor

ÍNDICE DOS TRABALHOS POR ÁREA

1 -Arritmias, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia 1

252
Morte Súbita Abortada em Menina de 12 Anos – Uma Manifestação Rara de uma Doença Comum 2
MARINA MARINS; IARA ATIÉ; WILLIAM SOUZA; PEDRO TZIRULNIK; JAVIER PINTO; YASMIN ARAUJO; HERICA MACHADO; ADRIANA INNOCENZI

254
Flutter Atrial Típico em Criança sem Cardiopatia Estrutural 2
MARINA MARINS; IARA ATIÉ; WILLIAM SOUZA; PEDRO TZIRULNIK; JAVIER PINTO; HERICA MACHADO; ADRIANA INNOCENZI; YASMIN ARAUJO

256
Perda Súbita de Consciência em Adolescente com Pausa Sinusal e Bloqueio Atrioventricular 2
DANIELA CAPUTI; CARLOS FILIPE PIMENTA; SABRINA BARBOSA PACHECO; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSE XAVIER LOPEZ ROSAS; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

269
Múltiplas Vias Acessórias em Criança com Apresentação Grave de Wolff-Parkinson-White 2
PEDRO CUNHA TZIRULNIK; IARA ATIE; WILLIAM SOUZA; MARINA MARTINS; JAVIER PINTO

410
Arritmias no Esforço tem Maiores Diâmetros do Ventrículo Esquerdo em Pacientes com Fração de Ejeção Normal 3
PEDRO HENRIQUE RAPOSO COELHO; EDUARDO WILNES; MARCUS VINICIUS GROSS; JULIANA CRUZ BRUM; LEONARDO SANTOS PEREIRA; EDUARDO BARBOSA LIMA; BRUNO WILNES; ANDERSON WILNES SIMAS PEREIRA

460
Fibrilação Atrial Aguda como Apresentação Inicial de Hashitoxicose: um Relato de Caso 3
CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; MARIA PAULA MICELI PORTHUN; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; JEFERSON FREIXO GUEDES

560
Além dos Limites: Explorando o Potencial do Estudo Eletrofisiológico em Paradas Cardiorrespiratórias Extra Hospitalares. Relato de um Caso Emblemático 3
JOSE XAVIER LÒPEZ; LEIVY ZUCKET CYTRYN; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO; DANIELA CAPUTI; SABRINA BARBOSA PACHECO

585
Relato de Caso: Implante de Monitor Cardíaco e Ablação por Cateter na Detecção e Tratamento de Fibrilação Atrial Paroxística Subclínica 3
RODRIGO ELIAS DA COSTA; ANA INÊS BRONCHTEIN; SERGIO BRONCHTEIN; ANDREA BRUNO; EDUARDO WAJNBERG

603
Síncope em Paciente com Estenose Aórtica 4
GIULIA FACINA CARVALHO DE LEMOS; JULIANNY FREITAS RAFAEL

608
Taquicardiomiopatia *Pós Holiday Heart Syndrome*: um Relato de Caso 4
MARCOS MORAIS DE MEIS; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; RENATO DE MEIS DIAS COSTA; PEDRO MORAIS DE MEIS; SEBASTIANA BESSA PORTO; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA

616
Fibroelastoma da Válvula Pulmonar Identificado pelo Ecocardiograma Intracardíaco 4
CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO; GUSTAVO VIGNOLI SANTOS; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; LUCAS CARVALHO DIAS; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA

621
Relato de Caso: Terapia de Ressincronização Cardíaca em Paciente Portadora de Veia Cava Esquerda Persistente 4
RODRIGO ELIAS DA COSTA; ANA INES BRONCHTEIN; SERGIO BRONCHTEIN

676
Uso do Dispositivo Zero-Gravity em Implante de Marcapassos para Estimulação do Sistema de Condução. Compensando Exposição com Proteção 5
CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR; GUSTAVO VIGNOLI SANTOS; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; LUCAS CARVALHO DIAS; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA

730
Fibrilação Atrial Pré-Excitada: Diretrizes para o Generalista 5
RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; CAMILLA ROSARIO CHIORINO; MARCELA USBERTI GUTIERRE

742
Combinação de Marcapasso sem Eletrodo e Cardioversor Desfibrilador em Paciente com Endocardite Infecciosa de Difícil Tratamento 5
GUSTAVO VIGNOLI DOS SANTOS; JESSICA ARAUJO; CHARLES SLATER; LUIZ ANTONIO INACIO DE OLIVEIRA JUNIOR; NATALIA DA SILVA PAIS; EDUARDO BENCHIMOL SAAD

809
Crioablação de Taquicardia Atrial Parahisiana em Mulher Jovem 5
TAYENE ALBANO QUINTELLA; NILSON ARAUJO OLIVEIRA JR; RAFAEL AUGUSTO LETHIER RANGEL; CLAUDIO MUNHOZ DA FONTOURA TAVARES; OLGA FERREIRA DE SOUZA; MARTHA VALERIA PINHEIRO; LEONARDO REZENDE SIQUEIRA; RODRIGO PERIQUITO COSENZA

820
Síncope Convulsiva como Apresentação Atípica de BAVt Paroxístico 6
DANIELA PIRES DE CASTRO MIRANDA; ROBERTA PEREIRA DA SILVA; SERGIO BRONCHTEIN; ANA INÊS COSTA BRONCHTEIN; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

851
Impacto na Diminuição do Tempo de Transferência do Paciente com IAMCSST Via Aéreo para o Hospital Especializado em Cardiologia 6
RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; ANA FLÁVIA NUNES ARAUJO; SANDRA MARCIA FRAGAS; MARCELA USBETI GUTIERREZ; CAMILLA ROSARIO CHIORINO

854
Relação entre Infarto Agudo do Miocárdio, Hiperglicemia e Acidose 6
MARCELA USBERTI GUTIERRE; THAÍS MARIA ZAHER ZAHER; LILIAN CAVALHEIRO ALMEIDA; RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA

855
Interlocução entre o Protocolo de Dor Torácica e do AVC em uma UPA Localizada em uma Praia Distante do Sul do Brasil 6
ANA FLAVIA NUES DE ARAUJ; SANDRA MARCIA FRAGAS; MARCELA USBETI GUTIERREZ; RODRIGO OLYNTHO ALMEIDA; CAMILLA CHIORINO ROSARIO

2 - Aterosclerose, Dislipidemia e Fatores de Risco CV 7

510
Como a Mídia de Massa tem Divulgado o Cigarro Eletrônico? Análise do Conteúdo de Reportagens ao Longo de 2022 a 2024 8
LARISSA LOUROS PEREIRA; GABRIELA GUELBER MAGRANI; GABRIELA ARAKAKI FARIA; LÍVIA QUINTELLA BAPTISTA; ISABELA GAUDENCIO SANTOS; GIOVANA LUISA MOREIRA LIMA; CAROLINA BARROS FERREIRA COSTA; EVANDRO TINOCO

522
Risco Cardiovascular em Portadores de Doença Hepática Gordurosa Metabólica 8
PEDRO MIGUEL MATTOS NOGUEIRA; BRENO CORRÊA VIEIRA; ANA CAROLINA CARDOSO; CARLOS EDUARDO MARQUES; NATHALIE CARVALHO LEITE; CRISTIANE ALVES VILLELA-NOGUEIRA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

528
Avaliação de Medidas Antropométricas, Glicemia Capilar e Flexibilidade em Jovens Universitários: Estudo Transversal Descritivo 8
FÁBIO AUGUSTO D´ALEGRIA TUZA; PAULO HENRIQUE DE MOURA; ELAINE APARECIDA PEDROZO AZEVÊDO; AMANDA VIEIRA MOREIRA; ISABELLE GODINHO TUZA; KAREN FREITAS DE FARIA; WANDERSON ALVES RIBEIRO; ADALGIZA MAFRA MORENO

532
O que Dizem Google, Chat GPT e LuzIA sobre Cigarro Eletrônico e Risco Cardiovascular? Análise da Qualidade da Informação Disponível à População Leiga 8
ANTONIO FERREIRA PENA MACIEL; GABRIELA ARAKAKI FARIA; LÍVIA QUINTELLA BAPTISTA; MARIANA MARIAH IDALGO DA COSTA; MARIA CLARA CARLOS NUNES; FLÁVIA TAVARES DE SOUZA; CAROLINA BARROS FERREIRA DA COSTA; EVANDRO TINOCO

555
Impacto da Vulnerabilidade Social nas Taxas de Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração e Doença Cerebrovascular no Brasil entre 2000 e 2021 9
MARIA JULIA JURKOVICH; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIANA BALBI PACHECO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

605
Análise Comparativa da Mortalidade por Complicações Cardíacas em Pacientes Diabéticos no Rio de Janeiro e no Brasil: de 2006 a 2022 9
WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI; GABRIEL CANHOTO LIMA; BRENER RAAD PEREIRA; FERNANDA GARCIA MELO; MARIA LÚCIA SOUZA MENDONÇA; HUGO MATHEUS SILVESTRE VIANNA

614
Aterosclerose no Estado do Rio de Janeiro, uma Análise Descritiva 9
WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; FELIPPE GUSTAVO DA COSTA MANHÃES SIQUEIRA; EDUARDO MOREIRA DOS SANTOS; GABRIEL DE MORAES MANGAS; LINIKER RAFAEL DE SIQUEIRA; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI

700
Transtorno Dismórfico Corporal e Índice de Massa Corporal em Jovens 9
IVAN LUCAS DOS ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

752
Relação dos Sintomas Comuns de Ansiedade entre Jovens com Índice de Massa Corporal 10
IVAN LUCAS ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

754
Sintomas Depressivos e sua Relação com Índice de Massa Corpórea em Estudantes de Medicina 10
IVAN LUCAS PICONE ANJOS; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

756
A Dieta da Cantina Escolar está Associada aos Níveis Tensionais e IMC dos Escolares? 10
LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; MYLLENA GIACOMO MONTEIRO DIAS; MYLLENA GIACOMO MONTEIRO DIAS; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

757
Obesidade Infantil e sua Relação com a Análise da Velocidade de Onda de Pulso 10
LAIS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES

3 - Cardiologia Clínica 11

28
Estratégia de Reperfusão no Infarto do Miocárdio: Associação entre Tempo Dependente do Sistema de Saúde e Insucesso do Procedimento e Óbito 12
DINALDO C. OLIVEIRA; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; DINALDO C. OLIVEIRA JR.; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS

36
TINOCA X MINOCA: Eis a Questão! 12
CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; VINICIUS HENRIQUE SILVA; JORGE HENRIQUE PAITER NASCIMENTO; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MARCO ANTONIO DE MATTOS

41
Houve Associação entre a Segunda Fase da Pandemia de COVID 19 e Maior Mortalidade em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio? 12
CAROLINA G. C. OLIVEIRA; DINALDO C. OLIVEIRA JR.; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA

213
Cardiomiopatia Hipertrófica com Variante Patogênica na Região Conversora do Gene MYH7: Relato de Caso e Desfecho Terapêutico 12
MAUREEN MEIRA VIEIRA SOARES; ANA LUIZA SALLES; FELIPE ALBUQUERQUE; PEDRO SPINETI; RICARDO MOURILHE-ROCHA; MARCELO I BITTENCOURT

215
Fator de Diferenciação de Crescimento 15 (GDF-15) na Predição de Eventos em Pacientes com Fibrilação Atrial 13
ANGELO MICHELE DI CANDIA; DIANE XAVIER D'AVILA; GUSTAVO RODOLFO MOREIRA; VICTORIA DEPES SCARAMUSSA; HUMBERTO VILLACORTA

238
Síncope Vaso Vagal em Pacientes Adultos com Síndrome de Down – Análise da Pressão Arterial Central 13
ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; VANESSA RODRIGUES DE SOUZA; STELAMARIS FERNANDA QUEIROZ ALVES; NEILA ANDERS AIDAR

255
Envelhecimento Vascular na Síndrome de Down – Análise de Variáves Laboratoriais e de Imagem 13
ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; LUCIANA BARTOLOMEI ORRU D´AVILA; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO

268
Associações Clínicas da Bendopneia em uma Coorte de Pacientes com Infecção Prévia por COVID-19 13
MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA SCHITTINE BEZERRA; ALICE RAMOS SILVA; NATALIA FONSECA DO ROSÁRIO; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIRAS FILHO; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

280
Análise da Variação dos Sinais e Sintomas Durante o Seguimento Cardiológico de 6 Meses numa Coorte de Pacientes Sobreviventes de COVID-19ID 14
RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHETTINE; CAMILA NASCIMENTO; MARCIO ROGÉRIO FIGUEIRAS FILHO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; JOCEMIR LUGON; NATALIA ROSÁRIO; MARCIO ROGÉRIO MORAES DE CRAVALHO

282
Prevalência de Queixa de Palpitação em Coorte de Sobreviventes de COVID-19 Atendidos em um Hospital Universitário 14
MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIREDO FIGUEIRAS FILHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA LOMBA; ALICE RAMOS SILVA; NATALIA FONSECA DO ROSÁRIO; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

311
Decisão da Trombólise no TEP: Quando Indicar? 14
THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA ROCHA FREITAS VIEITAS; DANIELA BELSITO SANGIOVANNI; WILIAN MENEGUCI OLIVEIRA; HUGO ANDRADE SANTOS

312
A Importância do Julgamento Clínico Mediante a Divergência de Exames Complementares na Oclusão Arterial em Paciente Cardiopata: um Relato de Caso 14
MILENA DA COSTA CRUZ; PAMELA XAVIER ABELHA CORREA; STELLA CASAGRANDE MAZIOLI; RAPHAEL ANTHERO DE MIRANDA TEIXEIRA

331
Síncope como Apresentação Inicial de Tromboembolismo Pulmonar Submaciço na Emergência. Relato de Dois Casos 15
ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; MARIA PAULA MICELI PORTHUN; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; JEFERSON FREIXO GUEDES

332
Associação da Resistência à Insulina com Hemodinâmica Central, Rigidez Arterial e Biomarcadores Metabólicos em Pacientes com Obesidade Não-Diabéticos 15
CAROLINE LYRA MOREIRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO DA CUNHA; WILLE OIGMAN; MARIO FRITSCH NEVES

336
Endocardite Infecciosa em Paciente Dialitico: Relato de Caso com Desfecho Desfavorável 15
ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; VICTOR RABELO ARAUJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES

337
Utilização do InterTak Escore para Avaliação Diagnóstica de Cardiomiopatia Catecolaminérgica. Relato de Dois Casos 15
MARIA PAULA MICELI PORTHUN; ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON; DANIEL ALVES NUNES DE PINHO FREITAS; LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO; MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA; CAROLINA FLECK DOS REIS LARA; MARIA EDUARDA KOELER GARCIA; JEFERSON FREIXO GUEDES

369
Miocardite Pós-Viral Simulando Síndrome Coronariana Aguda em Paciente com História Familiar Positiva 16
DANIEL MOREIRA DA COSTA LEITE; LARA DE MOURA LEITE; ANDREA TAVARES DE ALENCAR; CRISTINA MARIA SOUSA DE ALMEIDA; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

381
Pericardite Constritiva: Desafios Diagnósticos de uma Antiga Doença 16
FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; CAROLINA LACERDA RODRIGUES; CAIO SILVA LOPES; FELIPE RAMON MENEZES DA SILVA; JULIA GOMES MATTA; MANUELLA SANTOS DE REZENDE; JOHNATAN FELIPE FERREIRA DA CONCEIÇÃO; DANTON MACHADO DA CUNHA

396
Síndrome Coronariana Aguda e Falha de Acesso para Realizaçao de CAT: Relato de Caso 16
VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; GABRIELLE ASSUMPÇÃO; ELLEN BRAGA; FÁBIO FREITAS; ORCEDY SOARES; STÉPHANNIE FREITAS; BRUNA FIALHO

416
Hipertensão e Pressão Arterial Elevada: Importância do Rastreio na População Infantojuvenil 16
LAIS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; CAMILA CAROLINA VALERO GUANDALINI; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES

424
Velocidade de Onda de Pulso como Ferramenta Preventiva na Detecção de Hipertensão Arterial na População Infantojuvenil 17
LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; RAYANNE QUEIROZ RIBEIRO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES

427
O Potencial Anti-Inflamatório da Colchicina em Doenças Coronarianas: uma Revisão Bibliográfica 17
LAÍS DE SOUZA RODRIGUES; PEDRO IVY VENÂNCIO CAMARA ESTEVES; ARTHUR SOARES PASSOS; NATHAN VALIM RODRIGUES; LUIZ EDUARDO FERREIRA MAZZANTI; IVANA BORGES PICONE DE ARAGÃO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES

432
IC Associado a FAARV Devido Crise Tireotóxica 17
BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; RENATO KAUFMAN; ANDRE CASARSA MARQUES; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; MÔNICA LUIZA ALCANTARA

438
Semaglutida e os Desfechos de Arritmia: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise da Avaliação sobre a sua Eficácia e Segurança Cardiovascular 17
CLAUDIA FELIX FERREIRA DE CARVALHO; THAIS SOUSA LACERDA RIBEIRO; ALEXANDRA REZENDE ALVES SANTOS

475
Isquemia Medular Aguda após Tratamento de Dissecção Aórtica: uma Emergência Médica 18
LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; MARCELO MACHADO MELO; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; JULIA HENRIQUE COSTA; ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA; RENATO MACIEL DE ARANTES; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; BIANCA BRENNA MONTEZ

515
Pericardite Recorrente Dependente de Corticoide na Doença de Still do Adulto – Estratégia com o Uso do Inibidor IL-6 18
JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; GABRIEL DE MORAES MANGAS; GIOVANNA JURCUNAS DE OLIVEIRA GAETA; BRUNO JOSÉ DE SOUZA BELO EVANGELISTA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; ADOLPHO XAVIER DE CARVALHO FILHO

516
Fibrossarcoma Mixoide Atrial como Causa de Dispneia Cardíaca e Insuficiência Cardíaca 18
JOSE XAVIER LÓPEZ; EMMANUELLA LEAL; SABRINA BARBOSA PACHECO; DANIELA CAPUTI; CARLOS FELIPE PIMENTA; RAYLA SENRA DE PAIVA; CAIO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

525
Endocardite Infecciosa de Válvula Nativa por Granulicatella sp: um Germe Tipicamente Raro 18
ROGERIO SANTAREM DE SALES PEREIRA JUNIOR; MARIZE BITTAR MOREIRA DA SILVA; BÁRBARA MARIZ FERREIRA PASSOS; LUIZ FELIPE DE ABREU GUIMARÃES; CLAUDIO QUERIDO FORTES; MARIA BEATRIZ CORRÊA DE MELLO ALTSCHULLER; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

546
Síndrome de Münchausen: uma Realidade ainda Negligenciada 19
JOSIANE RODRIGUES NUNES; LUCIANA FUMIAN BRASIL; PEDRO IVO FONSECA PAULA; MARCIO PEREIRA DA SILVA JUNIOR; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; GEORGIA PIREDDA FERNANDES SUHETT; ANNA CAROLINA PEREIRA MARES GUIA MACHADO; RENATA VAILLANT FONTE BOA

548
Terapia Ponte com Tirofiban para Trova Valvar Aórtica após Angioplastia Coronariana 19
FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; ROBERTO ESPORCATTE; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI

579
Dissecção Aórtica Tipo A de Stanford com Manifestação Atípica: Abordagem Desafiadora no Hospital Estadual Alberto Torres 19
LUANNY DE SOUZA SANTOS; JULIANA PRADO DE SOUZA; HANS BOSSAN COTRIM; KAREN SAYURI LOUVAIN DE AZEVEDO; MILENA DA ROCHA DE ANDRADE; TATIANE PERES MACHADO; WELLINGTON DOS SANTOS MADEIRA; TATIANA ERTHAL DE ABREU

583
Tamponamento Cardíaco em Paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Histoplasmose Pulmonar – Relato de Caso 19
NATHÁLIA SALIM SAUD; JOÃO PEDRO VAZ DE LIMA; RAFAEL FERREIRA LUCIANO; VITOR DERIQUEHEM; KARINA SALIM SAUD

590
Toxidade Pulmonar por Amiodarona: Relato de Caso 20
GIULIA DUQUE ESTRADA; MONICA AMORIM DE OLIVEIRA

592
Desafios e Avanços: um Caso Clínico de Morte Encefálica e Doação de Órgãos no Hospital Estadual Alberto Torres 20
JULIANA PRADO DE SOUZA; HANS BOSSAN COTRIM; MONIQUE VIEIRA DE REZENDE SALES; DORYS FERREIRA BARRETO ALEXIM; THAYANNI SANTOS PESSANHA PANISSET; MILENA DA ROCHA DE ANDRADE; TATIANE PERES MACHADO; TATIANA ERTHAL DE ABREU

645
Associação do Grau de Acometimento Pulmonar Observado na TC de Tórax em Pacientes com COVID-19 com a Ocorrência de Injúria Miocárdica 20
LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

646
Impacto das Comorbidades Cardiovasculares na Mortalidade Aguda em Pacientes Internados com COVID-19 20
CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

652
Dor Torácica Típica e Angina Microvascular 21
NATHALIA DUARTE CAMISÃO; RENATA MEXIAS ABDALA FELIX; ANNA KARLA DE SOUZA AMARAL ALONSO; MARIANA MORENO CANARIO DA SILVA; NATALIA DOMINGUES PAES LEME DE SOUZA; MIGUEL ANGELO RIBEIRO; ANDRE PAZOS TEIXEIRA

653
Situação Atual da Pesquisa Latino-Americana sobre Doenças Pericárdicas: uma Análise Bibliométrica de Artigos da Biblioteca Virtual em Saúde 21
GABRIEL DE MORAES MANGAS; JOSE GREGÓRIO VALERO RODRIGUEZ; PAOLLA MARINHO CONTILDES; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; WENDER EMILIANO SOARES; ADOLPHO XAVIER DE CARVALHO FILHO; EVANDRO TINOCO MESQUITA

668
Trunfo Cardíaco: um Estudo Metodológico 21
MÁRIO ARTHUR RODRIGUES LARANJA; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA; CELINE LACERDA DE ABREU SOARES; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

673
Avaliação da Hemodinâmica Central e do Sistema Nervoso Autônomo em Indivíduos Normotensos com História Familiar de Hipertensão 21
LAURA PREVITALI MORISSON; RAFAELA BRUM VELOSO DANTAS; CAROLINE LYRA MOREIRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO DA CUNHA; MARIO FRITSCH NEVES

675
Evolução IAMCSST e a Importância da Reabilitação Cardíaca – Relato de Caso 22
NATHALIA DUARTE CAMISÃO; ANDRÉ PAZOS TEIXEIRA; RENATA MEXIAS ABDALA FELIX; ANNA KARLA DE SOUZA AMARAL ALONSO; GABRIEL OTÁVIO DE MOURA MORAES; MIGUEL ANGELO RIBEIRO; NATALIA DOMINGUES PAES LEME DE SOUZA; DANIELE GUEDES ALLAN

679
Necrose da Gordura Epipericardica como Diagnóstico Diferencial de Dor Torácica 22
SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIRO FILHO; RAFAEL VILANOVA LIMA; MARCIA ALMEIDA LOPES PICANÇO; DANIEL GAMA NEVES; DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; EVANDRO TINOCO MESQUITA; MARIANA ANDRADE GUEDES

682
Impacto da Mortalidade na Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) em Pacientes com COVID-19 22
LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

702
A Eficácia e Segurança do Tenecteplase Versus Alteplase para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise 22
LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; MATHEUS HENRIQUE GONÇALVES SOUZA; MARIANA BALBI; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; MARIA JULIA JURKOVICH; BRUNO FERRAZ

705
Perfil Clínico e Prognóstico dos Pacientes Idosos com Insuficiência Cardíaca Aguda com Fração de Ejeção Reduzida, Levemente Reduzida e Preservada 23
MARCELO WESTERLUND MONTERA; LOUISE FREIRE; ANA DUTRA AMARAL; FABIOLA TRAVERSO; ANDRE VOLSCHAN

706
Miopericardite como Apresentação Isolada de Febre Reumática em Paciente Jovem sem Acometimento Valvar 23
SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIROS FILHO; RAFAEL VILANOVA LIMA; DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; EVANDRO TINOCO MESQUITA

707
Perfil Clínico dos Pacientes com Takotsubo que Evoluíram com Choque Cardiogênico: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R) 23
MARCELO WESTERLUND MONTERA; FABIO FERNANDES; LOUISE FREIRE; PEDRO GABRIEL MELO BARROS; ADRIANO MENDES CAIXETA; BERNARDO ABREU; DANIELLI OLIVEIRA COSTA LINO; VICTOR SALVATORE BARZILAI

731
Embolia Pulmonar e Paradoxal na Vigência de Forame Oval Patente: um Relato de Caso 23
DANIEL ANTONIO CAETANO SÓ; CAROLINE HENRIQUES DE MATTOS; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; PEDRO PAULO NOGUÈRÉS SAMPAIO; IAN FERREIRA PILDERWASSER; JOSÉ ARY BOECHAT SALLES; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

734
Prevalência de Miocardite Pós-COVID-19: uma Revisão de Escopo 24
MARCELO MACIEL

735
Perfil Epidemiológico, Clinico e Evolutivo da Takotsubo no Brasil: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R) 24
MARCELO WESTERLUND MONTERA; FABIO FERNANDES; ADRIANO MENDES CAIXETA; VERA MARIA COURY SALEMI; PEDRO GABRIEL MELO BARROS; GUSTAVO DUQUE; MARCUS VINICIUS SIMÕES

737
Mortalidade Intra-Hospitalar dos Pacientes com Takotsubo: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R) 24
MARCELO WSETERLUND MONTERA; FABIO FERNADES; MARCUS SIMÕES; BERNARDO NOYA ABREU; LOUISE FREIRE; WOLNEY MARTINS; JOSE RIBAMAR COSTA JUNIOR; LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA

738
Estenose Aórtica e Insuficiência Mitral Graves em Pacientes de Alto Risco: o Que Fazer? 24
ALICE GARCIA VIEGA SANTOS; MARCELO WETERLUNND MONTERA; LUIZ ANTONIO CARVALHO; ARNALDO RABISCHOFFSKY; LUIS ANTONIO ALMEIDA CAMPOS; ANDRE VOLSCHAN

759
Embolia Pulmonar com Rápida Resolução com Uso de rt-PA Intra-Arterial 25
ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA, LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO, SAMARA QUARESMA BARROSO, LUIS FELIPE CAMILLIS SANTOS, WILMA FELIX GOLEBIOVSKI, CLARA WEKSLER e MAYSA RAMOS VILELA

764
Insuficiência Cardíaca em Apresentação Não Usual 25
JULIA HENRIQUE COSTA; JULIA HENRIQUE COSTA; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; TATHIANA FONTES FERREIRA BALTHAZAR; TATHIANA FONTES FERREIRA BALTHAZAR; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; RENATO MACIEL DE ARANTES; RENATO MACIEL DE ARANTES; BARBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; BARBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; LUIS HENRIQUE CARVALHO SA; LUIS HENRIQUE CARVALHO SA; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO

779
Tromboembolismo Pulmonar em Jovem Tabagista de Cigarro Eletrônico com Perna Imobilizada 25
DEBORAH LUZ DINIZ MARTINS; ALESSANDRA RODRIGUES DA SILVA; MARCIA DE ALMEIDA LOPES PICANÇO; MARIANA DE ANDRADE GUEDES; ANNA MARIA AMARAL DE OLIVEIRA; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; MATHEUS DE CARVALHO MULLER; VICTOR MENEZES DA CUNHA MOUTINHO

786
Embolia Paradoxal com AVE Isquêmico em Paciente Jovem – Relato de Caso 25
CLARICE DE CASTRO CARVALHO; SÁVIO ALVES MANCEBO AZANHAS; CAMILA BESSA GUILHERME; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; CLAUDIA CORREIA GORINI

802
Resposta Cardiovascuar ao Exercício de Prensão da Mão em Homens e Mulheres Jovens Recuperados da COVID-19 26
ROBERTO DE SOUZA; HELENA MIGUENS ROCHA; BEATRIZ DIVINO; NATALIA GALITO ROCHA; ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA; ELIZA PRODEL COELHO

819
Tratamento Percutâneo de Má Formação Congênita do Ducto Torácico em Jovem Atleta com Quilopericárdio: um Relato de Caso 26
ELLEN ELIZABETH MACEDO BARROSO; MARCELE DA COSTA QUESADA MANÇANO; VICENTE . RAMOS; RAFAEL BRAZ LEVIGARD; RENAN CABRAL CEVAROLLI; ANDRESSA LEAL GONÇALVES; BRUNO PORTAVALES CASARI; DAVID BARROSO AMAR

830
Dor Torácica Recorrente em Mulher Jovem 26
SYLVIA MANHÃES PIRES VASCONCELOS; ALEXANDRE NUNES MARREIROS FILHO; MARCIA ALMEIDA LOPES PICANÇO; RAFAEL VILANOVA LIMA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; ANNA MARIA AMARAL OLIVEIRA; MARIANA ANDRADE GUEDES; MATHEUS CARVALHO MULLER

841
Desafios Clínicos da Gestação após Tratamento de Miopericardite e Embolização Percutânea do Ducto Torácico: um Relato de Caso 26
ELLEN ELIZABETH MACEDO BARROSO; MARCELE DA COSTA QUESADA MANÇANO; ANA PAULA COSTA FILIPPE KAMHAJI; MARACHEILA PRATES PAGE DRUMOND; RENAN CABRAL CEVAROLLI; ANDRESSA LEAL GONÇALVES; BRUNO PORTAVALES CASARI; DAVID BARROSO AMAR

845
A Influência dos Determinantes Sociais e Políticas Públicas na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil (1980-2019) 27
LUAN LIMA CAVALCANTE VILAÇA; LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIA JULIA JURKOVICH; MARIANA BALBI PACHECO; PAOLO BLANCO VILLELA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

4 - Cardiologia da Mulher 28

409
Internações por Insuficiência Cardíaca em Mulheres no Brasil nos Últimos 5 Anos 29
ANA CAROLINA PIRES DE AZEVEDO; ANA BEATRIZ DE ALMEIDA TEIXEIRA; JADY OLIVEIRA BALBINO E CASTRO; MAHENDRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO; MANASSÉS RODRIGUES SILVA; MILENA DE OLIVEIRA PEREIRA; VANESSA DE ALMEIDA SOARES; ALICE MELO BIANCHINI RICHA STORK

502
Avaliação de Dispnéia em Gestante na Urgência e o Uso de Scores de Predição Combinado com USG a Beira Leito para Tomada de Decisão – Relato de Caso 29
NATHALIA SUZAN CAMARÃO SILVA MARTINS; NATHALIA STEPHAN PADILHA; FLAVIA BATTISTUZ; GABRIELA DE SOUZA FARIAS BRANDÃO; JOÃO BATISTA DE ALMEIDA JUNIOR; MARIA CANDIDA OLIVEIRA DE ARRUDA; VINICIUS MATEUS CAMARÃO ORTIZ; LOUISE MANCUZO DUARTE FERREIRA

581
Disparidades de Gênero nos Casos de Infarto Agudo do Miocárdio: Análise Demográfica e Implicações Regionais no Estado do Rio de Janeiro 29
JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; WENDER EMILIANO SOARES; ROGÉRIO MARTINS OLIVEIRA; VINICIUS RAMOS OLIVEIRA; AMANDA MARIA SOUSA FELIX; LARA FAZOL COUTO; ANA CAROLINA GARCIA GIORI; ADRIANA MUNFORD LIMA PIMENTEL

660
Cardiomiopatia Periparto em Jovem Após Aborto: um Relato de Caso 29
BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES

701
A Influência dos Determinantes Sociais e Políticas Públicas na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil (1980-2019) 30
ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES

743
Miopericardite em Puérpera como Manifestação Inicial de Lúpus Eritematoso Sistêmico 30
CLARISSA THIERS; BRUNO RUBSTEIN; RAQUEL OLIVEIRA SANTOS; PAULA VANESSA DE OLIVEIRA; GABRIEL DE MATTOS TREIGER; FERNANDA RODRIGUES; ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO SERPA

5 - Cardiologia Intervencionista 31

370
Implante Percutâneo de Prótese Biológica Aórtica para Tratamento de Disfunção Aguda de Prótese Mitral: um Relato de Caso 32
AUGUSTO DAS NEVES AZEVEDO; PEDRO PAULO NOGUÈRES; FREDERICO RUZANY; RICARDO CRESPO CORVISIER; RICARDO MIGUEL GOMES CARVALHO FRANCISCO; SALOMON ISRAEL DO AMARAL; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

378
Valve-in-Valve Aórtico em Paciente com Falência Latrogênica Precoce de Bioprótese Cirúrgica 32
THALES CARDOSO WHATELY; FELIPE MAIA; MAURICIO OLIVEIRA; JOSE FABIO ALMIRO; TARCISIO PASCOAL; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; MONICA ALCÂNTARA; ANDRE CASARSA

405
Desafio Diagnóstico Durante Implante Percutâneo de Válvula Aórtica 32
BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES

413
Performance de Válvulas Transcateter em Mundo Real 32
BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES

428
Insuficiência Aórtica Aguda Grave em Pós Implante Imediato de Prótese Transcateter 33
BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES

431
Oclusão Percutânea de Fístula Aorta-Atrio Esquerdo Adquirida Pós Cirurgia de Troca Valvar Aórtica 33
CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; FELIPE MAIA; MAURICIO OLIVEIRA; JOSE FABIO ALMIRO; TARCISIO PASCOAL; THALES WHATELY; MAXIMILIANO LACOSTE

450
Oclusão Percutânea de Fístula do Seio de Valsalva Direito para Artéria Pulmonar 33
BRUNO TEDESCHI; GUILHERME MOURA DA SILVA FERREIRA; RODRIGO TRAJANO SANDOVAL PEIXOTO; ANGELO LEONE TEDESCHI

473
TAVI em Acesso Transcarotídeo: Acesso Seguro e Eficaz 33
MAURICIO SALES DE OLIVEIRA; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI; FELIPE MAIA; JOSÉ FÁBIO ALMIRO; TARCISIO PACOAL

492
Fragmento de Portocath Localizado em Artéria Pulmonar 34
GIUSEPPE MORALES GENTILINI; ALAN CASTRO D'AVILA; BERNARDO BALSAN CAMILLO; CAROLINA MARTÍNEZ TEIXEIRA; RENATO BASTIANI GUIMARÃES; ARTHUR KOCH PAULINO; JOEL SOARES DAHNE; JOÃO PEDRO SOARES MEDEIROS

493
Defeito Completo do Septo Atrioventricular de Diagnóstico Tardio: Relato de Caso 34
GIUSEPPE MORALES GENTILINI; BERNARDO BALSAN CAMILLO; JOÃO PEDRO SOARES MEDEIROS; JOEL SOARES DAHNE; CAROLINA MARTÍNEZ TEIXEIRA; ENZO IRRIBAREM HOMSI; GABRIEL STRINGARI DA FONSECA; ARTHUR KOCH PAULINO

517
Análise da Mortalidade Intra-Hospitalar dos Pacientes Submetidos a Implante Valvar Aórtico Transcateter Incluídos no Registro Brasileiro 34
MARIA CRISTINA MEIRA FERREIRA; VALÉRIO FUKS; BASÍLIO BRAGANÇA PEREIRA; EMILIA NASCIMENTO MATOS; MARIA SANALI PAIVA; VIVIANA GUZZO LEMKE; GLAUCIA MARIA MORAES OLIVEIRA

520
Sobrevida dos Pacientes Submetidos a TAVI: Análise do Registro Brasileiro de Implante de Bioprótese Valvar Aórtica por Cateter 34
MARIA CRISTINA MEIRA FERREIRA; VALÉRIO FUKS; MARIA SANALI PAIVA; VIVIANA GUZZO LEMKE; BASÍLIO BRAGANÇA PEREIRA; EMILIA NASCIMENTO MATOS; GLAUCIA MARIA MORAES OLIVEIRA

537
Resolução Imediata de Complicação Durante Implante de Stent no Canal Arterial Via Percutânea – Um Relato de Caso 35
YASMIN RODRIGUES; YOHANNA PIREDDA; MARIA WAGNER; BERNARDO AVELLAR; RAFAEL AGOSTINHO; RENATA MATTOS

575
Reabordagem de Janela Aortopulmonar Através de Intervenção Percutânea – Relato de Caso 35
YASMIN RODRIGUES; YOHANNA PIREDDA; MARIA WAGNER; BERNARDO AVELLAR; HERICA FALCI; RAFAEL AGOSTINHO; RENATA MATTOS

715
Seguimento Tardio de Stent Previamente Implantado em Técnica de Chaminé Stent em Procedimento Transcateter Valvar Aórtico (Valve in Valve Aórtico) 35
JOSÉ FÁBIO ALMIRO DA SILVA; LETICIA HOMSANIV BELO PEREIRA; FELIPE MAIA; MAURÍCIO SALES DE OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI

768
TAVI-in-TAVI como Tratamento de Disfunção de Prótese Balão Expansível 35
BRUNO TEDESCHI; PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI MILANESI; MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES PINTO; JOAO CARKIS TRESS; JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA GOMES

867
CO-REGISTRO (Inteligência Artificial): Angiografia Coronariana Sincronizada com OCT. Ferramenta Útil na Tomada de Decisão das ICP? 36
JOSÉ FABIO ALMIRO; FELIPE MAIA; MAURICIO SALLES OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; JOAO PEDRO MACHADO RIBEIRO JACINTHO SILVA; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI

870
Angioplastia Coronariana Complexa Pós-Procedimento de Implante Valvar Aórtico Transcateter (TAVI) 36
JOSÉ FABIO ALMIRO; FELIPE MAIA; MAURICIO SALLES OLIVEIRA; TARCISIO PASCOAL; THALES CARDOSO WHATELY; CLEVERSON NEVES ZUKOWSKI

6 - Cardio-Oncologia 37

299
Abordagem Cardiológica no Transplante de Medula Óssea: Otimização e Estratégias Personalizadas na Insuficiência Cardíaca 38
FERNANDA NASCIMENTO DOURADO; MILENA REGO DOS SANTOS; MATHEUS BURIGO OLIVEIRA; AURORA FELICE CASTRO ISSA; TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO

411
Massa Pericárdica Secundária à Neoplasia de Mama: Relato de Caso 38
JOSIANE RODRIGUES NUNES; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; JOSÉ LUIZ FERNANDES MOLINA; SAMAENE VINHOSA SIMÃO; MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA; DANILO AUGUSTO EMERY SANTOS; BRENDHA FERRARI BREMENKAMP; VERA LÚCIA ALVES MARIANO

445
Recorrência de Mixoma Atrial em Membros de uma Mesma Família – Relato de Caso 38
RAFAELA VIEIRALVES JOÃO IZZO PINTO; DIEGO SARTY VIANNA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FABIO AKIO NISHIJUKA; CÍNTIA CRISTINA CHAVES MATTOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA

569
Cardiotoxicidade Aguda por Antraciclina: o Protótipo da Cardiotoxicidade em Ação Não Tão Comum 38
BÁRBARA CRISTINIA RODRIGUES DE ALMEIDA; RENATO MACIEL DE ARANTES; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; JÚLIA HENRIQUE COSTA; JULIANA EDEL JAZBIK; FLÁVIA BARROS MONKEN; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ

613
Disfunção Neurovascular em Sobreviventes de Câncer de Mama Tratados com Doxorrubicina e Trastuzumabe: a Contribuição das Espécies Reativas de Oxigênio 39
JOÃO EDUARDO IZAIAS; BRUNA EMY ONO; ARTUR SALES; CAMILA SOUZA NUNES; GABRIELLY MEL PINTO SOARES SILVA; LAURA TESTA; RENATA MOLL; ALLAN ROBSON KLUSER SALES

620
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico como Apresentação Inicial de Mixoma Atrial Esquerdo 39
ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MILENA REGO DOS SANTOS; CLARISSA THIERS BENTO; MARCELO SOUZA HADLICH; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; FABÍOLA LEITE ARAGÃO; TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO

748
Lipoma Ventricular Esquerdo: Relato de Caso 39
PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; DEISE REGINA ZVOBOTER; SALOMAO BARUNA ALCOLUMBRE; ARTHUR SOUTELO SOUTO DA SILVA; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; ROBERTA DE MELO COUTINHO

7 - Cardiopediatria e Cardiopatias Congênitas 40

38
Diagnóstico Tardio de Síndrome de Bland-White-Garland em Paciente Idosa 41
SABRINA BARBOSA PACHECO; DANIELA CAPUTI; CARLOS FILIPE PIMENTA; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSÉ XAVIER LOPEZ ROSAS

55
Mixoma Atrial: Patologia Rara em Crianças e suas Graves Complicações 41
YOHANNA BAIAO PEREIRA PIREDDA; VIVIANE CAMPOS BARBOSA SENA; RENATA LABRONICI FIGUEIRA RODRIGUES ANTUNES; HÉRICA FALCI FERREIRA MACHADO; MARIA WAGNER; YASMIN FARIAS RODRIGUES ARAUJO; RENATA MATTOS SILVA

221
Diagnóstico Intrauterino de Cardiopatia Congênita Cianótica: um Relato de Caso 41
LEONARDO GONÇALVES VELASCO; RAFAELLA SILVA SOUZA; THAÍS TAVARES PEREIRA SEABRA; THAINÁ FERREIRA VIAL; VITÓRIA DINIZ MACEDO DE BARROS; ALISON CHAGAS FERREIRA; MARIA TAVARES PEREIRA MONTEIRO

226
Síndrome de Brugada – A Importância da Investigação Genética nos Familiares 41
YOHANNA BAIAO PEREIRA PIREDDA; VIVIANE CAMPOS BARBOSA SENA; HÉRICA FALCI FERREIRA MACHADO; MARIA WAGNER; YASMIN FARIAS RODRIGUES ARAUJO; CAROLINA GAMA RODRIGUES SANTOS; RENATA ROSENTAL; RENATA MATTOS SILVA

232
Distribuição e Prevalência de Cardiopatia Congênita em 554 Pacientes com Síndrome de Down Conforme Grupo Etário 42
ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; PATRICIA APARECIDA CARDOSO VASCONCELOS; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO

285
Cardiomiopatia Hipertrófica de Grave Apresentação em Adolescente 42
ERIKA SANTOS COSTA; BARBARA MAGALHÃES TIUBA; WASHINGTON MACIEL; ERIVELTON NASCIMENTO; MARIA EULÁLIA THEBIT PFEIFFER

340
Acidente Vascular Encefálico Maligno em Adolescente sem Comorbidades 42
BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES

393
Miocardite Recorrente e Doença dos Desmossomos 42
ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; RAQUEL GERMER TOJA COUTO; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; AMANDA FRANZOI MOTTER; EDUARDA CORRÊA MAIA; VIRGINIA LAIS FERREIRA; GABRIELLA LIMA PEREIRA DA SILVA; EVANDRO TINOCO MESQUITA

482
Cirurgia de Reimplante da Artéria Coronária Direita na Infância: Raro Caso de ARCAPA 43
AMANDA APARECIDA AGUIAR BALDUCE; ALAN EDUARDO SILVA; DENOEL MARCELINO DE OLIVEIRA; LUIZ ALBERTO CHRISTIANI; FÁBIO BERGMAN; JULIANA SERAFIM DA SILVEIRA; MARIANA PÓVOA-CORRÊA

486
Kawasaki em Criança: Relato e Follow Up de um Caso 43
JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; JULIANA MUTZ ALBANO; SARA AIMEE MIRANDA; AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA

494
Miocardites e Pericardites na COVID19 e Síndrome Inflamatória Multissistêmica: um Recorte do Registro ChARisMA 43
AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA; JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; JULIANA MUTZ ALBANO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; SARA AIMEE MIRANDA; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA

545
Insuficiência Valvar Pulmonar Melhorada Durante Gestação Não Planejada 43
NATHALIA WANDERLEY MONÇORES VELLOSO; IZADORA BIGHETTI BRITO; CÍNTIA CHAVES MATTOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FÁBIO AKIO NISHIJUKA

600
Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde e Perfil Microbiológico em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Cirúrgica Cardíaca 44
JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; ISABELA CAROLINE ALVES NASCIMENTO; WENDER EMILIANO SOARES; PÉROLA FIGUEIREDO VERÍSSIMO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; PAOLLA MARINHO CONTILDES; CRISTIANE HENRIQUES TEIXEIRA; ANDRÉ RICARDO ARAUJO SILVA

606
Evolução Cardiovascular em Paciente com Distrofia Muscular de Duchenne Subclínica: um Relato de Caso 44
MARCOS MORAIS DE MEIS; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; DAVI WHATELY AMAR; MADJER BRILHANTE DE MORAES; FERNANDA BATISTA FERREIRA; SEBASTIANA BESSA PORTO; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA

650
Endocardite Infecciosa e Cardiopatia Congênita Complexa: do Diagnóstico ao Tratamento 44
ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MARIA CAROLINA TERRA COLA; FÁBIO AKIO NISHIJUKA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; CÍNTIA CRISTINA CHAVES MATTOSO; BOABEDIL JUNIOR XAVIER ALVES

662
Gestante com Membrana Subaórtica e Comunicação Interventricular com Indicação Cirúrgica 44
LUIZA FONSECA BRANDÃO; RAFAELA VIEIRALVES JOÃO IZZO PINTO; NATHALIA WANDERLEY MONÇORES VELLOSO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; CÍNTIA RIBAS SOUZA; FLÁVIA CUNHA DOS SANTOS; ROBERTA SIUFFO SCHNEIDER DUQUE

678
Sobrevivente Natural de Cardiopatia Congênita Cianótica Complexa 45
LUIZA FONSECA BRANDÃO; MARIA CAROLINA TERRA COLA; THAÍSSA SANTOS MONTEIRO; FABIO AKIO NISHIJUKA; BOABEDIL JUNIOR XAVIER ALVES

729
Endocardite Neonatal 45
RAFAEL COUTO FIGUEIRINHA; RAFAEL DE CARVALHO CHIMELLI; MARIA EDUARDA MIRANDA E SILVA DE SÁ EARP; MARIA FERNANDA CAVALCANTI CEPPAS TEIXEIRA; GABRIEL COUTO FIGUEIRINHA

791
Reanimação Cardiopulmonar Pediátrica: Desenvolvimento de uma Plataforma de Ensino de Reanimação Cardiopulmonar Gamificada 45
MARIARA LOPES DA COSTA MARQUES; THAYANNE MENDES DE ANDRADE; JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; THAIS ROCHA SALIM; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA; CAROLINA SANTIAGO DE MEDEIROS; GERALDO XEXEO

792
Perfil de Morte por Todas as Causas e o Comportamento das Doenças do Aparelho Circulatório na Infância Durante a Pandemia de COVID-19, no Brasil 45
MARIARA LOPES DA COSTA MARQUES; THAYANNE MENDES DE ANDRADE; JULIA PEREIRA CAVALCANTE MARQUES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; THAIS ROCHA SALIM; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA; CAROLINA SANTIAGO DE MEDEIROS; GERALDO XEXEO

801
Quando Fechar a CIV Restritiva – Relato de Caso de um Fechamento Percutâneo 46
CLARA ROSAS; LARA LARA; ISABELLE COHEN; BEATRIZ LIMA; JAQUELINE FISZPAN

826
Isomerismo Atrial Esquerdo com Situs Inversus Abdominal: um Relato de Caso 46
BRUNA BALBINA DE MELO E SILVA; GUSTAVO EMILIO DE GOIS; FERNANDA MARIA LEMOS; MARIA JULIA JURKOVICH; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; NATHALIE JEANNE BRAVO-VALENZUELA

828
Síndrome de ALCAPA: um Relato de Caso 46
NATHALIA WANDERLEY MONCORES VELLOSO; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; MARIA CAROLINA TERRA COLA; FÁBIO AKIO NISHIJUKA

865
Miocardite por Streptococcus Pyogenes, Relato e Follow Up de um Caso 46
SARA AIMEE MIRANDA; JOSE GREGORIO VALERO RODRIGUEZ; JULIANA MUTZ MUTZ ALBANO; JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; AUREA LÚCIA ALVES DE AZEVEDO GRIPPA DE SOUZA

8 - Ciência Básica e Translacional 47

570
Persistente Hiperativação Neural Simpática, Disfunção Vascular e Capacidade Física Atenuada em Pacientes com COVID Longa 48
BRUNA EMY ONO; ARTUR OLIVEIRA SALES; THAIS SILVA RODRIGUES; JOÃO EDUARDO IZAIAS; MARIA FERNANDA CHAMELETE RUVOLO; BRUNA PEREIRA MORAIS; RENATA JUNQUEIRA MOLL-BERNARDES; ALLAN KLUSER SALES

607
Treinamento Muscular Inspiratório de Alta Resistência Melhora o Controle Neurovascular e Reduz a Pressão Arterial, em Pacientes com COVID Longa 48
ARTUR DE OLIVEIRA SALES; THAIS SILVA RODRIGUES; BRUNA EMY ONO; JOÃO EDUARDO IZAIAS; CAMILA SOUZA NUNES; GABRIELLY MEL PINTO SOARES DA SILVA; MARIA FERNANDA CHAMELETE RUVOLO; ALLAN ROBSON KLUSER SALES

9 - Cirurgia Cardiovascular 49

233
Aneurisma de Aorta Abdominal Roto Contido – Alta Complexidade no SUS 50
ISABELLE MENDES RODRIGUES SALOMÃO; LUCAS DE MORAES BORGES; BRUNO GONÇALVES GARCIA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; RAFAEL PRINS; MARCIO MONTENEGRO; ALINE STERQUE VILLACORTA

407
Tratamento Híbrido em Doença da Aorta, um Relato de Caso 50
SARA FERNADA GOMES DE LIMA FRAZÃO; GUILHERME SOUZA POLICARPO; MARCELO SÁVIO DA SILVA MARTINS; VANESSA CARVALHO DUARTE; JOYCE CARDOSO ABECASSIS; ELEONORA DIAS GALHEIGO; MARCELLA MENEZES RELVAS; DIEGO MARTINS FERREIRA

421
Síndrome de Reel em Paciente Portadora de Marcapasso DDD-R, um Relato de Caso 50
GUILHERME SOUZA POLICARPO; SARA FERNANDA GOMES DE LIMA FRAZÃO; MARCELLA MENEZES RELVAS; ULISSES RODRIGUES DIAS FILHO; MARCELLO SÁVIO DA SILVA MARTINS; JOYCE CARDOSO ABECASSIS; ELEONORA DIAS GALHEIGO; VANESSA CARVALHO DUARTE

578
Síndrome de May-Thurner Associada à Trombose Venosa Profunda em Mulher de 49 Anos 50
CLAUDIO JOSÉ SOBREIRA CAVALIERI; JOSÉ RICARDO BRIZZI CHIANI; LORENA BARROS MIRANDA; KAMILA NETTO CASTRO; PAULO GUSTAVO AGUIAR OLIVEIRA; ANDREA FERREIRA HADDAD

647
Relação entre Diabetes Mellitus e Infecção no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca 51
NATÁLIA DA SILVA PAIS; NATHÁLIA FERREIRA PALOMO VALLE; ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; MARYE DOS SANTOS XAVIER; ANTÔNIO SÉRGIO CORDEIRO DA ROCHA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALES

713
Resultados de 12 Anos de um Programa de Implante de Suporte Mecânico Circulatório Intra-Corpóreo de um Centro Privado de Insuficiência Cardíaca 51
MARCELO WESTERLUND MONTERA; MARCELO RAMALHO; LIGIA NERES; ARNALDO RABISCHOFFSKY; BRUNO MARQUES; ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI

824
Choque Cardiogênico Pós-CEC: Relato de Caso de uma Evolução Temida no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca 51
THAISA RODRIGUES GARCIA; MONICA AMORIM DE OLIVEIRA; ANDREA FERREIRA HADDAD; MARCIA BARBOSA DE FREITAS

10 - Doença Coronária 52

29
Intervenção Coronariana Percutânea Primária: Diabetes Mellitus Associada a Maior Mortalidade 53
DINALDO C. OLIVEIRA JR.; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; JOÃO V. CABRAL; MARIA M. B. M. SILVEIRA; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA

35
Intervenção Percutânea em Ruptura de Septo Interventricular Após Infarto Agudo do Miocárdio: um Relato de Caso 53
TAMIRES BORGES GONÇALVES; PEDRO RIBEIRO; FÁBIO DOS SANTOS; JÚLIA FURTADO; LUCAS ALBANEZE

62
DAC: Diagnóstico Anatômico ou Funcional? 53
MAURO ALVES

202
Infarto Agudo do Miocárdico e um Comportamento de Risco Modificável 53
PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; ALINE STERQUE VILLACORTA; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; BRUNO GONÇALVES GARCIA; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; BERNARDO GUÉRCIO FAÍSCA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; LUCAS DE MORAES BORGES

278
Padrão de Winter: uma Manifestação Eletrocardiográfica Rara de Oclusão de Artéria Descendente Anterior e Correlação com Cineangiocoronariografia 54
LUÍVIA OLIVEIRA SILVA; JÉSSICA GOMES MUNIZ; LARISSA CHRISTINE OLIVEIRA; JOÃO ROMÁRIO GOMES SILVA

313
Alterações Dinâmicas do Eletrocardiograma: um Marcador de Muito Alto Risco 54
THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA ROCHA FREITAS VIEITAS; DANIELA BELSITO SANGIOVANNI; WILIAN MENEGUCI OLIVEIRA; GUILHERME TRINDADE MARTINS MOREIRA SILVA; HUGO ANDRADE SANTOS; BRUNO AZEVEDO CRUZ

322
Necrose Subendocárdica sem Obstruções Coronarianas: um Caso Típico de MINOCA 54
DANIEL ANTONIO CAETANO SÓ; JOSÉ ARY BOECHAT E SALLES; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; ANA PAULA DOS REIS VELLOSO SICILIANO; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; JOÃO MANSUR FILHO; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

434
Dor Torácica na Mulher Jovem – O Desafio dos Diagnósticos Atípicos 54
BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; ANDRE LUIZ DIAS BONFIM; RENATO KAUFMAN; RENATO KAUFMAN; RENATO KAUFMAN; ANDRE CASARSA MARQUES; ANDRE CASARSA MARQUES; ANDRE CASARSA MARQUES; FELIPE MAIA; FELIPE MAIA; FELIPE MAIA; MONICA ALCANTARA; MONICA ALCANTARA; MONICA ALCANTARA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA

447
Papel do Heart Team na Condução do Choque Cardiogênico e Infarto Agudo do Miocárdio 55
BRUNO GONÇALVES GARCIA; LUCAS VITAL MELLO LOPES; ALINE STERQUE VILLACORTA; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; RODRIGO DE FRANCO CARDOSO; EDGARD FREITAS QUINTELLA; MÁRCIA BARBOSA DE FREITAS

467
Estratificação de Risco no IAM pelo ECG: o Temido Padrão 55
BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; JÚLIA HENRIQUE COSTA; LAIS LOPES PIRES; THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES; LUDMILLA DA ROCHA FREITAS VIETAS; WILLIAM CÉSAR DA SILVA FIOROTT; WILLIAM MENEGUCCI

483
Trombose Muito Tardia de Stent Farmacológico: Evento Teórico? 55
BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; FLÁVIA BARROS MONKEN; TATHIANA FONTES BALTHAZAR; ALEXANDRE LOJA ANELLO; JORGE LEONARDO FIGUEIREDO PINTO; LETÍCIA MACACCHERO MOREIRÃO; RENATO MACIEL DE ARANTES

488
Microfístulas Coronarianas para Ventrículo Esquerdo como Causa de Infarto Agudo do Miocárdio 55
ISABELLE MENDES RODRIGUES SALOMÃO; LUCAS DE MORAES BORGES; ARNALDO LUÍZ FERREIRA COUTINHO; GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO; PATRICIA COSTA DE ALMEIDA; MARCIO MONTENEGRO; ALINE STERQUE VILLACORTA

519
Síndrome de Bland-Áltman-Garland em Pessoa Idosa do Sexo Masculino 56
SANDRO VIEIRA DE OLIVEIRA; MICHEL FERNANDES BATISTA DOS SANTOS; LEONARDO MONTEIRO SALES; FABIANO DE OLIVEIRA CEGA

527
Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração: Análise por Causas Múltiplas 56
LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; PAOLO BLANCO VILLELA; JOSE LUCAS PERES BICHARA; EMILIA MATOS DO NASCIMENTO; EDUARDO LUIZ VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; BASILIO DE BRAGANÇA PEREIRA; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

563
Avaliação Epidemiológica dos Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana II 56
VINÍCIUS RAMOS OLIVEIRA; ROGÉRIO MARTINS OLIVEIRA; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; WENDER EMILIANO SOARES; AMANDA MARIA SOUSA FELIX; PÉROLA FIGUEIREDO VERÍSSIMO; FELIPPE GUSTAVO COSTA MANHÃES SIQUEIRA; HENRIQUE THADEU PERIARD MUSSI

565
Desafios do Controle da Doença Arterial Coronariana e Importância da Cintilografia Miocárdica na Conduta Terapêutica: um Relato de Caso 56
LUANE DA SILVA RIBEIRO; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO; LUCIENE MIGUEL LIMA

573
Uso do Termografia Auricular na Identificação de Pacientes com Cintilografia Miocárdica Anormal: uma ferramenta Inovadora em Cardiologia? 57
LEONARDO SOUZA MOREIRA ALVES; CAMILA RIBEIRO SOUZA FONTE; ISABELLA PALAZZO; NILTON LAVARORI CORREA; WILTER KER; RENATA RODRIGUES TEIXEIRA CASTRO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

580
Preditores de Risco para Evolução com Disfunção Ventricular Esquerda como Consequência do Infarto Agudo do Miocárdio 57
DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FERNADO OSWALDO DIAS RANGEL; FERNADO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALLES; ANA LUIZA FERREIRA SALLES; LUCIANA REIS; LUCIANA REIS; BRYSA PAIVA CRUZ; BRYSA PAIVA CRUZ

582
Lesão Única de Tronco de Coronaria Esquerda em Paciente Jovem 57
ANDRES MANUEL MORRON MEZA; FELIPPE ALVIANO ORLANDO; JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; MAURICIO FARIA CORVISIER; DIOGO BARROS GUTTERRES

666
Eficiência Operacional de uma Unidade de Dor Torácica 57
BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; LOUISE FREIRE; LUCIANA REIS; FABÍOLA A TRAVESSO DA MOTTA; DANIEL SETTA; ANDRÉ VOLSCHAN; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

696
Manejo Cirúrgico de Aneurisma Coronariano Gigante 58
FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; FELIPE FELIPE MONGE; HENRIQUE FELIPE COUTINHO; ROBERTO FELIPE ESPORCATTE

775
Preditores de Risco de Mortalidade Intra-Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio com e sem Supra desnivelamento de ST 58
LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; BRYSA PAIVA CRUZ; NATÁLIA DA SILVA PAIS; THIAGO BURGARELLI; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FERNANDO BORGES RODRIGUEZ; ANA LUIZA FERREIRA SALES; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL

780
Riscos e Benefícios da Revascularização Miocárdica na Doença Aterosclerótica Coronária no Tratamento Individualizado 58
CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; VINICIUS HENRIQUES SILVA; LUCAS ARANTES VASCONCELOS; KARINE MENDES ALVES; PEDRO PIMENTA DE MELO SPINETI; MARCO ANTONIO MATTOS

789
Infarto Agudo do Miocárdio Trombótico – Relato de Caso 58
MATHEUS MANZANI MALHEIROS; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; CLARICE DE CASTRO CARVALHO; BRUNA NALESSO SARAIVA; LEONARDO MAGNO NEIVA DE SOUSA; NÉLIO GOMES JUNIOR

790
Oclusão Aguda de Stent Coronariano – Importância da Antiagregação Plaquetária 59
CLARICE DE CASTRO CARVALHO; BRUNA NALESSO SARAIVA; MATHEUS MANZANI MALHEIROS; ANA HELOISA NASCIMENTO BESERRA; LEONARDO MAGNO NEIVA DE SOUSA; NÉLIO GOMES JUNIOR

807
Análise do Segmento Intra-Hospitalar dos Pacientes em uma Unidade de Dor Torácica 59
BRYSA PAIVA CRUZ; DANIELA PIRES DE CASTRO MIRANDA; LUCIANA REIS; FABÍOLA A TAVARES DA MOTTA; BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

808
Perfil Epidemiológico do Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital Quaternário Privado do Rio de Janeiro 59
DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; BRYSA PAIVA CRUZ; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; PAOLLA MARTINS DE ALMEIDA FIGUEIREDO; LISIMEIRE CAVALCANTI COSTA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL

810
Impacto da Disfunção Ventricular Esquerda na Evolução de Pacientes Internados com Infarto Agudo do Miocárdio 59
DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; THIAGO BURGARELLI; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; BRYSA PAIVA CRUZ; NATALIA DA SILVA PAIS; MARCELO BANDEIRA; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; ANA LUIZA FERREIRA SALES

811
Influência da Anemia no Prognóstico do Infarto Agudo do Miocárdio 60
DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; THIAGO BURGARELLI; NATHALIA FERREIRA PALOMO VALLE; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; FABIOLA ALVES TRAVERSO DA MOTTA; LUCIANA REIS; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL

827
Vasoespasmo Coronariano por Endocardite Infecciosa com Abscesso Perivalvar 60
PAULO GUSTAVO AGUIAR DE OLIVEIRA; LORENA BARROS MIRANDA; CLAUDIO JOSÉ SOBREIRA CAVALIERI; KAMILA NETTO DE CASTRO; LEONARDO GIGLIO GONÇALVES DE SOUZA; DANIEL COSENDEY GANIMI; MARCO ANTÔNIO DE MATTOS

856
Síndrome Coronária Aguda e Uso Inadequado de Gestrinona: um Relato de Caso 60
MARCELLE PEREIRA DE MENEZES CAMARA; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; GUILHERME LAVALL; TIAGO MATTOS; BRUNA PEREIRA DE MENDONÇA; JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA FERNANDES; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

11 - Ecocardiografia 61

48
Evento Isquêmico Cerebral Raro com o Uso de Salina Agitada: Relato de Caso 62
ISAAC HEES DE AVEIRO JUNIOR; ANGELO ANTUNES SALGADO; MARCOS PAULO LACERDA BERNARDO; PABLO MOURA LOPES; MARCIA BUENO CASTIER; LUCAS DE OLIVEIRA MOURA ESTEVÃO; BRAULIO JOSÉ DE SOUZA BARCELOS MANHÃES; BIANCA SILVA FAILLACE

355
Massa em Ventrículo Direito (VD) – Um Desafio Diagnóstico 62
ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA DE BRITO; ANDRE CASARSA MARQUES; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCANTARA

401
Prótese Valvar: Trocando um Problema pelo Outro 62
LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; ANDRE CASARSA MARQUES; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCANTARA

412
Pseudoaneurisma de Ventrículo Esquerdo 62
PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; GUIULIO CESARE LONGO NETO; THIAGO CARNEIRO ASSUMPÇÃO; ETIANE SALES GOMES SILVA

441
Cardiomiopatia Periparto 63
PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; THIAGO CARNEIRO ASSUMPÇÃO; ETIANI SALES GOMES SILVA; VITOR MONTEZ VIANNA; PRISCULA FREITAS BARROS

554
Pseudoaneurisma da Fibrosa Mitro Aórtica por Complicação da Endocardite Infecciosa 63
NATHALIA TARGA SILVA; JULIANO VILL LOVATI; ROBERTO OSÓRIO FERREIRA; DANIELA BASTOS RAWET; ISABELA STARLING ALBUQUERQUE; RAPHAELA ABREU SILVA MARTINEZ

556
Pseudoaneurisma do Seio Coronariano Direito Roto para Ventriculo Direito 63
BRUNA BARBOSA CHAGAS DE ALMEIDA; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; VITOR RAMOS NAVARRO; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO; GIOVANNA CARRILHO PESSOA; RAFAEL DE MENDONÇA MELLO; ALESSANDRO ZAKHIA SEIXAS; FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA

561
Pseudoaneurisma de VE com Fístula para o VD Após IAM 63
CAROLINA LACERDA RODRIGUES; RAQUEL VIEGAS PALMEIRA TOSTES; MARIO LUIZ RIBEIRO; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; ELIZA DE ALMEIDA GRIPP; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO; VITOR RAMOS NAVARRO; GIOVANNA CARRILHO PESSOA

638
Forame Oval Patente e a Formação de Grande Trombo 64
PAULO AFONSO DAFLON MENDONÇA; THALITA SANTOS SOARES; ROBERTO RANGEL; RIVELINO TRINDADE AZEVEDO; VITOR MONTEZ VIANNA; ANA HELENA BARBOSA SILVA; ETIANI SALES GOMES SILVA; PRISCILA FREITAS BARROS

12 - Eletrocardiograma, Holter e ECGAR 65

859
Trilhando Excelência e Mapeando a Implementação do Protocolo de Dor Torácica na UPA Através do Boas Práticas em Cardiologia 66
ANA FLAVIA NUNES ARAUJO; SANDRA MARCIA FRGAS; MARCELA USBERTI GUTIERRE; RODRIGO OLYNTHO DE ALMEIDA; CAMILLA ROSARIO CHIORINO

13 - Epidemiologia 67

184
Associação entre Escolaridade, Dano Miocárdico e Letalidade em Pacientes Hospitalizados por COVID-19 no Rio de Janeiro 68
JOÃO ROQUETTE FLEURY DA ROCHA; DAVID CURI BARBOSA IZOTON CABRAL; BARBARA MARIZ FERREIRA PASSOS; CHADYA AHMAD ABOU HAMIEH; JOÃO MANSUR FILHO; LUCIA HELENA ALVARES SALIS; NELSON ALBUQUERQUE DE SOUZA E SILVA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

217
Mortalidade por Cardiopatia Congênita em Crianças Menores de um Ano no Sudeste do Brasil entre 2000 e 2022 68
ALEXANDRE AKIO MAJIMA; RAFAELLA LIMA SOUZA DA SILVA; MILLENA PEREIRA RIERA; ARTUR PLAZA DE SOUZA; MARIANA DO NASCIMENTO SILVA; GUSTAVO SEIJI FUKAMATI; RENAN GERONIMO SOUZA DA SILVA

264
Prevalência de Anormalidades Cardiovasculares em uma População de Sobreviventes de COVID-19 Atendidos em um Hospital Universitário 68
MARCIO ROBERTO MORAES DE CARVALHO; RACHEL VIANNA O'NEILL DE SOUZA; MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIREDO FIGUEIRAS FILHO; GUILHERME SCHITTINE BEZERRA LOMBA; JOCEMIR RONALDO LUGON; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA

277
Diabetes Mellitus Muda o Prognóstico em Terapia Intensiva? 68
AUREO CARMO FILHO; ISADORA MILAGRE ALMEIDA; ENRIQUE MARQUES ROMERO SAAVEDRA; LÍVIA MENEZES SALLA; IARA TIENE DE LIMA MELO; JOÃO VICTOR SOUTELLO FERREIRA; INGRID CAROLINE ROSA DIOGO; ROGERIO GOMES FLEYRY

281
Obesidade Implica em Maior Morbi-Mortalidade no CTI? 69
AUREO CARMO FILHO; JOÃO PEDRO ALMUINHA SALLES; ALESSANDRA RODRIGUES CECIM; JOÃO OSÓRIO MORAES GÉO SIQUEIRA; DENYS FELIPE PEREIRA RAMOS; MANUELLA DUTRA DE ASSIS SANTOS; ALEXANDRE AKIO MAJIMA; ROGERIO GOMES FLEURY

283
Fibrilação Atrial Crônica Altera o Prognóstico em Terapia Intensiva? 69
AUREO CARMO FILHO; LUCAS FONSECA SILVA; RACHEL SILVA PINHEIRO; MARIA FERNANDA ZACCUR MACHADO BRANDÃO; ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS TITONELLI; LEANDRO ARAÚJO GOMES FILHO; LUDMILA PLÁCIDO; EDUARDO COSTA TERRA

297
Portadores de Insuficiência Cardíaca Crônica Têm Pior Prognóstico em Terapia Intensiva? 69
AUREO CARMO FILHO; AUGUSTO OLIVEIRA PERES; NATALIE NAOMI YAMASHITA; ANNA GABRIELLA WIGGIN MORAES; ANA RAQUEL MENDES BRITO; CAMILA RIGOTTI OLIVEIRA; NICOLE MANSOUR BARROSO; ROGERIO GOMES FLEURY

305
Análise da Incidência de Infarto Agudo do Miocárdio em Jovens Brasileiros 69
ANNA LOISE DA CRUZ GONÇALVES; LUCAS FIDELIS GOMES; LAHIS WERNECK VILAGRA; OCTÁVIO DRUMMOND GUINA

317
Saúde e Escolaridade: um Paralelo entre Índices Socioeconômicos e Óbitos Relacionados com Hipertensão em Mulheres 70
LUCAS MIOSSI; FRANCISCA VITÓRIA MAGALHÃES DE SOUSA; ALINE D'ÁVILA PEREIRA

362
Perfil do Tromboembolismo Pulmonar no Brasil em 2022 70
CECÍLIA SAYÃO; HENRIQUE SAYÃO; AMANDA CARDOSO MOHAMED

368
Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: um Estudo de 15 Anos 70
CECÍLIA SAYÃO; HENRIQUE SAYÃO; AMANDA CARDOSO MOHAMED

397
Choque Cardiogênico: Análise Epidemiológica Nacional nos Últimos 5 Anos 70
WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; LORENA DE SÁ PEREIRA; JAYDA EIRAS RAMIM LINS

400
Análise Epidemiológica do Tratamento de Cor Pulmonale em Regiões Brasileiras, nos Últimos 5 Anos 71
WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; LORENA DE SÁ PEREIRA; JAYDA EIRAS RAMIM LINS

402
Perfil de Internações para Transplante de Coração no Estado do Rio de Janeiro 71
WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS

404
Panorama Nacional de Internações para Transplante de Coração 71
WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS

406
Cenário Nacional das Hospitalizações de Infarto Agudo do Miocárdio 71
WYLISSON MARCELO ALMEIDA LINS; JAYDA EIRAS RAMIM LINS; BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA MEDEIROS

419
Perfil Epidemiológico de Internações Hospitalares por Doença Reumática Crônica do Coração no Brasil nos Últimos Quinze Anos 72
CAIO TEIXEIRA DOS SANTOS; RAUL FERREIRA DE SOUZA MACHADO; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

477
Análise Epidemiológica do Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Rio de Janeiro de 2012 a 2022 72
DIEGO OLIVEIRA; VITORIA COSTA; GABRIELA SILVA; LUÍS SILVA; CAMILA PEIXOTO; IASMIM ROCHA; AUREA GRIPPA

529
Perfil da Mortalidade por Transtornos de Condução e Arritmias na Baixada Fluminense entre 2012 a 2022 72
ANNA MARIA FRIZZERA DANIEL; HANAH VALINHOS ABREU FIUZA; AFONSO DE LIGUORI SOARES LEITE

595
Estudo Multicêntrico Avaliando Perfil de Risco Cardiovascular em Adultos Jovens na Área de Abrangência de Unidade de Atenção Básica no Brasil 72
VICTÓRIA ENNE MAGALHÃES; MARIA CAROLINA BREDAN ANANIAS; ANA CRISTINA TENÓRIO DA COSTA FERNANDES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT

612
Painel Epidemiológico da Endocardite Infecciosa em um Hospital Particular de Volta Redonda 73
LAISA SILVA ALVES; MADJER BRILLHANTE MORAES; SERGIO IBAÑEZ NUNES; SAMUEL JOSÉ FERES OZAVA; GUILHERME GALARDINO SANTOS; THAIS BARROS CORRÊA IBAÑES

617
Tendências de Mortalidade por Doença Pericárdica no Brasil de 2000 a 2022: Uma Análise Detalhada de Joinpoint 73
BILLY MCBENEDICT; YUSUF ALI AHMED ABDULLA AHMED; REEM REDA ELMAHDI; WALAA HASAN MULLA AHMED YUSUF; JOSÉ GERALDO MEDEIROS NETTO; GABRIELLA VALENTIM; ANA ABRAHÃO; EVANDRO TINOCO MESQUITA

741
Perfil de Morbidade por Cardiopatia Reumática Crônica no Nordeste entre 2018 e 2023 73
JOÃO PEDRO GOMES DA CONCEIÇÃO OLIVA; MARIANA FRANCO DUARTE

758
Comparação entre Niterói e Brasil na Taxa de Mortalidade Hospitalar e Internações por Insuficiência Cardíaca (IC) 73
ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA; EVANDRO TINOCO MESQUITA

761
Associação entre Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Variáveis Sociais em Niterói e no Brasil 74
MARIA CLARA MOURA AMADEU; EVANDRO TINOCO MESQUITA; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA

797
Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio Análise Comparativa entre Grupos Etários Dentro e Fora da Faixa Etária de Risco entre 2019-2023 no Brasil 74
RAFAELLA ANTUNES BASTOS; MARIANA DE PAULA PIRES; MARIA TEREZA DE MEDEIROS LEITE ESPÍNOLA; MARCELLA XAVIER; LUIZA SILVA FERREIRA; GABRIELE RIZZO

799
Impactos da Pandemia de Covid-19 na Epidemiologia das Arritmias Cardíacas no município do Rio de Janeiro entre 2008 a 2023 74
MARIANA DE PAULA PIRES; MATEUS FELIPE FERNANDES DE MIRANDA; LETYCIA SANTOS OLIVEIRA; KALINE TENÓRIO BEZERRA; MARIA EDUARDA NASCIMENTO BARBOSA; CARLA DE BARROS TOMELIN; ANGÉLICA CAROLINE FERREIRA

853
Série Histórica das Internações por Infarto Agudo do Miocárdio em Jovens de 15 a 24 Anos por Região Federativa do Brasil de 2013 a 2023 74
FRANCISCA VITÓRIA MAGALHÃES DE SOUSA; GABRIEL MATIAS DE SOUZA; ALINE D'AVILA PEREIRA

14 - Ergometria, Reabilitação Cardíaca e Cardiologia Desportiva 75

71
Consumo Máximo de Oxigênio Durante o Exercício como Preditor de Sobrevivência Após os 80 Anos 76
FABRICIO BRAGA; MAURICIO MILANI; ANA FACHETTI; GABRIEL ESPINOSA; GABRIEL MORAES; JULIANA GOULART PRATA OLIVEIRA MILANI; RICARDO MOURILHE-ROCHA

138
Diferenças Étnicas na Sobrevivência entre Medalhistas Olímpicos Brasileiros da Era Moderna de 1920 a 1992: um estudo de coorte 76
DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; PAULA MEDEIROS PACHE; ANA CAROLINA NENO; JOÃO MAGALHÃES; EMERY MICHAEL

142
Dispersão da Ventilação no Esforço Após COVID-19 Leve: Comparação entre Indivíduos com e sem Sintomas de Fadiga. Um Estudo Transversal 76
DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; GABRIEL MORAES; CHRISTIANE PRADO; MARIA CLARA CARVALHO E SILVA; RICARDO MOURILHE-ROCHA; FELIPE MANZANO; AMANDA MONTEIRO

223
Associação entre Dispersão Ventilatória e Fadiga em Sobreviventes de COVID-19: uma Análise de Regressão Penalizada de Ridge 76
DIOGO THADEU MEIRA; FABRICIO BRAGA; GABRIEL SEABRA; MAURICIO MILANI; GABRIEL MORAES; ANA CAROLINA FACHETTI; RICARDO MOURILHE- ROCHA

314
Surgimento de Marcada Ventilação Periódica no Teste Cardiopulmonar de Exercício em Avaliação Seriada na Insuficiência Cardíaca 77
LUANNA DAMASCENO AMARAL SOUSA; FERNANDO CESAR CASTRO SOUZA

526
Quando a Medicina de Precisão Supera a Medicina Baseada em Evidências: um Relato de Caso 77
DANIELA BLANCO MECKING; MARIA AMÉLIA BOGÉA SERRA GUIMARÃES; JOÃO GIFFONI DA SILVEIRA NETO; RENATA R. T. CASTRO

637
A Zona Cinzenta do Coração de Atleta na Era Pós-COVID: um Desafio Diagnóstico 77
DANIELA BLANCO MECKING; JAIME LOBO FIGUEIREDO; RENATA R. T. CASTRO

15 - Espiritualidade e Medicina Cardiovascular 78

812
Há Relação entre Disfunção Endotelial e Depressão em Estudantes de Medicina? 79
PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ANDRÉ CASARSA MARQUES; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; JULIO CESAR TOLENTINO

814
Bem-Estar Espiritual está Associado a Maior Resiliência em Pacientes Hipertensos? 79
KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; JULIO CESAR TOLENTINO

816
Efeito da Intervenção com Gratidão na Modulação Autonômica Cardíaca em Indivíduos sem Doença Cardiovascular 79
PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ISADORA DE SÁ GUIMARÃES; KELEN CAROLINA SILVA CRUZ; LETICIA SILVA FLÔR DOS SANTOS; MATHEUS NAKAZATO TINOCO; VITHÓRIA VIDOTTI NEVES; VICTOR PACHECO ZANELA MONTE; JULIO CESAR TOLENTINO

16 - Hipertensão Arterial, MAPA e MRPA 80

236
Função Microvascular Sistêmica em Pacientes com Hipertensão Arterial Resistente e Microalbuminúria: um Estudo Observacional 81
VINICIUS CRAHIM; VALERIA VERRI; RAFAEL DE LORENZO; ANDREA DE LORENZO; EDUARDO TIBIRIÇÁ

262
Marcadores Inflamatórios e Lesões Subclínicas em Hipertensão Arterial Resistente 81
GUILHERME CAMPECHE SANTOS; ELIZABETH SILAID MUXFELDT; ARTHUR FERNANDES CORTEZ; KARINA DA SILVA MUNIZ AQUINO MUNIZ; ROMULO MACHADO DE OLIVEIRA; TAIANE DE OLIVEIRA LOBO RODRIGUES; CARLOS HENRIQUE JARDIM DUARTE; LUCAS MOLON CENTURION

288
Perfil de Morbidade Hospitalar por Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: uma Análise de 2018 a 2023 81
CLEYSE BISPO ARAUJO; PEDRO EDUARDO DE MOURA SOUZA; ANA FLÁVIA SOUTO FIGUEIREDO NEPOMUCENO

365
Pressão Arterial Sistólica Central e Velocidade de Onda de Pulso em 155 Pacientes Adultos com Síndrome de Down 81
ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO SILVA; FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI CALLEGARO

375
Dano Vascular de uma População com Diferentes Espectros de Gravidade da Hipertensão Arterial 82
GABRIELE PEREIRA FONTES; BRUNO RAFAEL GOES DE SOUZA; KÉSIA ARAÚJO DE OLIVEIRA; JOÃO GABRIEL BEZERRA DA SILVA; VITOR DE MELO NOLASCO; MARCELO ANTONIO PINHEIRO BRAGA; CHRISTIAN NEJM RODERJAN; ELIZABETH SILAID MUXFELDT

384
Hipertensão Secundária a Cardiopatia Congênita: Relato de Caso de Coarctação de Aorta 82
STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E SOUZA; GABRIELLE ASSUMPÇÃO CALIXTO; GLEYCE ANNY CAVALCANTE DUETE ALVES; VICTOR RABELO ARAÚJO LÉLIS; FÁBIO FREITAS SIQUARA GONÇALVES; BRUNA FIALHO DE SOUZA AMARAL; ORCEDY SOARES SANTOS FILHO

423
Associação entre Descenso Noturno Exacerbado da Pressão Arterial e Risco Cardiovascular 82
MARCUS VINICIUS GROSS; LEONARDO SANTOS PEREIRA; EDUARDO WILNES; PEDRO HENRIQUE RAPOSO COELHO; JULIANA DA CRUZ BRUM; EDUARDO BARBOSA LIMAS; BRUNO WILNES; ANDERSON WILNES SIMAS PEREIRA

453
Associação da Obesidade com Pior Desempenho Cognitivo e Maior Atividade Simpática em Pacientes Hipertensos 82
GUILHERME COSTA GOUVÊA; MARIANA VIEIRA; CAROLINE LYRA; SAMANTA MATTOS; MICHELLE RABELLO; WILLE OIGMAN; MARIO FRITSCH NEVES

464
Diabetes Mellitus Tipo 2 Associado com Maior Rigidez Arterial e Atividade Simpática entre os Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica 83
DANIELLE MARIOSA; MARIO FRITSCH NEVES; MICHELLE RABELLO CUNHA

625
Determinantes Sociais de Saúde em uma População de Adultos Jovens no Rio de Janeiro 83
LUANA MOREIRA SENRA GUIMARÃES; CLARA AVELAR MENDES DE VASCONCELLLOS; JULIANA CAMARA GARCIA; GABRIEL PEDROSA DE CARVALHO SPINOLA VIANNA; ELIZABETH SILAID MUXEFELDT

654
Década de Mudanças: Internações e Economia na Gestão da Hipertensão Essencial no RJ (2014-2023) 83
WENDER EMILIANO SOARES; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; JOCEMIR RONALDO LUGON; MARIA LÚCIA SOUZA MENDONÇA; HUGO MATHEUS SILVESTRE VIANNA; SHARA LOCH FORNASA; GABRIEL CANHOTO LIMA; BRENER RAAD PEREIRA

784
Confiabilidade das Respostas de uma Inteligência Artificial Desenvolvida para Médicos em Comparação com as Diretrizes Atuais para Hipertensão Arterial 83
MARIANA DE PAULA PIRES; MATEUS FELIPE FERNANDES DE MIRANDA; LETYCIA SANTOS OLIVEIRA; KALINE TENÓRIO BEZERRA; MARIA EDUARDA NASCIMENTO BARBOSA; FLÁVIO JEAN DO ROSÁRIO

850
Flutter Atrial e Labilidade Tensional: MAPA ou AMPA, Qual o Melhor Método? 84
MARCOS PAULO AGRA BASSO; MATHEUS GUIMARÃES; RAFAELA SEURING GONÇALVES DE MELO; BRENO BEZERRA RODRIGUES DO VALE; OZIMAR FELIX FERREIRA JUNIOR; MARIANA ROCHA BRITO ALMEIDA; FATIMIH CANTANHÊDE DA SILVA; GUILHERME NOSSAR PIRES MATHEUS DA ROCHA

17 - Imagem Molecular e Medicina Nuclear em Cardiologia 85

249
Avaliação do Dano ao DNA e Mecanismos de Reparo em Pacientes Submetidos à Cintilografia Miocárdica de Perfusão 86
ANDREA DE LORENZO; MARIA CLARA FERNANDES; FRANCISCO ROMEIRO; ADRIANA BRITO; ANNA PAULA ARPINI; RAFAEL DE LORENZO; GLAUBER DIAS

535
Valor Incremental da Reserva de Fluxo Coronariano na Identificação de Pacientes de Maior Risco Cardiovascular com Técnica de Cintilografia CZT D-SPECT 86
GIOVANE LEAL DE AZEVEDO JUNIOR; ISABELLA CATERINA PALAZZO; NILTON LAVATORI CORREA; ALAN YAZALDY CHAMBI COTRADO; MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRA TERRA; WILKER DOS SANTOS KER; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

547
Redução da Captação Miocárdica de Pirofosfato em Paciente com Amiloidose TTR Tratado com Patisiran: Relato de Caso 86
CLAUDIO TINOCO MESQUITA; DIANE XAVIER AVILA; ELIZA ALMEIDA GRIPP; ROBERTA PEREIRA COELHO

550
Reserva de Fluxo Miocárdico Regional em Equipamento de CZT SPECT: Pode ser Útil na Estratificação de Risco? 86
CLAUDIO TINOCO MESQUITA; GIOVANE LEAL DE AZEVEDO JÚNIOR; WILTER S KER; NILTON LAVATORI CORREA; ALAN YAZALDI COTRADO CHAMBI; MARIA MARTA MAGIOTTO SABRA; ROBERTA PEREIRA COELHO; ISABELLA CATERINA PALAZZO

628
Dieta e Preparo dos Pacientes com Suspeita de Endocardite Infecciosa Submetidos a Exame de PET-CT com 18F-FDG 87
RODRIGO BRUM RODRIGUES; ODARA MANFREDINI CAGGIANO; FRANCISCO DE ASSIS ROMEIRO FIGUEIROA BENÍCIO COELHO; RENATA CHRISTIAN MARTINS FÉLIX; LEILA MARIA BRAGA MAGALHÃES; ANA PAULA MORENO GARCETE; ADRIANA SOARES XAVIER DE BRITO

722
Amiloidose Cardíaca: Relato de Caso em um Centro de Referência Brasileiro 87
RODRIGO BRUM RODRIGUES; ODARA MANFREDINI CAGGIANO; FRANCISCO DE ASSIS ROMEIRO FIGUEIROA BENÍCIO COELHO; MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRÁ TERRA; ADRIANA PEREIRA GLAVAM; MAURO AUGUSTO DOS SANTOS; MILENA REGO DOS SANTOS ESPELTA DE FARIA; ADRIANA SOARES XAVIER DE BRITO

18 - Insuficiência Cardíaca / Cardiomiopatias 88

321
Transplante Cardíaco em HIV + Associado à Rejeição e Doença Vascular do Enxerto: um Relato de Caso 89
LUANA FERNANDES DA SILVA; LÍGIA BEATRIZ CHAVES ESPINOSO SCHTRUK; ANTONIO FATORELLI

363
Strain de Pico Sistólico – A Cereja do Bolo no Diagnóstico da Amilidose de Cadeia Leve (AL) 89
IZADORA BIGHETTI BRITO; LUIZ ROBERTO COSTA; FERNANDA NIGRI DE ALMEIDA; JOÃO LUIS DA SILVA MACHADO; PAULA GONZALEZ VIEIRA

367
Takotsubo Pós-Parto no Pós-Parto Imediato 89
ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; MARCELO MONTERA; GUILHERME LEVY

390
Efeito do Patisiran em Pacientes com Amiloidose Cardíaca Associada a Transtirretina 89
YURI VIANNA FERNANDES SILVA; CAROLINE BITTAR BRAUNE; MARCO ROGERIO DUARTE JUNIOR; ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS NUCERA; CLAUDIA ELENA VEDOVELI FRANCISCO; WILSON BRAZ CORREA FILHO; FÁBIO DE SOUZA

391
Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Rio de Janeiro: Análise de Tendência de 2011 a 2021 90
ISADORA RODRIGUES RODRIGUES GONGÔ; PYETRA MONTEIRO DIAS; LAILA PIMENTEL LOURENÇO; RAQUEL LUIZ QUERES; MARIA EDUARDA MONTEIRO DE PAIVA; IRIS CARDOSO DE PÁDUA TERRA; GUILHERME DA SILVA BUENO; VALÉRIA TRONCOSO BALTAR

426
Uma Análise de Mortalidade de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Antes, Durante e Após o COVID-19 no Brasil 90
ANA CAROLINA PIRES DE AZEVEDO; GABRIEL SOUZA CAMPOS; MARIA CLARA VIEIRA TEIXEIRA; ARTHUR XAVIER OLIVEIRA DE ANDRADE; ALLYSON BRAGA LUIZ; SÉRGIO LUIZ ALVES DE AZEVEDO FILHO; GUSTHAVO DE ALMEIDA PETRILLO BRAGA

495
Internações por Insuficiência Cardíaca entre Adultos no Estado do Rio de Janeiro de 2013 a 2023 90
ALINE QUARESMA PIMENTEL CARRIELLO CORRÊA; GABRIELA LYONS; AMANDA LEÃO DE MELO JOÃO; DÉBORA LYONS; GABRIELLE DA COSTA LANCELLOTTI; FLÁVIA IZAQUIEL REBELLO SIQUEIRA MENDES

501
Uma Rara Mutação no Gene da Transtirretina Determinando Amiloidose Grave: Repercussões Clínicas e Terapêuticas 90
DIANE XAVIER DE ÁVILA; DIANE XAVIER DE ÁVILA; DAVI SHUNJI YAHIRO; DAVI SHUNJI YAHIRO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO DIAS; JOÃO TRESS; JOÃO TRESS; EVANDRO TINOCO MESQUITA; EVANDRO TINOCO MESQUITA

559
Características Clínicas e Desfecho Tardio de Pacientes com Insuficiência Cardíaca e Fibrilação Atrial Permanente em Dois Grandes Centros Terciários 91
CLARA BARUFFALDI FARINHAS; GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; LETICIA DE SOUSA PERES; RAQUEL ALMEIDA CRESPO; BRENO BOITEUX BROCCO; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUSA; MATHEUS HENRIQUE GONÇALVES DE SOUZA

576
Desafios Cardiológicos Tardios e suas Complicações na Distrofia Muscular de Duchenne: um Relato de Caso 91
RODRIGO OTAVIO MIRANDA; YURI VIANNA DA SILVA; ANA CLARA FARIAS DE NEGRI; PAULA FELIX PEREIRA; PEDRO BASTOS DE MEDEIROS; ANA PAULA CASSETTA NUCERA; FERNANDA BATISTA FERREIRA

594
Triagem Genética para Miocardiopatia Hipertrófica e Fenocópias em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro 91
LUCAS FONSECA DA SILVA; MARCO ROGERIO DUARTE JUNIOR; MATHEUS MEDEIROS FOUREAUX; MARIA ANGÉLICA DE FARIAS DOMINGUES DE LIMA; FABIO DE SOUZA

601
O Impacto do Diagnóstico Tardio em um Paciente com Amiloidose Cardíaca: um Relato de Caso 91
VICTOR HUGO FERREIRA DE SOUZA OLIVEIRA; HEBER OLIVEIRA CARDOSO FILHO; BRUNO DE BRITO RABELLO; PEDRO MARTINS OLIVEIRA; SARAH QUICK LOURENÇO DE LIMA; MARIA JÚLIA MONTEIRO SANTOS; BERNARDO AUGUSTO ANDRADE LIMA; IGOR MAGATON RIBAS

610
Multimodalidade de Imagem na Cardiomiopatia Amiloide 92
GIOVANNA CARRILHO; EDUARDO NANI; JULIA HABIBE; NATÁLIA MARTINS; ISABELA SENNA; RAQUEL OLIVEIRA; VITOR NAVARRO; JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES RIBEIRO

618
Choque Cardiogênico por Miocardite Viral: Relato de Caso 92
BRUNA PEREIRA MENDONÇA; LOUISE FREIRE; TIAGO AZEVEDO COSTA MATTOS; MARCELO WESTERLUND MONTERA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

622
Miopericardite Aguda: uma Abordagem Diagnóstica Rápida e Decisiva na Sala de Emergência 92
BRUNA PEREIRA MENDONÇA; LOUISE FREIRE; TIAGO AZEVEDO COSTA MATTOS; MARCELO WESTERLUND MONTERA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

642
Síndrome de Takotsubo e Bloqueio Atrioventricular: um Relato de Caso 92
BRYSA PAIVA CRUZ; FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL; LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE ARAUJO; NATHÁLIA FERREIRA PALOMO VALLE; NATÁLIA DA SILVA PAIS; THIAGO BURGARELLI

649
O Papel da Impressão 3D na Compreensão das Miocardiopatias Genéticas no SUS 93
SARA AIMEE MIRANDA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA; EVANDRO TINOCO MESQUITA; TÁRIK LUCAS FLORES MENDES; DANIEL MAC-DOWELL LOPES ALVES; LUCIANA MORBACH MIRANDA; CELINE LACERDA DE ABREU SOARES; KARINNE COSTA LOPES

659
Avaliação do Gradiente Obstrutivo pelo Ecocardiograma de Esforço nos Pacientes com Cardiomiopatia Hipertrófica 93
JULIA PAULO MOURILHE ROCHA; PAOLLA MARTINS DE ALMEIDA FIGUEIREDO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; MARCELO IMBROISINE BITTENCOURT; ANGELO ANTUNES SALGADO; JOSE RICARDO CARVALHO POUBEL; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; RICARDO MOURILHE-ROCHA

663
Alta da Taxa de Mortalidade Devido a Insuficiência Cardíaca na População Infanto-Juvenil no Estado do Rio de Janeiro 93
RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA; MARIA CLARA MOURA AMADEU

665
Hospitalizações Devido à Insuficiência Cardíaca entre 2014 e 2023 93
ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS; MARIA CLARA MOURA AMADEU; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; PAOLLA MARINHO CONTILDES; PAULO VICTOR TURETA FRAGA

671
Diagnóstico Tardio de Síndrome de Yamaguchi em Mulher Idosa com IFEP 94
ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO DOS SANTOS SERPA; RAFAELA DE MAYRINCK LYNCH

721
Perfil Clínico dos Pacientes com Takotsubo e Choque Cardiogênico com Evolução para Óbito: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R) 94
MARCELO WESTERLUND MONTERA; VITOR SALVATORE BARZILAI; FABIO FERNANDES; VERA MARIA CURY SALEMI; ADRIANO MENDES CAIXETA; ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO; LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA; MARCO ANTONIO MATTOS

733
Cardiomiopatia Genética Ligada a BAG3, Prevenção da Morte Elétrica no Paciente Assintomático 94
ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; AMANDA FRANZOI MOTTER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; EVANDRO TINOCO MESQUITA

739
Influência dos Distúrbios do Potássio na Mortalidade Intra-Hospitalar de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada 94
PEDRO CASTELLO BRANCO MORAES; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; BRUNO REZNIK WAJSBROT; MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT; MARIANA BARROS CASTELLANETA; RODRIGO PAULINO MAGALHÃES SILVA; BRUNA ZANGEROLAME CARVALHO; RICARDO MOURILHE-ROCHA

744
Perfil Epidemiológico da Taxa de Óbitos por Insuficiência Cardíaca na Bahia: uma Análise do Decênio de 2013 a 2023 95
WESLEY DE JESUS BATISTA; MICHELLE DE SANTANA ARAÚJO; GILGLÉCIA DOS SANTOS MENDES; JOÃO PEDRO GOMES DA CONCEIÇÃO OLIVA; JOÃO GABRIEL BATISTA SIMON VIANA; EULA PAULA DOS SANTOS; ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES

762
Avaliação da Acurácia Diagnóstica de Insuficiência Cardíaca por Chatbots de Inteligência Artificial 95
JHONATAN LUCAS QUIRINO SANTOS; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; ELAINE MEDEIROS PAIVA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA

776
Análise do Perfil das Internações por Insuficiência Cardíaca no Estado do Rio de Janeiro de 2013 a 2022 95
VANESSA DE CAMPOS SANTOS; MATHEUS BARRETO DA SILVA FEIJÓ; VINICIUS RAMOS DE OLIVEIRA; MARIANA DE PAULA PIRES; MATHEUS RAGGHIANTI NEY FERREIRA; JENAINE ROSA GODINHO EMILIANO; VINICIUS MACÁRIO MENDES; ADRIANA MUNFORD LIMA PIMENTEL

813
Perfil Clínico-Epidemiológico das Miocardiopatias Pediátricas – Resultados da Fase 1 do Registro CHARISMA 95
ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; RAQUEL GERMER TOJA COUTO; VIRGINIA LAIS FERREIRA; EDUARDA CORREA MAIA; GABRIELLA LIMA PEREIRA DA SILVA; ISABELA SILVA ERTHAL VIEIRA; SARA AIMÉE MIRANDA; EVANDRO TINOCO MESQUITA

815
Cardiomiopatia Hipertrófica Assimétrica Associada a Origem Anômala de Coronárias 96
RICARDO JAVIER NAVARRETE SUAREZ

817
Síndrome de Williams: Rara Apresentação de Miocardiopatia Hipertrofica 96
RAQUEL GERMER TOJA COUTO; ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY; ANNA ESTHER ARAUJO SILVA; FERNANDA PAES LEME FERNANDES VEIGA; JULIANA ELMOR MAINCZYK; AUREA LUCIA AZEVEDO ALVES GRIPPA DE SOUZA; SANDRA VITORIA THULER PIMENTEL; EVANDRO TINOCO MESQUITA

832
Insuficiência Cardíaca por Cardiomiopatia Isquêmica em Paciente com Histórico de Uso de Drogas: um Relato de Caso 96
PEDRO VICTOR GONÇALVES MONTALVAO; VICTOR COELHO MATTOS; MARIANA LIANIRA BENIZ SOUZA

833
Arritmias Ventriculares em Paciente com ICFER: Multiplicidade de Indicações e Controvérsias para Implante de CardioDesfibrilador Implantável (CDI) 96
CARLOS FILIPE PIMENTA; PEDRO FERNANDES RIBEIRO; DANIELA CAPUTI; SABRINA BARBOSA PACHECO; RAYLA SENRA DE PAIVA; JOSE XAVIER LOPEZ

840
Insuficiência Cardíaca Grave em Homem Jovem Associado ao Uso de Esteróides Anabolizantes 97
CLARISSA THIERS; OTÁVIO MARTINO; JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA; TAÍSSA SANTOS MONTEIRO; JULIANO GOMES MENDONÇA FERREIRA; ANA CLARA BARROS PORTO CARREIRO; DIOGO DOS SANTOS SERPA; WAGNER ALVES

842
Insuficiência Cardíaca Complicada por TEP Agudo Submetido ao Transplante Cardíaco 97
KARINE MENDES ALVES; RAFAEL PIZZO DA CRUZ; ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA; CAMILA CARMONA CARDOSO FACURI; LUCAS ARANTES VASCONCELOS; MARCO ANTONIO DE MATTOS; LARISSA DUNGS BIOLCHINI; DANIEL COSENDEY GANIMI

862
Mortalidade de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada e Doença Renal Crônica em Dois Grandes Centros Terciários 97
MARAYAH SAMPAIO RUAS DA FONSECA; GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; ISABELA CÂNDIDA MONTES CLARO; CLARA BARUFFALDI FARINHAS; GLÁUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

863
Caracteristicas Clínicas e Mortalidade em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Aguda de Dois Grandes Centros de Acordo com a Fração de Ejeção 97
GIOVANNI POSSAMAI DUTRA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; MARIA EDUARDA MIRANDA DE SOUZA; CLARA BARUFFALDI FARINHAS; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; LETICIA ZANGIROLAMI PERES; ISABELA CANDIDA MONTES CLARO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

868
Miocardiopatia Não Compactada: um Relato de Caso 98
RAFAEL ANTUNES VILARINO; RONALDO ALTENBURG ODEBRECHT CURI GISMONDI; MARIANA BOARETTO TORTELLY; VINICIUS GOMES MAIA; ANA ROSA VENTURA DE ANDRADE NUNES; PAULA SANTOS PEREIRA

869
Hospitalização Devido a Cardiopatia Reumática Crônica no Rio de Janeiro: 2014-2023 98
PAULO VICTOR TURETA FRAGA; PAOLLA MARINHO CONTILDES; DIEGO MENEZES DE OLIVEIRA; RHUANNA LAURENT SILVA RIBEIRO; MARIA CLARA MOURA AMADEU; ISABELA CAROLINE ALVES DO NASCIMENTO; ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ CAMPOS

19 - Ressonância e Tomografia Cardiovascular 99

636
O Papel da Angiotomografia de Coronárias como Método de Rastreio de Doença Aterosclerótica 100
BRUNO LINHARES AZEREDO CORRÊA; JULIANA DE ARAUJO FRISSO; PAULA FAVIERI DE MELO SILVA; MARIANA KOECHE BESSA; MELINA SAPI TAVARES; FERNANDA MELLO ERTHAL CERBINO; FILIPE PENNA DE CARVALHO

736
Avaliação Diagnóstica de Takotsubo Versus Miocardite pela Ressonância Magnética Cardíaca 100
MARCELO WESTERLUND MONTERA; AMARINO OLIVEIRA JUNIOR; JULIANA SERAFIM; FABIO FERNANDES; MARCO ANTONIO MATTOS; ADRIANO MENDES CAIXETA; JOÃO MANSUR; PEDRO GABRIEL BARROS

20 - Valvulopatias 101

216
Valve-in-Valve na Abordagem Percutânea de Disfunção de Prótese Mitral em Paciente de Alto Risco Cirúrgico 102
ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; FERNANDO PALHARES; THIAGO BURGARELLI

250
Endocardite em Paciente Portador de Prótese Aórtica por Implante Percutâneo (TAVI): um Desafio Diagnóstico e Terapêutico 102
JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; CLARA WEKSLER; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; BENY BINENSZTOK; LUCIANA COUTINHO BEZERRA

251
Insuficiência Cardíaca Decorrente de Regurgitação Aórtica em Paciente Portador de Valva Aórtica Quadricúspide 102
JOCYLEY EMERICK PADILHA JUNIOR; LUCIANA COUTINHO BEZERRA; CLARA WEKSLER; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; DANILO CARVALHO FRISSO

341
Fístula de Folheto Mitral Pós-Endocardite Infecciosa: Complicação Tardia ou Doença em Atividade? 102
CAROLINE AZEVEDO BRIM; PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO; CLAUDIO QUERIDO FORTES; MARCELO IORIO GARCIA; PAULO HENRIQUE ROSADO DE CASTRO; ARITSON MATEUS MARTINS RODRIGUES; JULIANO CARVALHO GOMES DE ALMEIDA; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

353
Calcificação de Anel Mitral – Desafios na Abordagem da Doença Grave 103
ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA; LUCAS FELDMAN PAZ DE LIMA; ANDRE CASARSA MARQUES; MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS; RENATO KAUFMAN; MONICA LUIZA DE ALCATARA

536
Endocardite Infecciosa (EI): Mudança de Prognóstico com Tratamento Precoce 103
MARIANA MEDEIRO AGUIAR; GABRIELA VIEIRA LOZANO; ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ; RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO SANTO; CAMILA VEIGA BARBOSA; BIANCA BRENNA MONTEZ; FLÁVIA BARROS MONKEN

538
Calcificação Caseosa de Anel Mitral: um Achado Incomum 103
RAFAEL ANTUNES VILARINO; RONALDO ALTENBURG ODEBRECHT CURI GISMONDI; VINICIUS GOMES MAIA; PAULA SANTOS PEREIRA; ANA ROSA VENTURA DE ANDRADE NUNES

543
Insuficiência Aórtica Subaguda Secundária à Doença de Behçet 103
FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MANOELA SILVA DE OLIVEIRA

544
Abordagem de Estenose Mitral Grave em Gestante 104
FÁBIO RABAÇA DOS SANTOS; FELIPE CERQUEIRA MATHEUS; PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI; MANOELA SILVA DE OLIVEIRA; TAMIRES BORGES GONÇALVES

553
Recorrência de Endocardite Infecciosa (EI) por Coxiella Burnetii Após Longo Período de Tratamento 104
CLAUDIO QUERIDO FORTES; PAULA DE MEDEIROS PACHE DE FARIA; NATÁLIA RODRIGUES QUERIDO FORTES; RODRIGO FERRAZ SALOMÃO; VALDO JOSÉ CARRERA; ISABELA DE CARVALHO LEITÃO

557
Estrategia Percutânea na Estenose Aórtica Paradoxal de Etiologia Bicúspide no Adulto Jovem: Seria uma Boa Opção? 104
LUANA FERNANDES DA SILVA; AMANDA MENDONÇA DA SILVA COSTA; WILMA FELIX GOLEBIOVSKI; LUCIANA COUTINHO BEZERRA; GUILHERME DALCOL TORRES DE AMORIM; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA

604
Insuficiência Aórtica em Paciente Jovem, como Investigar? 104
GIULIA FACINA CARVALHO DE LEMOS; NATHÁLIA RODRIGUES DA SILVA

631
Disfunção de Prótese Mitral Associado a Ruptura de Folheto: Relato de Caso 105
KLARA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; JOANA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LUCAS RAMOS CRIZOSTOMO; JÉSSICA RODRIGUES OLIVEIRA; MILENA BORGES DE ABREU EGIDIO; PAULO VITOR ALEXANDRINO DA SILVA; YGOR VILELA CANGUSSÚ; OTÁWIO DIANA DE FREITAS

656
Relato de Caso: Válvula Mitral com Duplo Orifício em Adulto sem Repercussão Funcional 105
JOSIANE RODRIGUES NUNES; IAN TINOCO NOVAES BEDIM; JOSÉ LUIZ FERNANDES MOLINA FILHO; LARA BONANI DE ALMEIDA BRITO MOLINA; BRENDHA FERRARI BREMENKAMP; IGOR TINOCO NOVAES BEDIM; ROBERTO BATISTA MARQUES JÚNIOR; PEDRO IVO FONSECA DE PAULA

658
Febre Reumática, a Importância da Atenção Primária e do Diagnóstico Precoce: um Relato de Caso 105
JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; MARIANNA AUGUSTA ROCHA HORTO; LUANE DA SILVA RIBEIRO; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; LUCIENE MIGUEL LIMA; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO

674
Implante Transcateter de Válvula Aórtica em Paciente com Estenose Aórtica Grave e Cardiomiopatia Hipertrófica 105
AMANDA MENDONÇA DA SILVA COSTA; ANNA LUIZA DE OLIVEIRA LEAL; ELLEN FERNANDA DAS NEVES BRAGA; LUANA FERNANDES DA SILVA; JULIA DE BARROS NEGRI FERREIRA

712
Abordagem de Implantação de Valva Aórtica Transcateter (TAVI) com Uso de Reconstrução e Impressão 3D 106
RAPHAEL VIANA CURVELO SEPÚLVIDA; LUCIANA MORBACH MIRANDA; LUCAS SERRA SANT'ANNA; ARTHUR CHAGAS BRAGA JEVAUX TAVARES; VÍTOR GARCIA GOMES; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA

763
Calcificação Caseosa do Anel Mitral Associada à Embolização Retiniana: um Relato de Caso 106
PEDRO VIDINHA MENDES; CLARA PETRUCIO; GABRIELA ALVES MARTINS; GABRIELA SADIGURSCHI; MARIA EDUARDA ABREU E LIMA FERREIRA LEAL; ALESSANDRA ARNEZ PACHECO; MARIANA GOUVEIA MAGALHAES; ROBERTO MUNIZ FERREIRA

839
Sangramento Digestivo Baixo Associado a Estenose Aórtica Grave: um Relato de Caso de Síndrome de Heyde 106
MARCELLE PEREIRA DE MENEZES CAMARA; YASMIM DE MORAIS MACEDO; THAÍS DE SOUZA IZIDRO; GUILHERME SUAREZ POMPEO; EDUARDO SICA; ANA AMARAL FERREIRA DUTRA

858
Defeito de Gerbode: um Desafio Diagnóstico 106
BIANCA BRENNA MONTEZ; PAULO CESAR MEUCCI PEREIRA NOGUEIRA; IVY DE PAULA PORTO; MANUELLA ALVES DE MENEZES BILOURO; ANA PAULA ROQUE COSTA FERREIRA; JOSÉ OSCAR BRITO; ALVARO ASSED ESTEFAN NAMETALA

21 - Outros – Medicina 107

23
Trombo em Átrio Direito Associado a Tromboembolismo Pulmonar Recorrente: Relato de Caso 108
RAFAEL FREITAS MORAES; ANDRÉ LUIZ DIAS LIMA BONFIM; BIANCA FERREIRA BRITO; PAOLO BLANCO VILLELA; ANDRÉ CASARSA MARQUES

30
Aumento da Prevalência de Infarto Agudo do Miocárdio de Parede Anterior Durante a Pandemia de COVID 19 108
DINALDO C. OLIVEIRA JR.; CAROLINA G. C. OLIVEIRA; MARIA M. B. M. SILVEIRA; JOÃO V. CABRAL; ESTEVÃO C. C. MARTINS; DINALDO C. OLIVEIRA

218
AVE Isquêmico em Nonagenário: Há Espaço para Intervenção? 108
ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS; LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA CAMPOS; ARNO VON BUETTNER RISTOW

246
Implementação de Checklist Específico para Perfusionistas: Estratégia para a Segurança em Cirurgias Cardíacas 108
LUIZA SILVEIRA GARCIA

338
Análise do Uso dos Métodos de Imagem para Avaliação de Doença Arterial Coronariana em um Hospital Universitário 109
BRENDA FICHEIRA COELHO RIBEIRO; DAVI SHUNJI YAHIRO; JULIA MACHADO PEREIRA; LUÍS EDUARDO MACHADO; THAÍS DE CÁSSIA TELES SANTOS; FERNANDO DE AMORIM FERNANDES; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA

339
Perfil Cardiometabólico na Prática Cardiológica: Relato de Experiência 109
MÁRCIA MARIA SALES SANTOS; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEÃO FONTES; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; ROSA LEONORA SALERNO SOARES; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; FERNANDO RAFAEL HADDAD MACHADO; GABRIELA LEMES SILVA

342
Parâmetros Ecocardiográficos da Função Diastólica como Fator Prognóstico na Atenção Primária: Análise de Sobrevida 109
PEDRO PERELO LOPES; ANA CAROLINE OLIVEIRA COSTA; MARCOS SAMPAIO DE SOUZA; ADSON RENATO LEITE

343
Avaliação da Performance da Cintilografia Miocárdica com Baixas Doses de Radiação em Equipamento com Detectores de CZT – D-SPECT 109
VERÔNICA PAIM; FERNANDA MARCELINO; NILTON LAVATORI CORREA; WILTER KER; ALAN CHAMBI; ISABELLA PALAZZO; MARIA MARTA MAGIOTTO; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

351
Avaliação da Doença Periodontal e da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal em Diferentes Espectros de Gravidade da Hipertensão Arterial 110
THAÍS DE CARVALHO DUQUE; CLAUDIA THEREZINHA REGA DO NASCIMENTO VALLAPERDE; FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO CARLOS; FABIO VIDAL MARQUES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT

354
Pericardite Constrictiva: Diagnóstico Tardio e Formação de Carapaça 110
ANA CAROLINA BARBOSA CAUDET; MARIANA MEDEIROS AGUIAR; GABRIELA VIEIRA LOZANO; BÁRBARA CRISTINA RODRIGUES DE ALMEIDA; LUÍS HENRIQUE SÁ; LAYLA LEAL FERNANDES; JEFFERSON MAGALHÃES; BRUNO AZEVEDO DA CRUZ

359
Del Nido: Avanços e Perspectivas na Proteção Miocárdica em Cirurgia Cardíaca 110
VICTOR AZARA GUMIERO

386
Estudo da Prevalência de Sintomas Relacionados à Compulsão Alimentar entre Alunos de Medicina Eutróficos e Portadores de Excesso de Peso 110
IVAN LUCAS PICONE BORGES DOS ANJOS; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

388
Exposição ao Bisfenol s na Morfologia e Metabolismo do Tecido Adiposo Marrom em Modelo de Obesidade 111
LUIZA DA FRANÇA LOSITO; GABRIELA RODRIGUES DE OLIVEIRA MEDEIROS; LYSS FELIX MEIRELLES; GABRIEL XIMENES DE OLIVEIRA; BEATRIZ ALEXANDRESANTOS; ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA NÓBREGA; D'ANGELO CARLO MAGLIANO; ELIETE DALLA CORTE FRANTZ

398
Explorando o Conhecimento do Risco Aterosclerótico: um Estudo Transversal entre Estudantes de Medicina 111
JESSICA DE PAULA CHALUP JUNQUEIRA; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SOUZA RODRIGUES; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

414
Humanização na Relação Médico Paciente em Alunos do Primeiro Período de Medicina. Seis Anos de Experiência com o Projeto Calouro Humano 111
GABRIEL FERREIRA TEIXEIRA; LAIS DE SOUZA RODRIGUES; ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO; ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE ARAGÃO; EUCIR RABELLO; IVANA PICONE BORGES DE ARAGÃO

420
Valve in Valve Aórtico e o Avanço da Hemodinâmica: Relato de Caso Frente ao Procedimento Inédito na Cidade de Teresópolis – RJ 111
ELIENE CARIUS NÓBOA; ANA CAROLINA BORBA DE FRIAS; DANIEL PERALTA

443
Impacto da Pandemia de COVID-19 nas Cirurgias Cardíacas no Estado do Rio de Janeiro 112
BRENDA FICHEIRA COELHO RIBEIRO; LUIZA MEIRELES TEIXEIRA; MARIA FERNANDA RIBEIRO MENDES DE OLIVEIRA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA

456
Cardioreumatologia Avaliação Integrada em um Hospital Terciário 112
MÁRCIA MARIA SALES SANTOS; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; MARIANA SOPHIA SANTOS ALMEIDA; CAIO FANARA DE SOUZA; GUSTAVO DANIEL LOPES; ALAN MORETO TRINDADE; CÍCERO LUCIANO MARTINS DA SILVA JUNIOR; LARA GOMES DE OLIVEIRA

457
Práticas Extensionistas e Prevenção Cardiovascular 112
MÁRCIA MARIA SALES DOS SANTOS; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEÃO FONTES; ANA LUISA MARQUES TAVARES; LUCAS PEREIRA JACQUES; MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA DOS SANTOS; VITORIA AZEVEDO SANTOS

458
Modernização da Ausculta Cardíaca: Estetoscópio Digital 112
MARCIA MARIA SALES DOS SANTOS; WOLNEY DE ANDRADE MARTINS; ANTÔNIO JOSE LAGOEIRO JORGE; JOSE ANTONIO CALDAS TEIXEIRA; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEAO FONTES; LUIS ANTONIO GRANJA TEIXEIRA; IRIS CARDOSO DE PÁDUA TERRA

459
Acervo Digital Cardiológico-Semioteca 113
MARCIA MARIA SALES DOS SANTOS; ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE; JOSE ANTONIO CALDAS TEIXEIRA; MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA SAAD; CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEAO FONTES; MARYANA CAETANO DA SILVA DE OLIVEIRA; PATRICK MACHADO CIBIN; LUIZA BAZIN DE OLIVEIRA

503
Cura Total e Espontânea de um Hematoma Intramural Stanford A 113
RODRIGO QUEIROZ GALVÃO PÁDUA; BRENO BRIGANTE DEORSOLA; MARCELO MACHADO MELO

513
Perfil de Morbidade Hospitalar por Doença Cardíaca Reumática no Brasil: uma Análise de 2013 a 2023 113
HELLEN CAROLINE COSTA; MATHEUS FERREIRA; JONAS MUNIZ PAIXÃO; FELIPE SANTOS

564
Atividade Física e Risco Cardiovascular em Pessoas Vivendo com HIV Submetidas a Diferentes Terapias Antirretrovirais 113
FELIPE COSTA SOUZA; NATHAN CORRÊA ASSIS; CHRISTIANNE BRÊTAS VIEIRA SCARAMELLO

566
Frequência de Hipertensão Arterial e Hipertensão Resistente em Pacientes com Incidentaloma de Adrenal Atendidos em um Hospital Universitário 114
AFONSO DE LIGUORI SOARES LEITE; ALINE BARBOSA MORAES; GISELLE FERNANDES TABOADA; ANNA MARIA FRIZZERA DANIEL; HANAH VALINHOS ABREU FIUZA

577
Efeitos Benéficos da Suplementação de Nitrato sobre a Função Endotelial e Pressão Arterial no Envelhecimento em Ratos 114
PRISCILA NASCIMENTO DE FIGUEIREDO; JEFFERSON FERNANDES EVANGELISTA; ANDRESSA RAMOS DA SILVA FERNANDES; VICTOR HUGO VIEIRA DE OLIVEIRA ARAÚJO; NATÁLIA CARVALHO MARTINS; BEATRIZ CARDOSO DE OLIVEIRA; ANGELA DE CASTRO RESENDE; CRISTIANE MATSUURA

619
Endocardite Infecciosa: Caso Desafiador, Tratamento Individualizado 114
SARAH TELERMAN; ALEXANDRE BAHIA; ANDRÉ CASARCA; DANIELA FERNANDES; JUCIARA MATOS; LILIAN CARESTIATO; PAOLO VILLELA; JOSÉ KEZEN

623
Reposicionamento de Fármacos in Sílico para o Tratamento das Complicações Cardiorrenais e Respiratórias em Crianças e Adolescentes com COVID-19 114
IVIS LEVY FERNANDES MARTINS; KARYNE POLLO DE SOUZA; LARS JUHL JENSEN; GABRIELLE PINTER RODRIGUES; MARIA LETÍCIA SANTOS DE MENDONÇA; OHANA BARROS DINIZ; CHRISTIANNE BRETAS VIEIRA SCARAMELLO

632
Amiloidose Cardíaca, o Desafio Diagnóstico: um Relato de Caso 115
LUCIENE MIGUEL LIMA; CAMILA MUNIZ SILVA FILHO; ISABELA LUCCHINI TORRES GONÇALVES; ANA LETÍCIA REIS GUILHOME; JULIA DOMINGUES BRECKENFELD RICARTE; ADRIELE DA PENHA RIBEIRO; LUANE DA SILVA RIBEIRO

635
Impacto da Injúria Miocárdica na Sobrevida de Pacientes com COVID-19: um Estudo Retrospectivo 115
MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO RANGEL; LETÍCIA ZANGIROLAMI PERES; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; CAROLINE MAIRINK HECHT CAMPOS; THIAGO MOREIRA BASTOS DA SILVA; LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA; BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

643
Influência da Suplementação de Nitrato Inorgânico sobre a Função e Estrutura Cardíaca em Ratos Idosos 115
ANDRESSA RAMOS DA SILVA FERNANDES; JEFFERSON FERNANDES EVANGELISTA; PRISCILA NASCIMENTO DE FIGUEIREDO; LUANA CORDEIRO DE LIMA; NATÁLIA CARVALHO MARTINS; MARIANA PINTO DA SILVA; VICTOR HUGO VIEIRA DE OLIVEIRA ARAÚJO; CRISTIANE MATSUURA

655
Endocardite Após Procedimento Ortodôntico Invasivo: Relato de Caso 115
JOANA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LUCAS RAMOS CRIZOSTOMO; KLARA VICECONTE TARDIN PIMENTEL; LARYSSA COUTINHO ANDRADE FAROLFI RIBEIRO; STEPHANNY KELLY SILVA DE MELO; HUMBERTO REIS SILVA; YGOR VILELA CANGUSSU; OTÁWIO DIANA DE FREITAS

669
Perfil de Transtornos Emocionais e Risco Cardiovascular em uma População de Adultos Registrada em uma Unidade de ESF no Centro do Rio de Janeiro 116
VICTÓRIA FIDALGO DE SOUZA; LIVIA LOPES MONTEIRO LOPES MONTEIRO BARROS JUNQUEIRA; LUÍSA LEITE LEITE VAZ DA SILVA; DANIELA FIUZA GOMES MONTEIRO; ELIZABETH SILAID MUXFELDT; TAMIRES BOMBETTI FONSECA DE BEM

690
Disparidades Regionais na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil: uma Análise de Tendência de 1980 a 2019 116
LUA CAVALCANTE VILAÇA LIMA; LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA BASTOS; PAOLO BLANCO VILLELA; ADRIANO HENRIQUE GOMES MENEZES; MARIA JULIA JURKOVICH; MARNIE HILLARY CARVALHO LEÃO; MARIANA BALBI PACHECO; GLAUCIA MARIA MORAES DE OLIVEIRA

695
Perfil de Pacientes com Aortopatias Acompanhados em um Centro Terciário de Referência 116
BRENO BRIGANTE DEORSOLA; RODRIGO QUEIROZ GALVÃO PÁDUA; MARCELO MACHADO MELO

726
Distribuição e Desafios da Telemedicina no Estado do Rio de Janeiro 116
ENRIC RAÍRA GOMES MORAIS; CELINE LACERDA ABREU SOARES; GIOVANE LEAL AZEVEDO JUNIOR; VICTOR LIMA DIAS; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

749
Pericardite Constritiva: um Relato de Caso 117
PATRICIA NEVES XIMENES; PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; SALOMAO BARUNA BARAUNA; SALOMAO BARUNA BARAUNA; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; THASIELY MOURA FARIA; THASIELY MOURA FARIA; DEISE REGINA ZVOBOTER; DEISE REGINA ZVOBOTER; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO REISER; POLYANA COSTA BRANDAO; POLYANA COSTA BRANDAO

750
Dextrocardia Situs Inversus Totalis Associado a Aneurisma e Dissecção de Aorta 117
PATRICIA NEVES XIMENES; HERBERT GONÇALVES KRETTLI; SALOMAO BARUNA ALCOLUMBRE; GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO; THASIELY MOURA FARIA; DEISE REGINA ZVOBOTER; BERTHA DE QUEIROZ CAMILLO; POLYANA COSTA BRANDAO

823
Hipertensão Arterial Sistêmica Associada ao Risco Cardiovasculares na Atenção Primária à Saúde de Senhor do Bonfim, BA 117
ALVARO LUIS MÜLLER FONSECA; LARISSA NASCIMENTO SOUZA; BEATRIZ PINTO ANDRADE REIS; AGNETE TROELSEN PEREIRA

22 - Educação Física 118

231
Cardiopatia Chagásica Crônica está Associada a Níveis Reduzidos de Atividade Física: uma Análise Transversal 119
LEONARDO GONÇALVES RIBEIRO; TATIANA REHDER GONÇALVES; VITOR BARRETO PARAVIDINO; FLAVIA MAZZOLI-ROCHA; FERNANDA SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES; ROBERTO MAGALHÃES SARAIVA; ALEJANDRO MARCEL HASSLOCHER-MORENO; MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO

333
Efeito Agudo do Exercício Isométrico de Handgrip na Variabilidade da Frequência Cardíaca de Pessoas com Hipertensão Arterial sob Uso de Medicação 119
WAGNER JORGE RIBEIRO DOMINGUES; EMMINA LIMA CRUZ SOUZA; JOYCE ESPIRITO SANTO; ELVIS MOURA PEREIRA COSTA; KAREM GABRIELE PINHEIRO OLIVEIRA; PAULO LUCAS SILVA SILVA; ESAÚ SILVA SOARES; CAROLINE FERRAZ SIMOES

23 - Enfermagem 120

266
Medidas Perioperatórias de Controle da Dor em Pacientes do Protocolo Enhanced Recovery After Cardiac Surgery 121
LIGIA NERES MATOS; ANDRE MISIARA; FABIOLA TRAVERSO; ANA LUIZA FERREIRA SALES; BRUNO MIRANDA MARQUES; MARCELO FERNANDES RAMALHO; FERNANDO RODRIGUEZ; IEDA PONTES; IEDA PONTES

308
Avaliação de Desempenho de Terapias Intensivas Cardiológicas e Não Cardiológicas por Tipo de Hospital: *Benchmarking* para Melhores Práticas 121
SUELEN PESSATA FERRAZ; FLAVIA GIRON CAMERINI; JULIANA GERHARDT SOARES FORTUNATO; DANIELLE MENDONÇA HENRIQUE; CÍNTIA SILVA FASSARELLA; ANDREZZA SERPA FRANCO; EMANUELLY ALMEIDA DA SILVA; LUANA RIBEIRO AMARAL COSTA

315
Tempo de Internação em Terapia Intensiva x Ocorrência de Eventos Adversos com Cateteres Venosos Centrais de Curta Permanência: Estudo Transversal 121
JULIANA GERHARDT SOARES FORTUNATO; SUELEN PESSATA FERRAZ; FLAVIA GIRON CAMERINI; DANIELLE MENDONÇA HENRIQUE; CÍNTIA SILVA FASSARELLA; KISSYLA HARLEY DELLA PASCOA FRANÇA; NAYANA MESSINA; LUIZA ALCANTARA DE OLIVEIRA

440
Modelos Cardíacos: uma Abordagem Tridimensional para Compreender a Insuficiência Cardíaca 121
MARCELLA DOS SANTOS LOPES SILVA; ANA BEATRIZ COSTA DO COUTO; REBECA LIAL ROSADO; LUCIANA MORBACH MIRANDA; CLÁUDIO TINOCO MESQUITA

629
Eficácia das Práticas Integrativas e Complementares no Controle Pressórico e Redução do Risco Cardiovascular 122
BIANCA BOTELHO VIEGAS; FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO CARLOS; GUILHERME CAMPECHE SANTOS; GABRIELE PEREIRA FONTES; ELIZABETH SILAID MUXFELDT

657
Indicadores de Qualidade Assistencial no Tratamento Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio 122
LUCIANA REIS; DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA; FABÍOLA ALVES TRAVERSO DA MOTTA; SONIA CRISTINA RODRIGUES SIMÕES

667
O Uso de Tecnologias e sua Influência na Qualidade de Vida dos Pacientes com Doenças Cardiovasculares Submetidos à Troca Valvar Percutânea 122
EVA NATALINA FERREIRA COSTA; ELENAI SANTANA SANTANA NOGUEIRA; HAILTO DOS SANTOS SILVA

804
Implantação do Prontuário Afetivo para Pacientes em Perioperatório de Cirurgia Cardíaca 122
ANA CAROLINA EIRIS PIMENTEL; RAQUEL CONSTANTINO DE ALMEIDA; CAMILA MEDEIROS DOS SANTOS; RAQUEL DE MENDONÇA NEPOMUCENO

805
Coarctação da Aorta Associada à Síndrome de Edwards: um Relato de Caso 123
MARIANNE CORRÊA DA SILVA COUTO; PAOLA PAIVA MONTEIRO; MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA SILVA; ROSANE CORDEIRO BURLA DE AGUIAR; ANA LUIZA DORNELES DA SILVEIRA

24 - Fisioterapia 124

265
Estratégia Digital para Aumento do Nível de Atividade Física e Modulação Cortical em Obesos Classe III: um Estudo Piloto 125
JAQUELINE PEIXOTO LOPES; EMANOELE ANASTÁCIA DA SILVA ARAUJO DE MELO; ANA CAROLINA NADER VASCONCELOS MESSIAS; JULIO GUILHERME SILVA; MARCO ORSINI; LUCIANA MOISES CAMILO; MAURICIO DE SANT'ANNA JUNIOR

271
Impacto da Fisioterapia na Funcionalidade e Fragilidade de Idosos Inseridos em um Protocolo de Insuficiência Cardíaca 125
PATRÍCIA AZEVEDO AZEVEDO FERREIRA; SAMANTHA SABINO DE OLIVEIRA; VAGNER BEZERRA BARCELLOS; BEATRIZ ROBERT MOREIRA; TAYNA PRUDENCIO VEIGA; ALEX RODRIGUES DE MORAES

319
Inserção Docente e Discente no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Elaboração de Protocolo Operacional Padrão 125
JOÃO PEDRO SOUZA; STÉPHANIE RAPOSO; MARIA VICTÓRYA SANT ANNA; MARIANNA ALEXANDRE DOS SANTOS:; LUCIANA MOISÉS CAMILO; TIAGO BATISTA DA COSTA XAVIER; RICARDO GAUDIO ALMEIDA; MAURICIO SANT ANNA JUNIOR

320
Perfil Clínico e Principais Desfechos dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho 125
GABRIELLE RODRIGUES GARCIA; VICTOR REGUFE COELHO DA SILVA

348
Avaliação da Capacidade Funcional e Função Cardiovascular de Pneumopatas Crônicos Submetidos a um Programa de Reabilitação Pulm 126
SARAH CARNEIRO PORTELA; TAÍS GUIMARÃES MARQUES SILVA; GUILHERME PINHEIRO FERREIRA SILVA

358
Capacidade Funcional de Pacientes em um Programa de Pré-Habilitação em Cirurgia Oncoginecológica 126
GABRIELLE SILVA GERMANO; RAQUEL BOECHAT DE MOURA CARVALHO; FELIPE CARDOZO MODESTO; NADIA ROBERTA CHAVES KAPPAUN

380
Influência da Poluição Atmosférica Outdoor no Desempenho do Teste de Caminhada de 6 Minutos e nas Variáveis Hemodinâmicas 126
RAMON ISIDORIO SILVA; ADALGIZA MAFRA MORENO; PAULO HENRIQUE MOURA

472
Efeito do Foam Rolling e do Treinamento de Força na Hipotensão Pós-Exercício em Mulheres Normotensas 126
ESTÊVÃO RIOS MONTEIRO; JAKOB L VINGREN; LINDA S PESCATELLO; VICTOR GONÇALVES CORRÊA NETO; JULIO GUILHERME SILVA; JEFFERSON DA SILVA NOVAES; IGOR RAMATHUR TELLES DE JESUS

512
Resposta da Terapia de Ressincronização Cardíaca sobre FMR, PFE, Tolerância ao Exercício e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca 127
CHRISTIANE RODRIGUES ALVES; SERGIO LUIZ CHERMONT; ERIVELTON NASCIMENTO; CHRISTIANE WIEFELS REIS; MARIO LUIZ RIBEIRO; FERNANDA RIBEIRO; EVANDRO TINOCO MESQUITA; CLAUDIO TINOCO MESQUITA

624
Características Funcionais e Valores da Força Muscular Respiratória Associados à Classificação da IC em Pacientes Acompanhados em uma Clínica de IC 127
GIULIA BARBOSA AVÓLIO; CHRISTIANE RODRIGUES ALVES; FELIPE CARDOZO MODESTO; LUANA DECCO MARCHESE ANDRADE; SHEILA LIMA ABDALA; MÔNICA MARIA PENA QUINTÃO; EVANDRO TINOCO MESQUITA; SÉRGIO SOARES MARCOS CHERMONT

686
Avaliação da Capacidade Funcional de Pacientes com Doenças Cardiovasculares Através do Teste de Marcha Estacionária de 2 Minutos: um Estudo Piloto 127
VINÍCIUS MARINHO COELHO; SHEILA LIMA ABDALA; JUAN CARLOS LIMA; MARIA ELIZABETE MACEDO; GRAZIELE MACIEL FREIRE

745
Associação entre Insuficiência Cardíaca e Função Respiratória em Pacientes com Cardiopatia Chagásica Crônica 127
CLARA PINTO DINIZ; PATRÍCIO BRAZ DA SILVA; MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO; FERNANDA DE SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES; ANDRÉA SILVESTRE DE SOUSA; FLAVIA MAZZOLI-ROCHA

772
Tecnologia Wearable e Sistema Cardiovascular: o que Esperar do Futuro? 128
DEIVISON CORREA AQUINO; LEONARDO MOREIRA ALVES; THIAGO BEYSSAC PEREIRA

794
Avaliação da Segurança do Treinamento Físico em Pacientes com Insuficiência Cardíaca em Uso de Terapia Inotrópica 128
DAIANE DO NASCIMENTO CAMELO; CLARA PINTO DINIZ; CAROLINA NIGRO DI LEONE; JULIANA REGA DE OLIVEIRA; JAQUELINE PEIXOTO LOPES

860
Avaliação da Taxa de Insuficiência Respiratória no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: um Estudo Prospectivo 128
DIMAS CURITIBA OREM SANTOS; MARIANA BARCELLOS AVILA; ANA PAULA NUNES CARNEIRO

25 - Nutrição 129

294
Influência das Variantes Genéticas ADIPOQ-rs182052 e FTO-rs9939609 com Consumo Alimentar, Glicemia e Lipemia em Mulheres Brasileiras com Obesidade 130
FLAVIO ANDRADE CAMACHO, ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBERIO; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; THAIS DA SILVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAS; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO

295
Efeito Combinado e Isolado dos Polimorfismos CLOCK-rs1801260 e ADIPOQ-rs182052 na Lipemia, Resistência à Insulina e Adiposidade Central na Obesidade 130
JOANA HARTMANN GUIMARÃES; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; THAIS DA SILVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; VIVIAN COIMBRA; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO

296
Polimorfismos ADIPOQ-rs182052 e GHSR-rs572169 na Obesidade: Efeito no Comportamento Alimentar e no Risco Cardiovascular 130
ERIKA DUARTE GRANGEIRO; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; THAIS DA SIVA LIMA; GABRIELLA DE MEDEIROS ABREU; LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAIS; ELIANE LOPES ROSADO

327
Obesidade e Microbiota Intestinal: Efeito da Qualidade do Sono no Controle Glicêmico, Consumo de Energia Total e na Alfa-Diversidade de Filo e Gênero 130
LORENA DOS SANTOS DE OLIVEIRA CAMARA; JOANA HARTMANN GUIMARÃES; ANNA KAROLINA DA SILVA DE ANDRADE RIBEIRO; THAIS DA SILVA LIMA; VIVIAN COIMBRA; LEYSIMAR DE OLIVEIRA SIAIS; ÉRIKA DUARTE GRANGEIRO; ELIANE LOPES ROSADO

639
Relação Entre a Fração de Plaquetas Imaturas e Agregação Plaquetária em Indivíduos Portadores de Obesidade 131
NATÁLIA CARVALHO MARTINS; KASSIANE MACHADO DIAS; RENATA VIEIRA LIMA PINTO; MATHEUS MELO FABIANO; KARYNNE GRUTTER LISBOA LOPES DOS SANTOS; LUIZ GUILHERME KRAEMER DE AGUIAR; MARIANA SIQUEIRA E MEDEIROS; CRISTIANE MATSUURA

680
Ângulo de Fase e sua Relação com Força de Preensão Manual e Massa Muscular Apendicular em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Descompensada 131
FLÁVIO ANDRADE CAMACHO; LORRANE CRUZ GARCIA MAIA; GABRIELLA VIDAL GONÇALVES; DÉBORA LEITE FERREIRA; MARIA FÁTIMA MARTINS GIL DIAS; ANDRÉ CASARSA MARQUES; RENATA FRAUCHES MEDEIROS; ANDREA CARDOSO MATOS

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR

A

ABECASSIS, JOYCE CARDOSO 407, 421
ABRAHÃO, ANA 617
ABREU, BERNARDO 707
ABREU, BERNARDO NOYA 737
ABREU, TATIANA ERTHAL DE 579, 592
AGOSTINHO, RAFAEL 537, 575
AGUIAR, MARIANA MEDEIRO 354, 483, 536, 569
AHMED, YUSUF ALI AHMED ABDULLA 617
AIDAR, NEILA ANDERS 238
ALBANEZE, LUCAS 35
ALBANO, JULIANA MUTZ 486, 494, 865
ALBUQUERQUE, FELIPE 213
ALBUQUERQUE, ISABELA STARLING 554
ALCÂNTARA, MONICA 378, 434
ALCANTARA, MÔNICA LUIZA 432
ALCANTARA, MONICA LUIZA DE 355, 401, 353
ALCOLUMBRE, SALOMAO BARUNA 748, 750
ALENCAR, ANDREA TAVARES DE 369
ALEXANDRE-SANTOS, BEATRIZ 388
ALEXIM, DORYS FERREIRA BARRETO 592
ALLAN, DANIELE GUEDES 675
ALMEIDA JUNIOR, JOÃO BATISTA DE 502
ALMEIDA, BARBARA CRISTINA RODRIGUES DE 354, 569, 764
ALMEIDA, BRUNA BARBOSA CHAGAS DE 556
ALMEIDA, CRISTINA MARIA SOUSA DE 369
ALMEIDA, FERNANDA NIGRI DE 363
ALMEIDA, ISADORA MILAGRE 277
ALMEIDA, JULIANO CARVALHO GOMES DE 322, 341, 369, 525, 731
ALMEIDA, LILIAN CAVALHEIRO 854
ALMEIDA, MARIANA ROCHA BRITO 850
ALMEIDA, MARIANA SOPHIA SANTOS 456
ALMEIDA, PATRICIA COSTA DE 202, 447, 488
ALMEIDA, RODRIGO OLYNTHO DE 730, 851, 854, 855, 859
ALMIRO, JOSÉ FABIO 378, 431, 473, 867, 870
ALONSO, ANNA KARLA DE SOUZA AMARAL 652, 675
ALTSCHULLER, MARIA BEATRIZ CORRÊA DE MELLO 525
ALVES, BOABEDIL JUNIOR XAVIER 650, 678
ALVES, DANIEL MAC-DOWELL LOPES 649
ALVES, GLEYCE ANNY CAVALCANTE DUETE 384
ALVES, KARINE MENDES 780, 842
ALVES, LAISA SILVA 612
ALVES, LEONARDO SOUZA MOREIRA 573
ALVES, MAURO 62
ALVES, STELAMARIS FERNANDA QUEIROZ 238
ALVES, WAGNER 840
AMADEU, MARIA CLARA MOURA 600, 663, 665, 758, 761, 869
AMAR, DAVI WHATELY 606
AMAR, DAVID BARROSO 819, 841
AMARAL, ANA DUTRA 705
AMARAL, BRUNA FIALHO DE SOUZA 336, 340, 384, 660
AMARAL, SALOMON ISRAEL DO 370
AMORIM, GUILHERME DALCOL TORRES DE 250, 251, 557
ANANIAS, MARIA CAROLINA BREDAN 595
ANDRADE, ARTHUR XAVIER OLIVEIRA DE 426
ANDRADE, MILENA DA ROCHA DE 592, 579
ANDRADE, THAYANNE MENDES DE 791, 792
ANELLO, ALEXANDRE LOJA ANELLO 483
ANJOS, IVAN LUCAS PICONE BORGES DOS 752, 700, 754, 386
ANTUNES, RENATA LABRONICI FIGUEIRA RODRIGUES 55
ARAGÃO, ALEXANDRE AUGUSTUS BRITO DE 386, 414, 700, 752, 754
ARAGÃO, FABÍOLA LEITE 620
ARAGÃO, IVANA BORGES PICONE DE 427, 414, 386, 398, 416, 419, 424, 700, 752, 754, 756, 757
ARANTES, RENATO MACIEL DE 475, 483, 569, 764
ARAUJO, ANA FLAVIA NUNES 855, 859, 851
ARAUJO, CLEYSE BISPO 288
ARAUJO, JESSICA 742
ARAUJO, LARISSA NAVEGA SOUZA MORSE DE 642, 775, 808, 811, 856
ARAÚJO, MICHELLE DE SANTANA 744
ARAÚJO, VICTOR HUGO VIEIRA DE OLIVEIRA 577, 643
ARAUJO, YASMIN 252, 254
ARAUJO, YASMIN FARIAS RODRIGUES 55, 226
ARPINI, ANNA PAULA 249
ARRUDA, MARIA CANDIDA OLIVEIRA DE 502
ASSIS, NATHAN CORRÊA 564
ASSUMPÇÃO, GABRIELLE 396
ASSUMPÇÃO, THIAGO CARNEIRO 412, 441
ATIÉ, IARA 252, 254, 269
AVEIRO JUNIOR, ISAAC HEES DE 48
AVELLAR, BERNARDO 537, 575
AZANHAS, SÁVIO ALVES MANCEBO 786
AZEVEDO FILHO, SÉRGIO LUIZ ALVES DE 426
AZEVEDO JUNIOR, GIOVANE LEAL DE 535, 550, 726
AZEVEDO, ANA CAROLINA PIRES DE 409, 426
AZEVEDO, AUGUSTO DAS NEVES 370
AZEVÊDO, ELAINE APARECIDA PEDROZO 528
AZEVEDO, GABRIELA MARIA GONÇALVES 202, 447, 488
AZEVEDO, KAREN SAYURI LOUVAIN DE 579
AZEVEDO, RIVELINO TRINDADE 412, 441, 638

B

BAHIA, ALEXANDRE 619
BALBI, MARIANA 702
BALDUCE, AMANDA APARECIDA AGUIAR 482
BALTAR, VALÉRIA TRONCOSO 391
BALTHAZAR, TATHIANA FONTES 483
BALTHAZAR, TATHIANA FONTES FERREIRA 764
BANDEIRA, MARCELO 810
BAPTISTA, LÍVIA QUINTELLA 510, 532
BARAUNA, SALOMAO BARUNA 749
BARBOSA, CAMILA VEIGA 536
BARBOSA, MARIA EDUARDA NASCIMENTO 784, 799
BARROS, PEDRO GABRIEL 736
BARROS, PEDRO GABRIEL MELO 707, 735
BARROS, PRISCILA FREITAS 638
BARROS, PRISCULA FREITAS 441
BARROS, VITÓRIA DINIZ MACEDO DE 221
BARROSO, ELLEN ELIZABETH MACEDO 819, 841
BARROSO, NICOLE MANSOUR 297
BARZILAI, VICTOR SALVATORE 707
BARZILAI, VITOR SALVATORE 721
BASSO, MARCOS PAULO AGRA 850
BASTOS, EDUARDO LUIZ VIEGAS DE MIRANDA 527
BASTOS, LUIZ ANTONIO VIEGAS DE MIRANDA 527, 690, 845
BASTOS, RAFAELLA ANTUNES 797
BATISTA, WESLEY DE JESUS 744
BATTISTUZ, FLAVIA 502
BEDIM, IAN TINOCO NOVAES 411, 546, 656
BEDIM, IGOR TINOCO NOVAES 656
BEM, TAMIRES BOMBETTI FONSECA DE 669
BENTO, CLARISSA THIERS 620
BERGMAN, FÁBIO 482
BERNARDO, MARCOS PAULO LACERDA 48
BESERRA, ANA HELOISA NASCIMENTO 786, 789, 790
BESSA, MARIANA KOECHE 636
BEZERRA, KALINE TENÓRIO 784, 799
BEZERRA, LUCIANA COUTINHO 250, 251, 557
BICHARA, JOSE LUCAS PERES 527
BILOURO, MANUELLA ALVES DE MENEZES 858
BINENSZTOK, BENY 250
BIOLCHINI, LARISSA DUNGS 842
BITTENCOURT, MARCELO IMBROINISE 213, 739, 659

BOA, RENATA VAILLANT FONTE 546
BONFIM, ANDRE LUIZ DIAS LIMA 23, 353, 355, 401, 432, 434
BORGES, LUCAS DE MORAES 202, 233, 488
BRAGA, FABRICIO 71, 138, 142, 223
BRAGA NETO, ANTONIO RODRIGUES 414
BRAGA, ELLEN 396
BRAGA, ELLEN FERNANDA DAS NEVES 250, 251, 336, 557, 674
BRAGA, GUSTHAVO DE ALMEIDA PETRILLO 426
BRAGA, MARCELO ANTONIO PINHEIRO 375
BRANDÃO, GABRIELA DE SOUZA FARIAS 502
BRANDÃO, LUIZA FONSECA 662, 678
BRANDÃO, MARIA FERNANDA ZACCUR MACHADO 283
BRANDAO, POLYANA COSTA 749, 750
BRANDO, LETÍCIA RICCIO C. ALBUQUERQUE WALSH 331, 337, 460
BRASIL, LUCIANA FUMIAN 546
BRAUNE, CAROLINE BITTAR 390
BRAVO-VALENZUELA, NATHALIE JEANNE 826
BREMENKAMP, BRENDHA FERRARI 411, 656
BRIM, CAROLINE AZEVEDO 341
BRITO, ADRIANA 249
BRITO, ADRIANA SOARES XAVIER DE 628, 722
BRITO, ANA RAQUEL MENDES 297
BRITO, BIANCA FERREIRA 23, 353, 401, 432, 434, 355
BRITO, IZADORA BIGHETTI 363, 545
BRITO, JOSÉ OSCAR 858
BROCCO, BRENO BOITEUX 559
BRONCHTEIN, ANA INÊS COSTA 585, 621, 820
BRONCHTEIN, SERGIO 585, 621, 820
BRUM, JULIANA DA CRUZ 410, 423
BRUNO, ANDREA 585
BUENO, GUILHERME DA SILVA 391
BURGARELLI, THIAGO 216, 642, 775, 810, 811

C

CABRAL, DAVID CURI BARBOSA IZOTON 184
CABRAL, JOÃO V. 28, 29, 30, 41
CAGGIANO, ODARA MANFREDINI 628, 722
CAIXETA, ADRIANO MENDES 707, 721, 735, 736
CALIXTO, GABRIELLE ASSUMPÇÃO 336, 340, 384, 660
CALLEGARO, FILIPE MEIRELES ZICA MANZZINI 232, 255, 365
CAMANHO, LUIZ EDUARDO MONTENEGRO 616, 676
CAMARA, MARCELLE PEREIRA DE MENEZES 839, 856
CAMILLO, BERNARDO BALSAN 492, 493
CAMILLO, BERTHA DE QUEIROZ 750
CAMISÃO, NATHALIA DUARTE 652, 675
CAMPOS, ANA CAROLINA MARQUES DE SÁ 663, 665, 758, 761, 869
CAMPOS, CAROLINE MAIRINK HECHT 635, 645, 646, 682, 702
CAMPOS, GABRIEL SOUZA 426
CAMPOS, LUIS ANTONIO ALMEIDA 738
CAMPOS, LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA 218
CANGUSSÚ, YGOR VILELA 631, 655
CAPUTI, DANIELA 38, 256, 516, 560, 833
CARDOSO FILHO, HEBER OLIVEIRA 601
CARDOSO, ANA CAROLINA 522
CARDOSO, RODRIGO DE FRANCO 447
CARESTIATO, LILIAN 619
CARLOS, FERNANDA OLIVEIRA DE CARVALHO 351
CARMO FILHO, AUREO 277, 281, 283, 297
CARREIRO, ANA CLARA BARROS PORTO 671, 743, 840
CARRERA, VALDO JOSÉ 553
CARVALHO, BRUNA ZANGEROLAME 739
CARVALHO FILHO, ADOLPHO XAVIER DE 653, 515
CARVALHO, CLARICE DE CASTRO 786, 789, 790
CARVALHO, CLAUDIA FELIX FERREIRA DE 438
CARVALHO, FILIPE PENNA DE 636
CARVALHO, LUIZ ANTONIO 738
CARVALHO, MARCIO ROBERTO MORAES DE 264, 268, 282
CASARCA, ANDRÉ 378, 619
CASARI, BRUNO PORTAVALES 819, 841
CASTELLANETA, MARIANA BARROS 739
CASTIER, MARCIA BUENO 48
CASTRO, JADY OLIVEIRA BALBINO E 409
CASTRO, KAMILA NETTO DE 578, 827
CASTRO, PAULO HENRIQUE ROSADO DE 341
CASTRO, RENATA R. T. 526, 637
CASTRO, RENATA RODRIGUES TEIXEIRA 573
CAUDET, ANA CAROLINA BARBOSA 354, 467, 536
CAVALIERI, CLAUDIO JOSÉ SOBREIRA 578, 827
CECIM, ALESSANDRA RODRIGUES 281
CEGA, FABIANO DE OLIVEIRA 519
CENTURION, LUCAS MOLON 262
CERBINO, FERNANDA MELLO ERTHAL 636
CEVAROLLI, RENAN CABRAL 819, 841
CHAMBI, ALAN 343
CHAMBI, ALAN YAZALDI COTRADO 550
CHIANI, JOSÉ RICARDO BRIZZI 578
CHIMELLI, RAFAEL DE CARVALHO 729
CHIORINO, CAMILLA ROSARIO 730, 851, 855, 859
CHRISTIANI, LUIZ ALBERTO 482
CIBIN, PATRICK MACHADO 459
CLARO, ISABELA CÂNDIDA MONTES 862, 863
COELHO, ELIZA PRODEL 802
COELHO, FRANCISCO DE ASSIS R. F. BENÍCIO 628, 722
COELHO, PEDRO HENRIQUE RAPOSO 410, 423
COELHO, ROBERTA PEREIRA 547, 550
COHEN, ISABELLE 801
COLA, MARIA CAROLINA TERRA 445, 545, 650, 662, 678, 828
COLAFRANCESCHI, ALEXANDRE SICILIANO 713
CONCEIÇÃO, JOHNATAN FELIPE FERREIRA DA 381
CONTILDES, PAOLLA MARINHO 600, 653, 663, 665, 758, 761, 869
CORREA FILHO, WILSON BRAZ 390
CORRÊA, ALINE QUARESMA PIMENTEL CARRIELLO 495
CORRÊA, BRUNO LINHARES AZEREDO 636
CORREA, NILTON LAVARORI 343, 535, 550, 573
CORREA, PAMELA XAVIER ABELHA 312
CORTEZ, ARTHUR FERNANDES 262
CORVISIER, MAURICIO FARIA 582
CORVISIER, RICARDO CRESPO 370
COSENZA, RODRIGO PERIQUITO 809
COSTA JUNIOR, JOSE RIBAMAR 737
COSTA, AMANDA MENDONÇA DA SILVA 557, 674
COSTA, ANA CAROLINE OLIVEIRA 342
COSTA, CAROLINA BARROS FERREIRA 510, 532
COSTA, ERIKA SANTOS 285
COSTA, HELLEN CAROLINE 513
COSTA, JÚLIA HENRIQUE 467, 475, 569, 764
COSTA, LISIMEIRE CAVALCANTI 808
COSTA, LUIZ ROBERTO 363
COSTA, MARIANA MARIAH IDALGO DA 532
COSTA, RENATO DE MEIS DIAS 608
COSTA, RODRIGO ELIAS DA 585, 621
COSTA, VITORIA 477
COTRADO, ALAN YAZALDY CHAMBI 535
COTRIM, HANS BOSSAN 579, 592
COUTINHO, ARNALDO LUÍZ FERREIRA 202, 233, 488
COUTINHO, HENRIQUE FELIPE 696
COUTINHO, ROBERTA DE MELO 748
COUTO, LARA FAZOL 581
COUTO, RAQUEL GERMER TOJA 393, 813, 817
CRAHIM, VINICIUS 236
CRAVALHO, MARCIO ROGÉRIO MORAES DE 280
CRESPO, RAQUEL ALMEIDA 559
CRIZOSTOMO, LUCAS RAMOS 631, 655
CROCIATTI, JANAINA 350
CRUZ, BRUNO AZEVEDO DA 313, 354, 467, 483, 536, 569, 764
CRUZ, BRYSA PAIVA 580, 642, 775, 807, 808, 810
CRUZ, KELEN CAROLINA SILVA 812, 814, 816
CRUZ, MILENA DA COSTA 312
CRUZ, RAFAEL PIZZO DA 842
CUNHA, DANTON MACHADO DA 381
CUNHA, MICHELLE RABELLO DA 332, 464, 673
CYTRYN, LEIVY ZUCKET 560

D

D'AVILA, LUCIANA BARTOLOMEI ORRU 255
DAHNE, JOEL SOARES 492, 493
DANIEL, ANNA MARIA FRIZZERA 529, 566
DANTAS, RAFAELA BRUM VELOSO 673
D'AVILA, ALAN CASTRO 492
D'AVILA, DIANE XAVIER 215, 501, 547
DEORSOLA, BRENO BRIGANTE 503, 695
DERIQUEHEM, VITOR 583
DI CANDIA, ANGELO MICHELE 215
DIAS FILHO, ULISSES RODRIGUES 421
DIAS, FERNANDA BAPTISTA RIBEIRO 501, 561
DIAS, GLAUBER 249
DIAS, LUCAS CARVALHO 616, 676
DIAS, MARIA DE FATIMA MARTINS GIL 353
DIAS, MYLLENA GIACOMO MONTEIRO 756
DIAS, PYETRA MONTEIRO 391
DIAS, VICTOR LIMA 726
DINIZ, OHANA BARROS 623
DIOGO, INGRID CAROLINE ROSA 277
DIVINO, BEATRIZ 802
DOURADO, FERNANDA NASCIMENTO 299
DRUMOND, MARACHEILA PRATES PAGE 841
DUARTE JUNIOR, MARCO ROGERIO 390, 594
DUARTE, CARLOS HENRIQUE JARDIM 262
DUARTE, MARIANA FRANCO 741
DUARTE, VANESSA CARVALHO 407, 421
DUQUE, GUSTAVO 735
DUQUE, ROBERTA SIUFFO SCHNEIDER 662
DUQUE, THAÍS DE CARVALHO 351
DUTRA, ANA AMARAL FERREIRA 618, 622, 666, 807, 820, 839, 856
DUTRA, GIOVANNI POSSAMAI 559, 862, 863

E

EARP, MARIA EDUARDA MIRANDA E SILVA DE SÁ 729
EGIDIO, MILENA BORGES DE ABREU 631
ELMAHDI, REEM REDA 617
EMILIANO, JENAINE ROSA GODINHO 563, 581, 600, 605, 614, 654, 776
ESPÍNOLA, MARIA TEREZA DE MEDEIROS LEITE 797
ESPINOSA, GABRIEL 71
ESPORCATTE, ROBERTO 548
ESPORCATTE, ROBERTO FELIPE 696
ESTEVÃO, LUCAS DE OLIVEIRA MOURA 48
ESTEVES, PEDRO IVY VENÂNCIO CAMARA 427
ESTRADA, GIULIA DUQUE 590
EVANGELISTA, BRUNO JOSÉ DE SOUZA BELO 515
EVANGELISTA, JEFFERSON FERNANDES 577, 643

F

FACHETTI, ANA 71
FACHETTI, ANA CAROLINA 223
FACURI, CAMILA CARMONA CARDOSO 36, 780, 842
FAGUNDES, ALEXSANDRO ALVES 744
FAILLACE, BIANCA SILVA 48
FAÍSCA, BERNARDO GUÉRCIO 202
FARIA, GABRIELA ARAKAKI 510, 532
FARIA, KAREN FREITAS DE 528
FARIA, MILENA REGO DOS SANTOS ESPELTA DE 722
FARIA, PAULA DE MEDEIROS PACHE DE 553
FARIA, THASIELY MOURA 749, 750
FARINHAS, CLARA BARUFFALDI 559, 862, 863
FATORELLI, ANTONIO 321
FEIJÓ, MATHEUS BARRETO DA SILVA 776
FELIX, AMANDA MARIA SOUSA 563, 581
FÉLIX, RENATA CHRISTIAN MARTINS 628
FELIX, RENATA MEXIAS ABDALA 652, 675
FERNANDES, ANA CRISTINA TENÓRIO DA COSTA 595
FERNANDES, ANDRESSA RAMOS DA SILVA 577, 643
FERNANDES, DANIELA 619
FERNANDES, FABIO 737, 707, 721, 735, 736
FERNANDES, FERNANDO DE AMORIM 338
FERNANDES, JESSICA DE ARAUJO DA FONSECA 616, 676, 856
FERNANDES, LAYLA LEAL 354
FERNANDES, MARIA CLARA 249
FERRAZ, BRUNO 702
FERREIRA JUNIOR, OZIMAR FELIX 850
FERREIRA, ALISON CHAGAS 221
FERREIRA, ANA PAULA ROQUE COSTA 858
FERREIRA, ANGÉLICA CAROLINE 799
FERREIRA, DIEGO MARTINS 407
FERREIRA, FERNANDA BATISTA 576, 606
FERREIRA, GUILHERME MOURA DA SILVA 450
FERREIRA, JOÃO VICTOR SOUTELLO 277
FERREIRA, JULIA DE BARROS NEGRI 674
FERREIRA, JULIANO GOMES MENDONÇA 840
FERREIRA, LOUISE MANCUZO DUARTE 502
FERREIRA, LUIZA SILVA 797
FERREIRA, MARIA CRISTINA MEIRA 517, 520
FERREIRA, MATHEUS 513
FERREIRA, MATHEUS RAGGHIANTI NEY 776
FERREIRA, ROBERTO MUNIZ 184, 341, 369, 370, 525, 731, 763
FERREIRA, ROBERTO OSÓRIO 554
FERREIRA, VIRGINIA LAIS 393, 813
FIALHO, BRUNA 396
FIGUEIRAS FILHO, MÁRCIO ROGÉRIO 268, 280
FIGUEIRAS FILHO, MÁRCIO ROGÉRIO FIGUEIREDO 264, 282
FIGUEIREDO, CAIO DE OLIVEIRA 256, 516, 560
FIGUEIREDO, ESTEVÃO LANNA 721
FIGUEIREDO, JAIME LOBO 637
FIGUEIREDO, PAOLLA MARTINS DE ALMEIDA 659, 808
FIGUEIREDO, PRISCILA NASCIMENTO DE 577, 643
FIGUEIRINHA, GABRIEL COUTO 729
FIGUEIRINHA, RAFAEL COUTO 729
FIOROTT, WILLIAM CÉSAR DA SILVA 467
FISZPAN, JAQUELINE 801
FIUZA, HANAH VALINHOS ABREU 529, 566
FLEURY, ROGERIO GOMES 277, 281, 297
FONSECA, ALVARO LUIS MÜLLER 823
FONSECA, GABRIEL STRINGARI DA 493
FONSECA, MARAYAH SAMPAIO RUAS DA 862
FONTE, CAMILA RIBEIRO SOUZA 573
FONTES, CRISTINA ASVOLINSQUE PANTALEÃO 339, 457, 458, 459
FONTES, GABRIELE PEREIRA 375
FORNASA, SHARA LOCH 654
FORTES, CLAUDIO QUERIDO 341, 525, 553
FORTES, NATÁLIA RODRIGUES QUERIDO 553
FOUREAUX, MATHEUS MEDEIROS 594
FRAGA, PAULO VICTOR TURETA 663, 665, 758, 761, 869
FRAGAS, SANDRA MARCIA 851, 855, 859
FRANCISCO, CLAUDIA ELENA VEDOVELI 390
FRANCISCO, RICARDO MIGUEL GOMES CARVALHO 370
FRANTZ, ELIETE DALLA CORTE 388
FRAZÃO, SARA FERNANDA GOMES DE LIMA 407, 421
FREIRE, LOUISE 618, 622, 666, 705, 707, 737
FREITAS, DANIEL ALVES NUNES DE PINHO 331, 337, 460
FREITAS, FÁBIO 396
FREITAS, MÁRCIA BARBOSA DE 447, 824
FREITAS, OTÁWIO DIANA DE 631, 655
FREITAS, STÉPHANNIE 396

FRIAS, ANA CAROLINA BORBA DE 420
FRISSO, DANILO CARVALHO 251
FRISSO, JULIANA DE ARAUJO 636
FUKAMATI, GUSTAVO SEIJI 217
FUKS, VALÉRIO 517, 520
FURTADO, JÚLIA 35

G

GAETA, GIOVANNA JURCUNAS DE OLIVEIRA 515
GALHEIGO, ELEONORA DIAS 407, 421
GANIMI, DANIEL COSENDEY 827, 842
GARCETE, ANA PAULA MORENO 628
GARCIA, BRUNO GONÇALVES 202, 233, 447
GARCIA, JULIANA CAMARA 625
GARCIA, LUIZA SILVEIRA 246
GARCIA, MARCELO IORIO 341
GARCIA, MARIA EDUARDA KOELER 331, 337, 460
GARCIA, THAISA RODRIGUES 824
GENTILINI, GIUSEPPE MORALES 492, 493
GIORI, ANA CAROLINA GARCIA 581
GISMONDI, RONALDO ALTENBURG ODEBRECHT C. 538, 868
GLAVAM, ADRIANA PEREIRA 722
GOIS, GUSTAVO EMILIO DE 826
GOLEBIOVSKI, WILMA FELIX 557
GOMES JUNIOR, NÉLIO 789, 790
GOMES, BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA 559, 635, 645, 646, 682, 863
GOMES FILHO, LEANDRO ARAÚJO 283
GOMES, JOSÉ ANTÔNIO PEREIRA 405, 413, 428, 768
GOMES, LUCAS FIDELIS 305
GOMES, VÍTOR GARCIA 712
GONÇALVES, ANDRESSA LEAL 819, 841
GONÇALVES, ANNA LOISE DA CRUZ 305
GONÇALVES, FÁBIO FREITAS SIQUARA 340, 384, 660
GONÇALVES, ISABELA LUCCHINI TORRES 565, 632, 658
GONÇALVES, TAMIRES BORGES 35, 544
GONGÔ, ISADORA RODRIGUES RODRIGUES 391
GORINI, CLAUDIA CORREIA 786
GOUVÊA, GUILHERME COSTA 453
GRIPP, ELIZA ALMEIDA 547, 561
GRIPPA, AUREA 477
GROSS, MARCUS VINICIUS 410, 423
GUANDALINI, CAMILA CAROLINA VALERO 416, 756
GUEDES, JEFERSON FREIXO 331, 337, 460
GUEDES, MARIANA ANDRADE 679, 830
GUEDES, MARIANA DE ANDRADE 779
GUILHERME, CAMILA BESSA 786
GUILHOME, ANA LETÍCIA REIS 565, 632, 658
GUIMARÃES, ISADORA DE SÁ 812, 814, 816
GUIMARÃES, LUANA MOREIRA SENRA 625
GUIMARÃES, LUIZ FELIPE DE ABREU 525
GUIMARÃES, MARIA AMÉLIA BOGÉA SERRA 526
GUIMARÃES, MATHEUS 850
GUIMARÃES, RENATO BASTIANI 492
GUINA, OCTÁVIO DRUMMOND 305
GUMIERO, VICTOR AZARA 359
GUTIERRE, MARCELA USBERTI 730, 854, 859, 851, 855
GUTTERRES, DIOGO BARROS 582

H

HABIBE, JULIA 610
HADDAD, ANDREA FERREIRA 578, 824
HADLICH, MARCELO SOUZA 620
HAMIEH, CHADYA AHMAD ABOU 184
HOMSI, ENZO IRRIBAREM 493
HORTO, MARIANNA AUGUSTA ROCHA 658

I

IBAÑES, THAIS BARROS CORRÊA 612
INACIO JUNIOR, LUIZ ANTONIO OLIVEIRA 676
INACIO, LUIZ ANTONIO OLIVEIRA 616
INNOCENZI, ADRIANA 252, 254
ISSA, AURORA FELICE CASTRO 299
IZAIAS, JOÃO EDUARDO 570, 607, 613
IZIDRO, THAÍS DE SOUZA 839

J

JACQUES, LUCAS PEREIRA 457
JAZBIK, JULIANA EDEL 569
JENSEN, LARS JUHL 623
JOÃO, AMANDA LEÃO DE MELO 495
JORGE, ANTONIO JOSE LAGOEIRO 339, 458, 459, 556, 759
JUNQUEIRA, JESSICA DE PAULA CHALUP 398
JUNQUEIRA, LIVIA LOPES MONTEIRO L. M. BARROS 669
JURKOVICH, MARIA JULIA 555, 690, 702, 826, 845

K

KAMHAJI, ANA PAULA COSTA FILIPPE 841
KAUFMAN, RENATO 353, 355, 401, 432, 434
KER, WILKER DOS SANTOS 535
KER, WILTER 343, 573, 550
KEZEN, JOSÉ 619
KRETTLI, HERBERT GONÇALVES 748, 749, 750

L

LACOSTE, MAXIMILIANO 431
LANCELLOTTI, GABRIELLE DA COSTA 495
LARA, CAROLINA FLECK DOS REIS 331, 337, 460
LARA, LARA 801
LARANJA, MÁRIO ARTHUR RODRIGUES 668
LAVALL, GUILHERME 856
LEAL, ANNA LUIZA DE OLIVEIRA 475, 620, 650, 674, 828
LEAL, EMMANUELLA 516
LEAL, MARIA EDUARDA ABREU E LIMA FERREIRA 763
LEÃO, MARNIE HILLARY CARVALHO 555, 690, 702, 826, 845
LEITÃO, ISABELA DE CARVALHO 553
LEITE, ADSON RENATO 342
LEITE, AFONSO DE LIGUORI SOARES 529, 566
LEITE, DANIEL MOREIRA DA COSTA 369
LEITE, LARA DE MOURA 369
LEITE, NATHALIE CARVALHO 522
LÉLIS, VICTOR RABELO ARAUJO 336, 340, 384, 396, 660
LEMKE, VIVIANA GUZZO 517, 520
LEMOS, FERNANDA MARIA 826
LEMOS, GIULIA FACINA CARVALHO DE 603, 604
LEVIGARD, RAFAEL BRAZ 819
LEVY, GUILHERME 367
LIMA, BEATRIZ 801
LIMA, BERNARDO AUGUSTO ANDRADE 601
LIMA, EDUARDO BARBOSA 410, 423
LIMA, GABRIEL CANHOTO 605, 654
LIMA, GIOVANA LUISA MOREIRA 510
LIMA, JOÃO PEDRO VAZ DE 583
LIMA, LUAN CAVALCANTE VILAÇA 690, 555, 635, 645, 646, 682, 702, 826, 845
LIMA, LUANA CORDEIRO DE 643
LIMA, LUCAS FELDMAN PAZ DE 353, 355, 401, 432, 434
LIMA, LUCIENE MIGUEL 565, 632, 658
LIMA, MARIA ANGÉLICA DE FARIAS DOMINGUES DE 594
LIMA, RAFAEL VILANOVA 679, 706, 759, 830
LIMA, SARAH QUICK LOURENÇO DE 601
LINO, DANIELLI OLIVEIRA COSTA 707

LINS, JAYDA EIRAS RAMIM 397, 400, 402, 404, 406
LINS, WYLISSON MARCELO ALMEIDA 397, 400, 402, 404, 406
LOMBA, GUILHERME SCHETTINE BEZERRA 280, 264, 282, 268
LONGO NETO, GUIULIO CESARE 412
LOPES, CAIO SILVA 381
LOPES, GUSTAVO DANIEL 456
LOPES, KARINNE COSTA 649
LOPES, LUCAS VITAL MELLO 202, 233, 447
LOPES, PABLO MOURA 48
LOPES, PEDRO PERELO 342
LÓPEZ, JOSE XAVIER 516, 560, 833
LORENZO, ANDREA DE 236, 249
LORENZO, RAFAEL DE 236, 249
LOSITO, LUIZA DA FRANÇA 388
LOURENÇO, LAILA PIMENTEL 391
LOVATI, JULIANO VILL 554
LOZANO, GABRIELA VIEIRA 354, 536
LUCAS, LEONARDO AGUIAR 759
LUCIANO, RAFAEL FERREIRA 583
LUGON, JOCEMIR RONALDO 280, 264, 268, 282, 654
LUIZ, ALLYSON BRAGA 426
LYNCH, RAFAELA DE MAYRINCK 671
LYONS, DÉBORA 495
LYONS, GABRIELA 495
LYRA, CAROLINE 453

M

MACEDO, YASMIM DE MORAIS 839
MACHADO, ANNA CAROLINA PEREIRA MARES GUIA 546
MACHADO, FERNANDO RAFAEL HADDAD 339
MACHADO, HERICA 252, 254
MACHADO, HERICA FALCI FERREIRA 55, 226, 575
MACHADO, JOÃO LUIS DA SILVA 363
MACHADO, LUÍS EDUARDO 338
MACHADO, RAUL FERREIRA DE SOUZA 419
MACHADO, TATIANE PERES 579, 592
MACIEL, ANTONIO FERREIRA PENA 532
MACIEL, MARCELO 734
MACIEL, WASHINGTON 285
MADEIRA, WELLINGTON DOS SANTOS 579
MAGALHÃES, JEFFERSON 354
MAGALHÃES, JOÃO 138
MAGALHÃES, LEILA MARIA BRAGA 628
MAGALHAES, MARIANA GOUVEIA 763
MAGALHÃES, VICTÓRIA ENNE 595
MAGLIANO, D'ANGELO CARLO 388
MAGRANI, GABRIELA GUELBER 510
MAIA, EDUARDA CORRÊA 393, 813
MAIA, FELIPE 378, 431, 434, 473, 715, 867, 870
MAIA, VINICIUS GOMES 538, 868
MAINCZYK, JULIANA ELMOR 817
MAJIMA, ALEXANDRE AKIO 217, 281
MALHEIROS, MATHEUS MANZANI 789, 790
MANÇANO, MARCELE DA COSTA QUESADA 819, 841
MANGAS, GABRIEL DE MORAES 515, 614, 653
MANHÃES, BRAULIO JOSÉ DE SOUZA BARCELOS 48
MANSUR FILHO, JOÃO 184, 322, 370, 731
MANSUR, JOÃO 736
MANZANO, FELIPE 142
MARCELINO, FERNANDA 343
MARIANO, VERA LÚCIA ALVES 411
MARINHO, TATIANA ABELIN SALDANHA 299, 620
MARINS, MARINA 252, 254, 269
MARIOSA, DANIELLE 464
MARON, ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA 331, 337, 460
MARQUES JÚNIOR, ROBERTO BATISTA 656
MARQUES, ANDRÉ CASARSA 23, 353, 355, 401, 432, 434, 812
MARQUES, BRUNO 713
MARQUES, CARLOS EDUARDO 522
MARQUES, FABIO VIDAL 351
MARQUES, JULIA PEREIRA CAVALCANTE 791, 792
MARQUES, MARIARA LOPES DA COSTA 791, 792
MARREIROS FILHO, ALEXANDRE NUNES 679, 706, 759, 830
MARTINEZ, RAPHAELA ABREU SILVA 554
MARTINO, OTÁVIO 840
MARTINS, DEBORAH LUZ DINIZ 679, 706, 759, 779
MARTINS, ESTEVÃO C. C. 28, 29, 30, 41
MARTINS, GABRIELA ALVES 763
MARTINS, IVIS LEVY FERNANDES 623
MARTINS, MARCELLO SÁVIO DA SILVA 421
MARTINS, MARCELO SÁVIO DA SILVA 407
MARTINS, NATÁLIA 610
MARTINS, NATÁLIA CARVALHO 577, 643
MARTINS, NATHALIA SUZAN CAMARÃO SILVA 502
MARTINS, WOLNEY 737
MARTINS, WOLNEY DE ANDRADE 458
MATHEUS, FELIPE CERQUEIRA 543, 544, 548, 696
MATOS, EMILIA NASCIMENTO 517, 520
MATOS, JUCIARA 619
MATSUURA, CRISTIANE 577, 643
MATTA, JULIA GOMES 381
MATTOS, CAROLINE HENRIQUES DE 731
MATTOS, MARCO ANTONIO DE 36, 721, 736, 780, 827, 842
MATTOS, RENATA 537, 575
MATTOS, SAMANTA 332, 453, 673
MATTOS, THIAGO RIBEIRO 759
MATTOS, TIAGO 856
MATTOS, TIAGO AZEVEDO COSTA 618, 622
MATTOS, VICTOR COELHO 832
MATTOSO, CÍNTIA CRISTINA CHAVES 545, 445, 650
MAZIOLI, STELLA CASAGRANDE 312
MAZZANTI, LUIZ EDUARDO FERREIRA 427
MCBENEDICT, BILLY 617
MECKING, DANIELA BLANCO 526, 637
MEDEIROS NETTO, JOSÉ GERALDO 617
MEDEIROS, BÁRBARA VARGAS DE OLIVEIRA 402, 404, 406
MEDEIROS, CAROLINA SANTIAGO DE 791, 792
MEDEIROS, GABRIELA RODRIGUES DE OLIVEIRA 388
MEDEIROS, JOÃO PEDRO SOARES 492, 493
MEDEIROS, PEDRO BASTOS DE 576, 606, 608, 812, 814, 816
MEIRA, DIOGO THADEU 138, 142, 223
MEIRELLES, LYSS FELIX 388
MEIS, MARCOS MORAIS DE 606, 608
MEIS, PEDRO MORAIS DE 608
MELLO, RAFAEL DE MENDONÇA 556
MELO, FERNANDA GARCIA 605
MELO, GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO 748, 749, 750
MELO, IARA TIENE DE LIMA 277
MELO, MARCELO MACHADO 475, 503, 695
MELO, RAFAELA SEURING GONÇALVES DE 850
MELO, STEPHANNY KELLY SILVA DE 655
MENDES, FLÁVIA IZAQUIEL REBELLO SIQUEIRA 495
MENDES, GILGLÉCIA DOS SANTOS 744
MENDES, PEDRO VIDINHA 763
MENDES, TÁRIK LUCAS FLORES 649
MENDES, VINICIUS MACÁRIO 776
MENDONÇA, BRUNA PEREIRA DE 618, 622, 666, 807, 856,
MENDONÇA, MARIA LETÍCIA SANTOS DE 623
MENDONÇA, MARIA LÚCIA SOUZA 605, 654
MENDONÇA, PAULO AFONSO DAFLON 412, 441, 638
MENEGUCCI, WILLIAM 467
MENEZES, ADRIANO HENRIQUE GOMES 555, 635, 645, 646, 682, 690, 701, 702, 826, 845, 862, 863
MESQUITA, CLÁUDIO TINOCO 264, 268, 280, 282, 338, 343, 443, 501, 535, 550, 573, 649, 668, 712, 726, 762
MESQUITA, EVANDRO TINOCO 393, 501, 510, 515, 532, 617, 649, 653, 679, 706, 733, 758, 761, 813, 817, 830
MEZA, ANDRES MANUEL MORRON 582
MICHAEL, EMERY 138
MILANESI, PAULO ANDRÉ GRAZIOTTI 405, 413, 428, 768
MILANI, JULIANA GOULART PRATA OLIVEIRA 71

MILANI, MAURICIO 71, 223
MIOSSI, LUCAS 317
MIRANDA, DANIELA PIRES DE CASTRO 807, 820
MIRANDA, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS 840
MIRANDA, LORENA BARROS 578, 827
MIRANDA, LUCIANA MORBACH 649, 712
MIRANDA, MATEUS FELIPE FERNANDES DE 784, 799
MIRANDA, RODRIGO OTAVIO 576
MIRANDA, SARA AIMEE 486, 494, 649, 813, 865
MOHAMED, AMANDA CARDOSO 362, 368
MOLINA FILHO, JOSÉ LUIZ FERNANDES 656
MOLINA, JOSÉ LUIZ FERNANDES 411
MOLINA, LARA BONANI DE ALMEIDA BRITO 656
MOLL, RENATA 613
MOLL-BERNARDES, RENATA JUNQUEIRA 570
MONGE, FELIPE FELIPE 696
MONKEN, FLÁVIA BARROS 483, 536, 569
MONTALVAO, PEDRO VICTOR GONÇALVES 832
MONTE, VICTOR PACHECO ZANELA 816
MONTEIRO, AMANDA 142
MONTEIRO, DANIELA FIUZA GOMES 669
MONTEIRO, MARIA TAVARES PEREIRA 221
MONTEIRO, TAÍSSA SANTOS 840
MONTEIRO, THAÍSSA SANTOS 445, 545, 650, 678
MONTENEGRO, MARCIO 233, 488
MONTERA, MARCELO 367
MONTERA, MARCELO WESTERLUND 618, 622, 705, 707, 713, 721, 735, 736, 738, 737
MONTEZ, BIANCA BRENNA 475, 536, 858
MORAES, ALINE BARBOSA 566
MORAES, ANNA GABRIELLA WIGGIN 297
MORAES, GABRIEL 71, 142, 223
MORAES, GABRIEL OTÁVIO DE MOURA 675
MORAES, MADJER BRILHANTE DE 606, 612
MORAES, PEDRO CASTELLO BRANCO 739
MORAES, RAFAEL FREITAS 23
MORAIS, BRUNA PEREIRA 570
MORAIS, ENRIC RAÍRA GOMES 726
MOREIRA, AMANDA VIEIRA 528
MOREIRA, CAROLINE LYRA 332, 673
MOREIRA, GUSTAVO RODOLFO 215
MOREIRÃO, LETÍCIA MACACCHERO 475, 483, 569, 620, 764
MORENO, ADALGIZA MAFRA 528
MORISSON, LAURA PREVITALI 673
MOTTA, FABÍOLA A. TAVARES DA 807
MOTTA, FABÍOLA ALVES TRAVERSO DA 666, 811
MOTTER, AMANDA FRANZOI 393, 733
MOURA, LIDIA ANA ZYTYNSKI 721, 737
MOURA, PAULO HENRIQUE DE 528
MOURILHE-ROCHA, JULIA PAULO 659
MOURILHE-ROCHA, RICARDO 71, 142, 223, 213, 616, 659, 676, 739
MOUTINHO, VICTOR MENEZES DA CUNHA 759, 779
MULLER, MATHEUS CARVALHO 830
MULLER, MATHEUS DE CARVALHO 779
MUNIZ, JÉSSICA GOMES 278
MUNIZ, KARINA DA SILVA MUNIZ AQUINO 262
MUSSI, HENRIQUE THADEU PERIARD 563, 605, 614
MUXFELDT, ELIZABETH SILAID 262, 351, 375, 595, 625, 669

N

NAMETALA, ALVARO ASSED ESTEFAN 858
NANI, EDUARDO 610
NASCIMENTO, CAMILA 280
NASCIMENTO, EMILIA MATOS DO 527
NASCIMENTO, ERIVELTON 285
NASCIMENTO, ISABELA CAROLINE ALVES DO 600, 663, 665, 758, 761, 869
NASCIMENTO, JORGE HENRIQUE PAITER 36
NASCIMENTO, MAHENDRA DE OLIVEIRA 409
NAVARRO, VITOR 610
NAVARRO, VITOR RAMOS 556, 561
NEGRI, ANA CLARA FARIAS DE 576
NENO, ANA CAROLINA 138
NEPOMUCENO, ANA FLÁVIA SOUTO FIGUEIREDO 288
NERES, LIGIA 713
NEVES, DANIEL GAMA 679
NEVES, MARIO FRITSCH 332, 453, 464, 673
NEVES, VITHÓRIA VIDOTTI 816
NISHIJUKA, FABIO AKIO 445, 545, 650, 678, 828
NÓBOA, ELIENE CARIUS 420
NÓBREGA, ANTONIO CLAUDIO LUCAS DA 388, 802
NOGUEIRA, PAULO CESAR MEUCCI PEREIRA 858
NOGUEIRA, PEDRO MIGUEL MATTOS 522
NOLASCO, VITOR DE MELO 375
NUCERA, ANA PAULA CASSETTA DOS SANTOS 390, 606, 608, 576
NUNES, ANA ROSA VENTURA DE ANDRADE 538, 868
NUNES, CAMILA SOUZA 607, 613
NUNES, JOSIANE RODRIGUES 411, 546, 656
NUNES, MARIA CLARA CARLOS 532
NUNES, SERGIO IBAÑEZ 612

O

OIGMAN, WILLE 332, 453
OLIVA, JOÃO PEDRO GOMES DA CONCEIÇÃO 741, 744
OLIVEIRA JR., NILSON ARAUJO 809
OLIVEIRA JR., DINALDO C. 28, 29, 30, 41
OLIVEIRA JUNIOR, AMARINO 736
OLIVEIRA JUNIOR, LUIZ ANTONIO INACIO DE 742
OLIVEIRA, ANA BEATRIZ MACHADO DE 353, 355, 401, 432, 434
OLIVEIRA, ANNA MARIA AMARAL DE 779, 830
OLIVEIRA, BEATRIZ CARDOSO DE 577
OLIVEIRA, CAMILA RIGOTTI 297
OLIVEIRA, CAROLINA G. C. 28, 29, 30, 41
OLIVEIRA, DENOEL MARCELINO DE 482
OLIVEIRA, DIEGO 477
OLIVEIRA, DIEGO MENEZES DE 486, 494, 663, 665, 758, 761, 865, 869
OLIVEIRA, DINALDO C. 28, 29, 30, 41
OLIVEIRA, GABRIEL XIMENES DE 388
OLIVEIRA, GLÁUCIA MARIA MORAES DE 522, 527, 555, 635, 645, 646, 682, 690, 791, 792, 845, 862, 863, 517, 520
OLIVEIRA, JÉSSICA RODRIGUES 631
OLIVEIRA, KÉSIA ARAÚJO DE 375
OLIVEIRA, LARA GOMES DE 456
OLIVEIRA, LARISSA CHRISTINE 278
OLIVEIRA, LETYCIA SANTOS 784, 799
OLIVEIRA, LUIZA BAZIN DE 459
OLIVEIRA, MANOELA SILVA DE 543, 544
OLIVEIRA, MARIA FERNANDA RIBEIRO MENDES DE 443
OLIVEIRA, MARYANA CAETANO DA SILVA DE 459
OLIVEIRA, MATHEUS BURIGO 299
OLIVEIRA, MAURICIO 378, 431
OLIVEIRA, MAURICIO SALES DE 473, 715, 867, 870
OLIVEIRA, MONICA AMORIM DE 590, 824
OLIVEIRA, PAULA VANESSA DE 743
OLIVEIRA, PAULO GUSTAVO AGUIAR DE 578, 827
OLIVEIRA, PEDRO MARTINS 601
OLIVEIRA, RAQUEL 610
OLIVEIRA, ROGÉRIO MARTINS 563, 581
OLIVEIRA, ROMULO MACHADO DE 262
OLIVEIRA, SANDRO VIEIRA DE 519
OLIVEIRA, VICTOR HUGO FERREIRA DE SOUZA 601
OLIVEIRA, VINICIUS RAMOS DE 563, 581, 776
OLIVEIRA, WILIAN MENEGUCI 311, 313
ONO, BRUNA EMY 570, 607, 613
ORLANDO, FELIPPE ALVIANO 582
ORTIZ, VINICIUS MATEUS CAMARÃO 502
OZAVA, SAMUEL JOSÉ FERES 612

P

PACHE, PAULA MEDEIROS 138
PACHECO, ALESSANDRA ARNEZ 763
PACHECO, MARIANA BALBI 555, 690, 845
PACHECO, SABRINA BARBOSA 38, 256, 516, 560, 833
PACOAL, TARCISIO 378, 431, 473, 715, 867, 870
PADILHA JUNIOR, JOCYLEY EMERICK 250, 251, 582
PADILHA, NATHALIA STEPHAN 502
PÁDUA, RODRIGO QUEIROZ GALVÃO 503, 695
PAIM, VERÔNICA 343
PAIS, NATÁLIA DA SILVA 642, 647, 742, 775, 810
PAIVA, ELAINE MEDEIROS 762
PAIVA, MARIA EDUARDA MONTEIRO DE 391
PAIVA, MARIA SANALI 517, 520
PAIVA, RAYLA SENRA DE 38, 256, 516, 833
PAIXÃO, JONAS MUNIZ 513
PALAZZO, ISABELLA 343, 573
PALAZZO, ISABELLA CATERINA 535, 550
PALHARES, FERNANDO 216
PANISSET, THAYANNI SANTOS PESSANHA 592
PASSOS, ARTHUR SOARES 427
PASSOS, BARBARA MARIZ FERREIRA 184, 525
PAULA, PEDRO IVO FONSECA DE 656, 546
PAULINO, ARTHUR KOCH 492, 493
PEIXOTO, CAMILA 477
PEIXOTO, RODRIGO TRAJANO SANDOVAL 450
PERALTA, DANIEL 420
PEREIRA JUNIOR, ROGERIO SANTAREM DE SALES 525
PEREIRA, AGNETE TROELSEN 823
PEREIRA, ALINE D'AVILA 317, 853
PEREIRA, ANDERSON WILNES SIMAS 410, 423
PEREIRA, BASÍLIO BRAGANÇA 517, 520, 527
PEREIRA, BRENER RAAD 605, 654
PEREIRA, JULIA MACHADO 338
PEREIRA, LARISSA LOUROS 510
PEREIRA, LEONARDO SANTOS 410, 423
PEREIRA, LETICIA HOMSANIV BELO 715
PEREIRA, LORENA DE SÁ 397, 400
PEREIRA, MILENA DE OLIVEIRA 409
PEREIRA, MILENA OLIVEIRA COSTA 331, 337, 460
PEREIRA, PAULA FELIX 576
PEREIRA, PAULA SANTOS 538, 868
PEREIRA, ROBERTA DOS SANTOS 842
PERES, AUGUSTO OLIVEIRA 297
PERES, LETICIA DE SOUSA 559
PERES, LETÍCIA ZANGIROLAMI 635, 645, 646, 682, 862, 863
PESSOA, GIOVANNA CARRILHO 556, 561, 610
PETRUCIO, CLARA 763
PFEIFFER, MARIA EULÁLIA THEBIT 285
PICANÇO, MARCIA ALMEIDA LOPES 679, 830
PICANÇO, MARCIA DE ALMEIDA LOPES 779
PILDERWASSER, IAN FERREIRA 731
PIMENTA, CARLOS FELIPE 38, 256, 516, 833
PIMENTEL, ADRIANA MUNFORD LIMA 581, 776
PIMENTEL, JOANA VICECONTE TARDIN 631, 655
PIMENTEL, KLARA VICECONTE TARDIN 631, 655
PIMENTEL, SANDRA VITORIA THULER 817
PINHEIRO, MARTHA VALERIA 809
PINHEIRO, RACHEL SILVA 283
PINTO, JAVIER 252, 254, 269
PINTO, JORGE LEONARDO FIGUEIREDO 483
PINTO, MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES 405, 413, 428, 768
PINTO, RAFAELA VIEIRALVES JOÃO IZZO 445, 662
PIREDDA, YOHANNA 537, 575
PIREDDA, YOHANNA BAIAO PEREIRA 55, 226
PIRES, LAIS LOPES 467
PIRES, MARIANA DE PAULA 776, 784, 797, 799
PIRES, THIAGO ALEXANDRE FERREIRA 311, 313, 467
PLÁCIDO, LUDMILA 283
POLICARPO, GUILHERME SOUZA 407, 421
POMPEO, GUILHERME SUAREZ 839
PORTHUN, MARIA PAULA MICELI 331, 337, 460
PORTO, IVY DE PAULA 858
PORTO, SEBASTIANA BESSA 606, 608
POUBEL, JOSE RICARDO CARVALHO 659
PÓVOA-CORRÊA, MARIANA 482
PRADO, CHRISTIANE 142
PRINS, RAFAEL 233

Q

QUERES, RAQUEL LUIZ 391
QUINTELLA, EDGARD FREITAS 447
QUINTELLA, TAYENE ALBANO 809

R

RABELLO, BRUNO DE BRITO 601
RABELLO, EUCIR 414
RABELLO, MICHELLE 453
RABISCHOFFSKY, ARNALDO 713, 738
RAFAEL, JULIANNY FREITAS 603
RAMALHO, MARCELO 713
RAMOS, DENYS FELIPE PEREIRA 281
RAMOS, VICENTE 819
RANGEL, FERNANDO OSWALDO DIAS 580, 642, 647, 775, 808, 810, 811
RANGEL, MARCO ANTÔNIO NETTO ARMANDO 635, 645, 646, 682
RANGEL, RAFAEL AUGUSTO LETHIER 809
RANGEL, ROBERTO 412, 441, 638
RAWET, DANIELA BASTOS 554
REIS, BEATRIZ PINTO ANDRADE 823
REIS, LUCIANA 580, 666, 807, 811
REISER, LEONARDO CARLOS FIGUEIREDO 748, 749
RELVAS, MARCELLA MENEZES 407, 421
RESENDE, ANGELA DE CASTRO 577
REZENDE, MANUELLA SANTOS DE 381
RIBAS, IGOR MAGATON 601
RIBEIRO, ADRIELE DA PENHA 565, 632, 658
RIBEIRO, BRENDA FICHEIRA COELHO 338, 443
RIBEIRO, JOÃO MARCOS MARCELINO CHAVES 556, 561, 610
RIBEIRO, LARYSSA COUTINHO ANDRADE FAROLFI 655
RIBEIRO, LUANE DA SILVA 565, 632, 658
RIBEIRO, MARIO LUIZ 561
RIBEIRO, MIGUEL ANGELO 652, 675
RIBEIRO, PEDRO 35
RIBEIRO, PEDRO FERNANDES 833
RIBEIRO, RAYANNE QUEIROZ 416, 424, 756, 757
RIBEIRO, RHUANNA LAURENT SILVA 663, 665, 758, 761, 869
RIBEIRO, THAIS SOUSA LACERDA 438
RIBEIRO, WANDERSON ALVES 528
RICARTE, JULIA DOMINGUES BRECKENFELD 565, 632, 658
RIERA, MILLENA PEREIRA 217
RISTOW, ARNO VON BUETTNER 218
RIZZO, GABRIELE 797
ROCHA, ANTÔNIO SÉRGIO CORDEIRO DA 647
ROCHA, GUILHERME NOSSAR PIRES MATHEUS DA 850
ROCHA, HELENA MIGUENS 802
ROCHA, IASMIM 477
ROCHA, JOÃO ROQUETTE FLEURY DA 184
ROCHA, NATALIA GALITO 802
RODERJAN CHRISTIAN NEJM 375
RODRIGUES, ARITSON MATEUS MARTINS 341
RODRIGUES, CAROLINA LACERDA 381, 561
RODRIGUES, FERNANDA 743
RODRIGUES, GABRIELLE PINTER 623

RODRIGUES, LAÍS DE SOUZA 398, 414, 416, 424, 427, 700, 752, 754, 756, 757
RODRIGUES, MARIA APARECIDA DE A. SOUZA 398, 416, 419, 424, 427, 700, 752, 754, 756, 757
RODRIGUES, NATHAN VALIM 427
RODRIGUES, RODRIGO BRUM 628, 722
RODRIGUES, TAIANE DE OLIVEIRA LOBO 262
RODRIGUES, THAIS SILVA 570, 607
RODRIGUES, YASMIN 537, 575
RODRIGUEZ, FERNANDO BORGES 775
RODRIGUEZ, JOSE GREGORIO VALERO 486, 494, 515, 653, 865
ROMEIRO, FRANCISCO 249
ROSÁRIO, FLÁVIO JEAN DO 784
ROSÁRIO, NATALIA 280
ROSÁRIO, NATALIA FONSECA DO 268, 282
ROSAS, JOSÉ XAVIER LOPEZ 38
ROSAS, CLARA 801
ROSAS, JOSE XAVIER LOPEZ 256
ROSENTAL, RENATA 226
RUBSTEIN, BRUNO 743
RUVOLO, MARIA FERNANDA CHAMELETE 570, 607
RUZANY, FREDERICO 370

S

SÁ, LUÍS HENRIQUE 354
SA, LUIS HENRIQUE CARVALHO 764
SAAD, EDUARDO BENCHIMOL 616, 676, 733, 742
SAAD, MARIA AUXILIADORA NOGUEIRA 339, 456, 457, 458, 459
SAAVEDRA, ENRIQUE MARQUES ROMERO 277
SABRA, MARIA MARTA MAGIOTTO 343, 550
SADIGURSCHI, GABRIELA 763
SALEMI, VERA MARIA CURY 735, 721
SALES, ALLAN ROBSON KLUSER 570, 607, 613
SALES, ANA LUIZA FERREIRA 580, 647, 659, 775, 808, 810, 811
SALES, ARTUR 613
SALES, ARTUR DE OLIVEIRA 607, 570
SALES, LEONARDO MONTEIRO 519
SALES, MONIQUE VIEIRA DE REZENDE 592
SALGADO, ANGELO ANTUNES 48, 659
SALIM, THAIS ROCHA 791, 792
SALIS, LUCIA HELENA ALVARES 184
SALLA, LÍVIA MENEZES 277
SALLES, ANA LUIZA 213
SALLES, JOÃO PEDRO ALMUINHA 281
SALLES, JOSÉ ARY BOECHAT E 322, 731
SALOMÃO, ISABELLE MENDES RODRIGUES 233, 488
SALOMÃO, RODRIGO FERRAZ 553
SAMPAIO, PEDRO PAULO NOGUÈRES 322, 341, 369, 370, 731
SANGIOVANNI, DANIELA BELSITO 311, 313
SANT'ANNA, LUCAS SERRA 712
SANTO, RENATA BARBOZA DO ESPÍRITO 536, 764
SANTOS FILHO, ORCEDY SOARES 336, 340, 384, 660
SANTOS, ALEXANDRA REZENDE ALVES 438
SANTOS, ALICE GARCIA VIEGA DOS 216, 218, 367, 647, 738
SANTOS, CAIO TEIXEIRA DOS 419
SANTOS, CAROLINA GAMA RODRIGUES 226
SANTOS, DANILO AUGUSTO EMERY 411
SANTOS, EDUARDO MOREIRA DOS 614
SANTOS, EULA PAULA DOS 744
SANTOS, FÁBIO DOS 35
SANTOS, FÁBIO RABAÇA DOS 543, 544, 548
SANTOS, FELIPE 513
SANTOS, FLÁVIA CUNHA DOS 662
SANTOS, GUILHERME CAMPECHE 262
SANTOS, GUILHERME GALARDINO 612
SANTOS, GUSTAVO VIGNOLI DOS 616, 676, 742
SANTOS, HUGO ANDRADE 311, 313
SANTOS, ISABELA GAUDENCIO 510
SANTOS, JHONATAN LUCAS QUIRINO 762
SANTOS, JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE B. DOS 486, 494, 865
SANTOS, LETICIA SILVA FLÔR DOS 812, 814, 816
SANTOS, LUANNY DE SOUZA 579
SANTOS, MANUELLA DUTRA DE ASSIS 281
SANTOS, MÁRCIA MARIA SALES DOS 339, 456, 457, 458, 459
SANTOS, MARIA JÚLIA MONTEIRO 601
SANTOS, MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA DOS 457
SANTOS, MAURO AUGUSTO DOS 722
SANTOS, MICHEL FERNANDES BATISTA DOS 519
SANTOS, MILENA REGO DOS 299, 620
SANTOS, RAQUEL OLIVEIRA 743
SANTOS, THAÍS DE CÁSSIA TELES 338
SANTOS, VANESSA DE CAMPOS 776
SANTOS, VITORIA AZEVEDO 457
SARAIVA, BRUNA NALESSO 789, 790
SAUD, KARINA SALIM 583
SAUD, NATHÁLIA SALIM 583
SAYÃO, CECÍLIA 362, 368
SAYÃO, HENRIQUE 362, 368
SCARAMELLO, CHRISTIANNE BRÊTAS VIEIRA 564, 623
SCARAMUSSA, VICTORIA DEPES 215
SCHTRUK, LÍGIA BEATRIZ CHAVES ESPINOSO 321
SEABRA, GABRIEL 223
SEABRA, THAÍS TAVARES PEREIRA 221
SEIXAS, ALESSANDRO ZAKHIA 556
SENA, VIVIANE CAMPOS BARBOSA 55, 226
SENNA, ISABELA 610
SEPÚLVIDA, RAPHAEL VIANA CURVELO 712
SERAFIM, JULIANA 736
SERPA, DIOGO 743
SERPA, DIOGO DOS SANTOS 671, 840
SETTA, DANIEL 666
SETTA, DANIEL XAVIER DE BRITO 580, 775, 807, 808, 810, 811
SICA, EDUARDO 839
SICILIANO, ANA PAULA DOS REIS VELLOSO 322
SILVA FILHO, CAMILA MUNIZ 565, 632, 658
SILVA JUNIOR, CÍCERO LUCIANO MARTINS DA 456
SILVA JUNIOR, MARCIO PEREIRA DA 546
SILVA RENAN, GERONIMO SOUZA DA 217
SILVA, ALAN EDUARDO 482
SILVA, ALESSANDRA RODRIGUES DA 779
SILVA, ALICE RAMOS 268, 282
SILVA, ANA HELENA BARBOSA 638
SILVA, ANDRÉ RICARDO ARAUJO 600
SILVA, ANNA ESTHER ARAUJO 817
SILVA, ANNE GERYMAIA OLIVEIRA DE MELO 232, 238, 255, 365
SILVA, ARTHUR SOUTELO SOUTO DA 748
SILVA, BRUNA BALBINA DE MELO E 826
SILVA, ETIANE SALES GOMES 412, 441, 638
SILVA, FATIMIH CANTANHÊDE DA 850
SILVA, FELIPE RAMON MENEZES DA 381
SILVA, GABRIELA 477
SILVA, GABRIELA LEMES 339
SILVA, GABRIELLA LIMA PEREIRA DA 393, 813
SILVA, GABRIELLY MEL PINTO SOARES DA 613, 607
SILVA, GUILHERME TRINDADE MARTINS MOREIRA 313
SILVA, HUMBERTO REIS 655
SILVA, JOÃO GABRIEL BEZERRA DA 375
SILVA, JOAO PEDRO MACHADO RIBEIRO JACINTHO 867
SILVA, JOÃO ROMÁRIO GOMES 278
SILVA, JOSÉ FÁBIO ALMIRO DA 715
SILVA, LUANA FERNANDES DA 321, 557, 674
SILVA, LUCAS FONSECA DA 283, 594
SILVA, LUÍS 477
SILVA, LUÍSA LEITE LEITE VAZ DA 669
SILVA, LUÍVIA OLIVEIRA 278

SILVA, MANASSÉS RODRIGUES 409
SILVA, MARCELLA DOS SANTOS LOPES DA 668, 762
SILVA, MARIA CLARA CARVALHO E 142
SILVA, MARIANA DO NASCIMENTO 217
SILVA, MARIANA MORENO CANARIO DA 652
SILVA, MARIANA PINTO DA 643
SILVA, MARIZE BITTAR MOREIRA DA 525
SILVA, NATHÁLIA RODRIGUES DA 604
SILVA, NATHALIA TARGA 554
SILVA, NELSON ALBUQUERQUE DE SOUZA E 184
SILVA, PAULA FAVIERI DE MELO 636
SILVA, PAULO VITOR ALEXANDRINO DA 631
SILVA, RAFAELLA LIMA SOUZA DA 217
SILVA, RENATA MATTOS 55, 226
SILVA, ROBERTA PEREIRA DA 820
SILVA, RODRIGO PAULINO MAGALHÃES 739
SILVA, THIAGO MOREIRA BASTOS DA 635, 645, 646, 682
SILVA, VINICIUS HENRIQUE 36, 780
SILVA, YURI VIANNA DA 576
SILVA, YURI VIANNA FERNANDES 390
SILVEIRA NETO, JOÃO GIFFONI DA 526
SILVEIRA, JULIANA SERAFIM DA 482
SILVEIRA, MARIA M B M 28, 29, 30, 41
SIMÃO, SAMAENE VINHOSA 411
SIMÕES, MARCUS 737
SIMÕES, MARCUS VINICIUS 735
SIQUEIRA, FELIPPE GUSTAVO DA COSTA MANHÃES 563, 614
SIQUEIRA, JOÃO OSÓRIO MORAES GÉO 281
SIQUEIRA, LEONARDO REZENDE 809
SIQUEIRA, LINIKER RAFAEL DE 614
SLATER, CHARLES 616, 676, 742
SÓ, DANIEL ANTONIO CAETANO 322, 731
SOARES, CELINE LACERDA DE ABREU 649, 668, 726
SOARES, MAUREEN MEIRA VIEIRA 213
SOARES, ORCEDY 396
SOARES, ROSA LEONORA SALERNO 339
SOARES, THALITA SANTOS 412, 441, 638
SOARES, VANESSA DE ALMEIDA 409
SOARES, WENDER EMILIANO 563, 581, 600, 605, 614, 653, 654
SOUSA, FRANCISCA VITÓRIA MAGALHÃES DE 317, 853
SOUSA, LEONARDO MAGNO NEIVA DE 789, 790
SOUSA, LUANNA DAMASCENO AMARAL 314
SOUSA, MARIA EDUARDA MIRANDA DE 559, 791, 792, 862, 863
SOUZA NETA, ADOZINA MARQUES DE 475
SOUZA, ARTUR PLAZA DE 217
SOUZA, AUREA LÚCIA ALVES DE A. GRIPPA DE 486, 494, 817, 865
SOUZA, BRUNO RAFAEL GOES DE 375
SOUZA, CAIO FANARA DE 456
SOUZA, CÍNTIA RIBAS 662
SOUZA, FÁBIO DE 390, 594
SOUZA, FELIPE COSTA 564
SOUZA, FERNANDO CESAR CASTRO 314
SOUZA, FLAVIA NUNES BENICIO DE 381, 486, 494, 556, 865
SOUZA, FLÁVIA TAVARES DE 532
SOUZA, GABRIEL MATIAS DE 853
SOUZA, JULIANA PRADO DE 579, 592
SOUZA, KARYNE POLLO DE 623
SOUZA, LARISSA NASCIMENTO 823
SOUZA, LEONARDO GIGLIO GONÇALVES DE 827
SOUZA, MARCOS SAMPAIO DE 342
SOUZA, MARIANA LIANIRA BENIZ 832
SOUZA, MATHEUS HENRIQUE GONÇALVES DE 559, 702
SOUZA, NATALIA DOMINGUES PAES LEME DE 652, 675
SOUZA, OLGA FERREIRA DE 809
SOUZA, PEDRO EDUARDO DE MOURA 288
SOUZA, RACHEL VIANNA O'NEILL DE 264, 268, 280, 282, 779
SOUZA, RAFAELLA SILVA 221
SOUZA, ROBERTO DE 802
SOUZA, STÉPHANNIE FREITAS MIRANDA E 336, 340, 384, 660
SOUZA, VANESSA RODRIGUES DE 238
SOUZA, VICTÓRIA FIDALGO DE 669
SOUZA, WILLIAM 252, 254, 269
SPINETI, PEDRO 213
SPINETI, PEDRO PIMENTA DE MELLO 36, 543, 544, 548, 659, 739, 780
STORK, ALICE MELO BIANCHINI RICHA 409
SUAREZ, RICARDO JAVIER NAVARRETE 815
SUHETT, GEORGIA PIREDDA FERNANDES 546

T

TABOADA, GISELLE FERNANDES 566
TAVARES, ANA LUISA MARQUES 457
TAVARES, ARTHUR CHAGAS BRAGA JEVAUX 712
TAVARES, CLAUDIO MUNHOZ DA FONTOURA 809
TAVARES, MELINA SAPI 636
TEDESCHI, ANGELO LEONE 450
TEDESCHI, BRUNO 405, 413, 428, 450, 768
TEIXEIRA, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA 409
TEIXEIRA, ANDRE PAZOS 652, 675
TEIXEIRA, CAROLINA MARTÍNEZ 492, 493
TEIXEIRA, CRISTIANE HENRIQUES 600
TEIXEIRA, GABRIEL FERREIRA 414
TEIXEIRA, JOSE ANTONIO CALDAS 458, 459
TEIXEIRA, LUIS ANTONIO GRANJA 458
TEIXEIRA, LUIZA MEIRELES 443
TEIXEIRA, MARCO ANTÔNIO 411
TEIXEIRA, MARIA CLARA VIEIRA 426
TEIXEIRA, MARIA FERNANDA CAVALCANTI CEPPAS 729
TEIXEIRA, RAPHAEL ANTHERO DE MIRANDA 312
TELERMAN, SARAH 619
TERRA, EDUARDO COSTA 283
TERRA, IRIS CARDOSO DE PÁDUA 391, 458
TERRA, MARIA MARTA MAGGIOTTO SABRA 535, 722
TESTA, LAURA 613
THIERS, CLARISSA 743, 840
TIBIRIÇÁ, EDUARDO 236
TINOCO, MATHEUS NAKAZATO 812, 814, 816
TITONELLI, ANDRÉ MONTEIRO DE BARROS 283, 606, 608
TIUBA, BARBARA MAGALHÃES 285
TOLENTINO, JULIO CESAR 812, 814, 816
TOMELIN, CARLA DE BARROS 799
TORBEY, ANA FLÁVIA MALHEIROS 393, 813, 817
TORTELLY, MARIANA BOARETTO 868
TOSTES, RAQUEL VIEGAS PALMEIRA 561
TRAVERSO, FABIOLA 705
TREIGER, GABRIEL DE MATTOS 743
TRESS, JOÃO 501
TRESS, JOAO CARKIS 768
TRINDADE, ALAN MORETO 456
TUZA, FÁBIO AUGUSTO D´ALEGRIA 528
TUZA, ISABELLE GODINHO 528
TZIRULNIK, PEDRO 252, 254
TZIRULNIK, PEDRO CUNHA 269

V

VALE, BRENO BEZERRA RODRIGUES DO 850
VALENTIM, GABRIELLA 617
VALLAPERDE, CLAUDIA THEREZINHA REGA DO N. 351
VALLE, NATHÁLIA FERREIRA PALOMO 642, 647, 808, 810, 811
VASCONCELLLOS, CLARA AVELAR MENDES DE 625
VASCONCELOS, LUCAS ARANTES 780, 842
VASCONCELOS, PATRICIA APARECIDA CARDOSO 232
VASCONCELOS, SYLVIA MANHÃES PIRES 679, 706, 759, 830
VEIGA, FERNANDA PAES LEME FERNANDES 817
VELASCO, LEONARDO GONÇALVES 221
VELLOSO, NATHALIA WANDERLEY MONÇORES 545, 662, 828
VERÍSSIMO, PÉROLA FIGUEIREDO 563, 600
VERRI, VALERIA 236
VIAL, THAINÁ FERREIRA 221
VIANA, JOÃO GABRIEL BATISTA SIMON 744
VIANNA, DIEGO SARTY 445
VIANNA, GABRIEL PEDROSA DE C. SPINOLA 625
VIANNA, HUGO MATHEUS SILVESTRE 605, 654
VIANNA, VITOR MONTEZ 441, 638
VIEIRA, BRENO CORRÊA 522
VIEIRA, ISABELA SILVA ERTHAL 393, 653, 733, 762, 813
VIEIRA, MARIANA 453
VIEIRA, PAULA GONZALEZ 363
VIEITAS, LUDMILLA DA ROCHA FREITAS 311, 313, 467
VILAGRA, LAHIS WERNECK 305
VILARINO, RAFAEL ANTUNES 538, 868
VILLACORTA, ALINE STERQUE 202, 233, 447, 488
VILLACORTA, HUMBERTO 215
VILLELA, PAOLO 619
VILLELA, PAOLO BLANCO 23, 527, 690, 845
VILLELA-NOGUEIRA, CRISTIANE ALVES 522
VOLSCHAN, ANDRÉ 666, 705, 738

W

WAGNER, MARIA 55, 226, 537, 575
WAJNBERG, EDUARDO 585
WAJSBROT, BRUNO REZNIK 739
WEKSLER, CLARA 250, 251
WHATELY, THALES 431
WHATELY, THALES CARDOSO 378, 473, 715, 867, 870
WILNES, BRUNO 410, 423
WILNES, EDUARDO 410, 423

X

XAVIER, MARCELLA 797
XAVIER, MARYE DOS SANTOS 647
XEXEO, GERALDO 791, 792
XIMENES, PATRICIA NEVES 748, 749, 750

Y

YYAHIRO, DAVI SHUNJI 338, 501
YAMASHITA, NATALIE NAOMI 297
YUSUF, WALAA HASAN MULLA AHMED 617

Z

ZAHER, THAÍS MARIA ZAHER 854
ZUKOWSKI, CLEVERSON NEVES 378, 431, 473, 715, 867, 870
ZVOBOTER, DEISE REGINA 748, 749, 750

SOCERJ

FAPERJ
Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo
à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
SBC
1943