SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA CEARÁ

Revista CEARENSE DE CARDIOLOGIA

ISSN 1678-040x

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
EDIÇÃO ESPECIAL | ANO XV | AGOSTO 2019

25º CONGRESSO CEARENSE DE CARDIOLOGIA

CARDIOLOGIA: DA TRADIÇÃO À INOVAÇÃO

22 E 23 | AGOSTO | 2019

UNICHRISTHUS - CAMPUS PARQUE ECOLÓGICO

FORTALEZA-CE

Cintilografia do MIOCÁRDIO

Na Omnimagem você conta com equipe experiente, dedicada e tecnologia avançada para realização de exames em cardiologia. Dispomos de Gama Câmara específica para realização de Cintilografia de Perfusão Miocárdica. Oferecemos conforto e versatilidade, com excelente padrão de qualidade de imagens. Conheça nosso serviço que está em operação desde 1995 e conte com nossa parceria na busca da melhor qualidade em diagnósticos.

Diretor Técnico: Hermes Roberto Radtek - CRM 8451

Realize seus exames *CARDIOLÓGICOS* com excelência.

• Cintilografia • Ecodopplercardiograma • M.A.P.A
• Holter • Teste Ergométrico • Eletrocardiograma

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA ONA

Marque seus exames: 85 3455.5555 85 98869.1171
www.omnimagem.com.br
Centro - Bezerra de Menezes - Maracanaú - RioMar Fortaleza

Omnimagem
diagnóstico para uma vida saudável

REVISTA CEARENSE DE CARDIOLOGIA

ISSN 1678-040x

EDITOR
Sandra Nívea dos Reis Saraiva falcão

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/CEARÁ
DIRETORIA GESTÃO 2018-2019

PRESIDENTE
Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

VICE-PRESIDENTE
Almino Cavalcante Rocha Neto

DIRETORA FUNCOR
Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos

DIRETORA ADMINISTRATIVA
Christiane Bezerra Rocha Liberato

DIRETOR FINANCEIRO
Ulysses Vieira Cabral

DIRETORA DE COMUNICAÇÃO
Luciana Santos Oliveira

DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL
Nilson Moura Fé Filho

DIRETORA CIENTÍFICA
Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão

CONSELHO FISCAL
MEMBROS EFETIVOS
Emanoel Castelo Branco Mourão
Rafael Nogueira de Macedo
Gentil Barreira de Aguiar Filho

MEMBROS SUPLENTES
Astrid Rocha Meireles Santos
Lúcia de Souza Belém
Márcia Maria Sales Gonçalves

Sociedade Brasileira de Cardiologia – Ceará
Rua Tomás Acioly, 840 – Sala 703 – Joaquim Távora / Fortaleza – Ceará – CEP: 60135-180
e-mail: cardiologiacearense@gmail.com

Índice

MENSAGEM DOS PRESIDENTES
6

PALESTRANTES NACIONAIS
8

PALESTRANTES LOCAIS
11

COMISSÕES
14

INFORMAÇÕES GERAIS
15

PROGRAMAÇÃO
17

MEMÓRIAS DA CARDIOLOGIA
23

ARTIGOS DE REVISÃO
27

RELATO DE CASO
61

ÍNDICE TEMAS LIVRES
63

TEMAS LIVRES ORAIS
70

TEMAS LIVRES Ê-POSTER
76

NORMAS DE PUBLICAÇÃO
132

Mensagem da Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia/Ceará

(Biênio 2018-2019)

Caros colegas,

Nosso 25° Congresso Cearense de Cardiologia, está com uma excelente programação, com palestrantes de alto nível. Discutiremos assuntos referentes ao nosso tema: "Cardiologia da tradição à inovação". Nos inquieta o fato de que a tecnologia não deve fazer do profissional de saúde um ser ausente, distante do paciente, o qual tanto espera ser tratado de forma humana, atenciosa, justa, por um profissional consciente, portador de conhecimentos e de um bom senso que alia a tecnologia à tradição. A arte médica não pode ser reduzida meramente à técnica. Discutiremos novas tecnologias e vários tópicos importantes e angustiantes como o mau uso da telemedicina. Espero que corresponda às suas expectativas. Vamos nos rever e compartilhar nossos conhecimentos. Um grande abraço, um excelente congresso.

Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges
PRESIDENTE DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA-CE

Mensagem do Presidente do 25° Congresso Cearense de Cardiologia

Prezados colegas,

Sejam todos muito bem-vindos ao 25º Congresso Cearense de Cardiologia. Temos a grata satisfação de recebê-los no maior evento da cardiologia do nosso estado, no Centro Universitário Christus – Campus Parque Ecológico. Tendo como tema central "Cardiologia: da tradição à inovação", reunimos palestrantes de renome local e nacional, de reconhecida excelência em suas áreas de atuação, para discutirmos os assuntos mais relevantes da cardiologia, com uma programação científica de alto nível, trazendo o que há de mais atual na nossa especialidade. A Sociedade Brasileira de Cardiologia/Ceará e a Comissão Científica estão empenhadas em realizar um grande evento, sempre buscando compartilhar experiências e conhecimentos, e oferecendo a oportunidade para revermos amigos em um ambiente interativo e acolhedor. Esperamos que o congresso corresponda a todas as suas expectativas.

Um grande abraço!

Gentil Barreira de Aguiar Filho
Presidente do 25° Congresso Cearense de Cardiologia

Presidente da Comissão Científica do 25º Congresso Cearense de Cardiologia

Prezado colegas,

O Congresso Cearense de Cardiologia, neste ano em sua 25ª edição, tem como tema central: "Cardiologia da Tradição à inivação" e fará uma revisão de temas relevantes que serão discutidos de forma prática, objetiva e sintonizados com as evidências atuais.

Congresso será moderno, na programação valorizamos o que há de novo na cardiologia e teremos a participação de reomados palestrantes que farão desse congresso um evento da mais alta qualidade

Christiane Bezerra Rocha Liberato
Presidente da Comissão Científica do 25° Congresso Cearense de Cardiologia

Palestrantes Nacionais

ANDRÉ FELDMAN

Médico Cardiologista pelo Instituto Dante Pazzanese. Coordenador e responsável pela Cardiologia do Hospital São Luiz Analia Franco e Hospital Vila Nova Star. Doutorado pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Pleno da Pós-graduação pela USP-IDPC.

ANDRÉS RICARDO PÉREZ-RIERA

Médico cirurgião pela Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Medalha de ouro por ter obtido a mais alta classificação no curso de medicina. Residência em cardiologia no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Curso de Cardiologia do Professor Luiz Venere Décourt no InCor/SP. Especialista em Cardiologia pela AMB e a SBC. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. 80 publicações em revistas indexadas ao PubMed. 5 livros e numerosos capítulos de livros publicados. Integrante do board do Journal of Electrocardiology, Annals of Noninvasive Electrophysiology, entre outros.

CARLOS EDUARDO DOS SANTOS FERREIRA

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Valença (1996). Residência Médica em Patologia Clínica pela Universidade Federal de São Paulo (2000). Mestrado pela Universidade Federal de São Paulo (2003). Doutorado pela Universidade Federal de São Paulo (2014). Especialização em administração hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas (1999) e MBA pelo Ibmec/Hospital Israelita Albert Einstein (2006). Atualmente é médico da Universidade Federal de São Paulo e médico do Hospital Israelita Albert Einstein. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Laboratorial, atuando principalmente nos seguintes temas: química clínica, gestão laboratorial e medicina laboratorial em cardiologia.

CELSO MUSA - RJ

Coordenador da Cardiologia - Américas Medical City – Rio de Janeiro, Hospital Samaritano Barra & Hospital Vitória e United Health Group.

Palestrantes Nacionais

JOSÉ DE RIBAMAR COSTA JUNIOR

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão. Cardiologista intervencionista pelo hospital do coração -Associação Sanatorio Sírio e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Doutor em Ciência, com área de concentração em Medicina, pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Filiado a Universidade de São Paulo e Professor Orientador da Disciplina de Cardiologia Intervencionista (TIC 5001) do Curso de Doutorado do Programa de Pós Graduação: Medicina / Tecnologia e Intervenção em Cardiologia (USP/IDPC). Post-Doctoral Research Fellowship em Imagem e Fisiologia Intravascular pela Cardiovascular Research Foundation e Columbia University (2004-2006) em Nova Iorque. Atualmente é chefe da Seção Médica de Intervenção em Coronária do Serviço de Cardiologia Intervencionista do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Fellow do Colégio Americano de Cardiologia (FACC) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (FESC).

LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA

Doutora pela Faculdade de ciências da USP. Pós-doutora pelo Brigham anda Women's Hospital /HMS /Boston MA. Professora titular e responsável pelo Serviço de Insuficiência cardíaca PUCPR.

LUIZ EDUARDO FONTELES RITT

Doutor em Cardiologia pela UNIFESP. Especialista em Cardiologia e Ergometria/Reabilitação pelo Dante Pazzanese/SBC/DERC. Coordenador, Reabilitação Cardíaca e Métodos Gráficos do Hospital Cardio Pulmonar (Salvador-BA). Professor Adjunto, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Palestrantes Nacionais

MARCELO ANTONIO CARTAXO QUEIROGA

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (1988). Especialista em Cardiologia com Área de Atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Associação Médica Brasileira (AMB). Residência Médica em Cardiologia, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) no Hospital Adventista Silvestre (RJ) em 1992. Doutorando em Bioética (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Portugal). Atualmente é Diretor do Departamento de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (Cardiocenter) do Hospital Alberto Urquiza Wanderley (Unimed João Pessoa) e médico cardiologista intervencionista no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, Paraíba. Ex- presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia intervencionista (SBHCI) no biênio 2012/2013, sendo membro permanente do seu Conselho Consultivo. Integra o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba como Conselheiro Titular. Em 2018 foi eleito como sexagésimo Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia(SBC) para o biênio 2020-2021.

MARCELO WESTERLUND MONTERA

Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1984) e doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é chefe do centro de insuficiencia cardiaca do Hospital Pró Cardíaco.e chefe do cti - Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Supervisor clinico da cardiologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, professor em regime de tempo integral da Universidade Gama Filho, Presidente do grupo de estudo de insufidciencia cardiaca da SBC, atuando principalmente nos seguintes temas: cardiologia, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca, miocardite e infarto agudo do miocárdio.

Palestrantes Locais

ACRISIO SALES VALENTE

ALESSANDRA EDNA TEÓFILO LEMOS

ALEXANDRE MELO KARBAGE

ALMINO CAVALCANTE ROCHA NETO

ALOYRA GUEDIS GUIMARAES

ALUÍSIO CRUZ JÚNIOR

ANA AÉCIA ALEXANDRINO DE OLIVEIRA

ANA GARDÊNIA LIBERATO PONTE FARIAS

ANA LÚCIA DE SÁ LEITÃO RAMOS

ANE KAROLINE MEDINA NÉRI

ANGELO RONCALLI RAMALHO SAMPAIO

ANTÔNIO AUGUSTO GUIMARÃES LIMA

ANTÔNIO THOMAZ DE ANDRADE

AUGUSTO CELSO DE ARAÚJO LOPES JÚNIOR

BRÁULIO MATIAS DE CARVALHO

BRENO DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO

CAMILA PINTO CAVALCANTE

CARLA SANFORD RANGEL XEREZ LEOBINO

CARLOS JOSÉ MOTA DE LIMA

CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO

CEZÁRIO ANTONIO MARTINS GOMES

CHRISTIANE BEZERRA ROCHA

DALILA CANDIDA BONFIM SARAIVA

DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO

EDUARDO ARRAIS ROCHA

EVILÁSIO LEOBINO DA SILVA JÚNIOR

FÁTIMA ROSANE DE ALMEIDA OLIVEIRA

FERNANDO SOARES DE MEDEIROS

FILADELFO RODRIGUES FILHO

FLÁVIO JOSE ROCHA DE SOUZA

FRANCISCA TATIANA MOREIRA PEREIRA

FRANCISCO DANIEL DE SOUSA

FRANCISCO RODRIGUES DOS SANTOS NETO

FRANCISCO THIAGO TOMAZ DE SOUSA

FREDERICO AUGUSTO LIMA E SILVA

FREDERICO AUGUSTO LINHARES

GENTIL BARREIRA DE AGUIAR FILHO

GERMANA PORTO LINHARES ALMEIDA

GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS

HENRIQUE JORGE MAIA COSTA

HERALDO GUEDIS LOBO FILHO

IEDA PRATA COSTA

IGOR REGO THAUMATURGO

Palestrantes Locais

ISABELA THOMAZ TAKAKURA GUEDES

ISNARD LÚCIO MELO NASCIMENTO

ITALO SOUZA OLIVEIRA SANTOS

JOÃO DAVID DE SOUZA NETO

JOAO LUIZ DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO

JOÃO MARCELO ANCILON CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

JOÃO MARTINS DE SOUZA TORRES

JOSÉ CARLOS JUCÁ POMPEU FILHO

JOSÉ ERIRTONIO FAÇANHA BARRETO

JOSÉ GLAUCO LOBO FILHO

JOSÉ KLAUBER ROGER CARNEIRO

JOSÉ LINDEMBERG DA COSTA LIMA

JOSÉ MARIA BEZERRA FILHO

JOSÉ NOGUEIRA PAES JUNIOR

JOSÉ RONALDO MONT'ALVERNE FILHO

JOSÉ SEBASTIÃO DE ABREU

JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJÍA

LAURA LEITE DA ESCÓSSIA MARINHO

LÚCIA DE SOUSA BELÉM

MARCELO DA SILVA MORETTO

MÁRCIA MARIA CARNEIRO

MÁRCIA MARIA SALES GONÇALVES

MÁRCIA PEREIRA DE HOLANDA ROQUE PIRES

MARIA CLÁUDIA DE AZEVEDO LEITÃO

MARIA HELANE COSTA GURGEL

MARIA TEREZA SÁ LEITÃO RAMOS BORGES

MARIANNA LUÍZA BEZERRA SAMPAIO

OCTÁVIO ALENCAR BARBOSA JÚNIOR

PEDRO JOSÉ NEGREIROS DE ANDRADE

RAFAEL NOGUEIRA DE MACEDO

RAIMUNDO BARBOSA BARROS

REGINA COELI MARQUES DE CARVALHO

RICARDO PAULO DE SOUSA ROCHA

RICARDO PEREIRA SILVA

ROCHELLE PINHEIRO RIBEIRO

ROMULO RONKALY GUIMARÃES LIMA

SANDRA NIVEA DOS REIS SARAIVA FALCÃO

SANDRO SALGUEIRO RODRIGUES

STELA MARIA VITORINO SAMPAIO

THAÍS BUHATEM DE ALENCAR MORENO

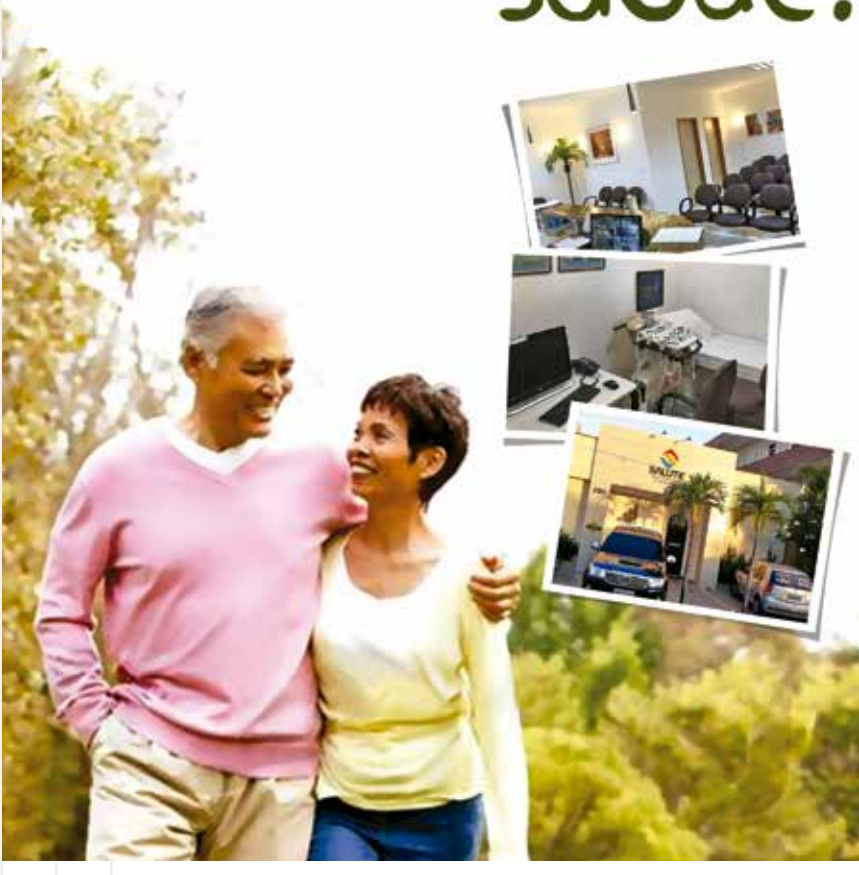
ULYSSES VIEIRA CABRAL

VERA MARQUES

A prevenção é a melhor saúde!

Exames e consultas:

- Cardiologia
- Risco cirúrgico pré-operatório
- Endocrinologia
- Geriatria
- Cirurgia vascular
- Psicologia clínica e psicanálise
- Nutrição
- Doppler vascular
- Eletrocardiograma (ECG)
- Ecocardiograma bidimensional com doppler
- Teste ergométrico
- MAPA 24h
- Holter 24h



SALUTE

salute salute_cardio

(85) 3272.9561 • (85) 3272.8302 • (85) 9 9699.6266
Rua General Silva Jr., 235 • Bairro de Fátima
Fortaleza - CE

C L I N I C A

MEDICAR

Fones: (85) 3444.6444 / 4009.0365
www.clinicamedicar.com.br

Exames:

Eletrocardiograma
Ecocardiograma
Ecocardiograma transesofágico
Ecocardiograma de stress
Ergoespirometria
Looper
Teste ergométrico
MAPA 24H
HOLTER 24 H

Especialidades:

Cardiologia Clínica
Arritmologia e eletrofisiologia
Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica
Clínica de Fibrilação atrial
Estimulação Cardíaca artificial
Radiologia Intervencionista
Nefrologia
Clínica Médica
Psicologia e Psicanálise

Sede
R Araken Silva, 243 Dionísio Torres
Fortaleza CE Brasil CEP 60170-190

Anexo
R Vicente Leite, 2571 Dionísio Torres
Fortaleza CE Brasil CEP 60170-150

Comissões

COMISSÃO CIENTÍFICA

Almino Cavalcante Rocha Neto
Aloyra Guedis Guimarães
Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos
Augusto Celso de Araújo Lopes Júnior
Christiane Bezerra Rocha Liberato
Gentil Barreira de Aguiar Filho
Lúcia de Sousa Belém
Márcia Maria Sales Gonçalves
Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges
Nilson Moura Fé Filho
Rafael Nogueira de Macedo
Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão
Sandro Salgueiro Rodrigues
Ulysses Vieira Cabral

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Acrisio Sales Valente
Ana Gardenia Liberato Ponte Farias
Ane Karoline Medina Néri
Angelo Roncalli Ramalho Sampaio
Carlos José Mota De Lima
Christiane Bezerra Rocha
Danielli Oliveira da Costa Lino
Fátima Rosane de Almeida Oliveira
Glauber Gean de Vasconcelos
José Ronaldo Mont'Alverne Filho
José Sebastião de Abreu
Marcelo de Paula Martins Monteiro
Maria Cláudia de Azevedo Leitão
Maria Gyslane Vasconcelos Sobral
Rafael Nogueira de Macedo
Ricardo Pereira Silva
Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão
Ulysses Vieira Cabral

Informações Gerais

25º CONGRESSO CEARENSE DE CARDIOLOGIA
22 e 23 de agosto de 2019

LOCAL DO EVENTO
UNICHRISTUS (Campus Parque Ecológico)
2º PISO
Rua Vereador Paulo Mamede, 133 – Cocó
Fortaleza – CE

TRANSPORTE
O evento disponibilizará transporte entre o Shopping Iguatemi e a Unichristus.
Ponto de encontro: Capela São Carlos
Empresa: ClaraTur
Trajeto: Iguatemi/ Unichristus / Iguatemi

LOGÍSTICA
Dias 22 e 23/08
Horários: a partir de 07h30 (frequência de 15 em 15 minutos)

ESTACIONAMENTO
A UNICHRISTUS não disponibiliza estacionamento para os participantes. Aconselhamos que utilize formas alternativas de transporte ou táxi.

SECRETARIA EXECUTIVA
Arx Eventos
Rua Júlio Siqueira, 970 - Dionísio Torres
CEP 60.130-090 - Fortaleza / CE
Tel.: (85) 4011-1572 - Fax: (85) 4011-1573
Site: www.arxeventos.com.br

A secretaria executiva está a cargo da Arx Eventos, instalada no local para receber, atender e auxiliar os congressistas durante todo o evento, nos dias 22 e 23 de agosto de 2019.

HORÁRIOS DA SECRETARIA LOCAL
Dias 22 e 23/08 - 08h às 18h

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA
Dia 22/08 – Quinta-feira > 09h30 às 19h
Dia 23/08 - Sexta-feira > 08h às 19h

PROGRAMAÇÃO SOCIAL
Abertura
Dia 22/08 - Quinta-feira > 10h30 às 11h
Auditório Régis Jucá- 2º Piso
ENCERRAMENTO
Dia 23/08 - Sexta-feira > 18h
Área de Exposição - 2º Piso

SIMPÓSIOS
Simpósio Satélite Emílio Ribas | "Biomarcadores Cardíacos na Prática Clínica"
Palestrante: Dr. Carlos Eduardo dos Santos Ferreira - SP
Dia 22/08 - Quinta-feira > 12h às 13h

Simpósio Master FQM | "Os novos anticoagulantes são sempre os melhores? Quebrando tabus para o uso da Varfarina" e "Depressão e ansiedade - Qual a relação com doenças cardiovasculares"
Palestrante: Dr. Celso Musa - RJ
Dia 22/08 - Quinta-feira > 15h às 16h

Simpósio Satélite Cardiofor | Mitraclip
Palestrante: Marcelo Westerlund Montera - RJ
Palestrante: Augusto Celso de Araújo Lopes Júnior - CE
Dia 23/08 - Sexta-feira > 12h às 13h

Simpósio Master Novartis | "A Jornada do Paciente com IC"
Palestrante: Dra. Lidia Zytynski Moura - PR
Dia 23/08 - Sexta-feira > 15h às 16h

CERTIFICADOS
Todos os certificados estarão disponíveis no site http://sociedades.cardiol.br/ce/congresso2019/ a partir de 13 de setembro de 2019 até o dia 13 de março de 2020.

MEDIA DESK
A sala de media desk funcionará no mesmo horário da secretaria local. O material dos palestrantes deverá ser entregue com antecedência mínima de 2 (duas) horas visando o bom atendimento e adequada organização no sistema de projeção.

CRACHÁ
É obrigatório o uso de crachá para o ingresso nas salas, auditório e área de exposição do Congresso. Em caso de perdas ou danos, solicitar um novo crachá na secretaria do evento.

FUMO
Será expressamente proibido fumar no local do evento, nos auditórios e salas.

CELULAR
Em respeito aos palestrantes, solicitamos que todos os celulares estejam desligados dentro dos auditórios e salas.

ACHADOS E PERDIDOS
Caso encontre objetos de outrem, entregar na secretaria do evento.

cintipraxis
medicina nuclear
imagem molecular

CINTILOGRAFIA

PET Scan

IMAGEM MOLECULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Experiência e Credibilidade

A equipe médica da Cintinpraxis está à disposição para conversar com seu médico e esclarecer laudos e indicação de exames ou discutir os resultados mais complexos. São médico experientes, especialistas e doutores pelos melhores centros do mundo trabalhando para um diagnóstico detalhado e seguro.

Av. Santos Dumont,5753 - Térreo - Papicu
Complexo Empresarial São Matheus
Tel/Fax.: (85) 3262.1212 - Fortaleza - Ce
www.cintipraxis.com.br

Equipe Médica

Dr. med. Adriano Lopes (CRM: 5171)
Médico Nuclear / Internista
Dr. Maurício Mendes (CRM: 7624)
Médico Nuclear
Dr. Filadelfo Rodrigues (CRM: 6916)
Médico Nuclear/ Cardilogista
Dr. Regis Oquendo Nogueira (CRM: 8061)
Médico Nuclear
Dr. Gustavo Veras (CRM: 9604)
Cardiologista
Dr. Geovani Calixto Azevedo (CRM: 7940)
Radiologista
Supervisora de Radioproteção:
Aline Machado Furlan (FM/CNEN: 0118)
Física Médica

Instituto de Medicina Nuclear
CINTILOGRAFIA

CINTILOGRAFIA

IMAGEM MOLECULAR

Experiência e Credibilidade

A equipe médica do Instituto de Medicina Nuclear - IMN está à disposição para conversar com seu médico e esclarecer laudos e indicação de exames ou discutir os resultados mais complexos. São médicos experientes, especialistas e doutores pelos melhores centros do mundo trabalhando para um diagnóstico detalhado e seguro.

Rua Carlos Vasconcelos,977 - Aldeota
Tel/Fax.: (85) 3261.2926- Fortaleza - Ce
www.imn-ce.com.br

Equipe Médica

Dr. med. Adriano Lopes (CRM: 5171)
Médico Nuclear / Internista
Dr. Maurício Mendes (CRM: 7624)
Médico Nuclear
Dr. Filadelfo Rodrigues (CRM: 6916)
Médico Nuclear/ Cardilogista
Dr. Regis Oquendo Nogueira (CRM: 8061)
Médico Nuclear
Dr. Dirk Schreen (CRM: 8224)
Cardilogista
Supervisora de Radioproteção:
Aline Machado Furlan (FM/CNEN: 0118)
Física Médica

PROGRAMAÇÃO

22/08/2019 (QUINTA-FEIRA) | AUDITÓRIO RÉGIS JUCÁ

8h às 9h	**Credenciamento**
9h às 9h30	**Intervalo** - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster
9h30 às 10h30	**Mesa redonda - Atualizando as diretrizes: o que muda na nossa conduta?** Presidente: Cezario Antonio Martins Gomes - CE Moderador: João Martins de Souza Torres - CE
9h30 às 9h45	**Diretriz de avaliação cardiovascular perioperatória** Palestrante: Rochelle Pinheiro Ribeiro - CE
9h45 às 10h	**Diretriz de dislipidemias e prevenção de aterosclerose** Palestrante: Alexandre Melo Karbage - CE
10h às 10h15	**Diretriz de valvopatias: abordagem das lesões anatomicamente importantes** Palestrante: José Glauco Lobo Filho - CE
10h15 às 10h30	**Discussão**
10h30 às 11h	**Solenidade de abertura**
11h às 12h	**Conferência magna - Quão cara está nossa cardiologia? Quem pagará a conta no século XXI?** Presidente: Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges - CE Conferencista: Marcelo Antonio Cartaxo Queiroga - PB
11h45 às 12h	**Discussão**
12h às 13h	**Simpósio satélite Emilio Ribas | Biomarcadores cardíacos na prática clínica** Palestrante: Carlos Eduardo dos Santos Ferreira - SP
13h às 14h	**Intervalo de almoço**
14h às 15h	**Mesa redonda - Insuficiência cardíaca aguda: vivenciando esta grave entidade clínica** Presidente: Glauber Gean de Vasconcelos - CE Moderadora: Laura Leite da Escóssia Marinho - CE
14h às 14h15	**Registro brasileiro de IC: os dados do BREATHE, extensão e realidade do Brasil** Palestrante: João David De Souza Neto - CE
14h15 às 14h30	**Diagnóstico clínico, laboratorial, imagem e biomarcadores** Palestrante: Germana Porto Linhares Almeida - CE
14h30 às 14h45	**Do tratamento farmacológico a assistência circulatória mecânica** Palestrante: Juan Alberto Cosquillo Mejía - CE
14h45 às 15h	**Discussão**
15h às 16h	**Simpósio master | FQM** **Tema 1 | "Os novos anticoagulantes são sempre os melhores? Quebrando tabus para o uso da Varfarina"** **Tema 2 | "Depressão e ansiedade - Qual a relação com doenças cardiovasculares"** Palestrante: Celso Musa - RJ

16h às 16h30 **Intervalo** - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster

16h30 às 17h30 **Mesa redonda - Exercício e saúde**
Presidente: Rafael Nogueira de Macedo - CE
Moderadora: Marianna Luíza Bezerra Sampaio - CE

16h30 às 16h45 **Atleta após síndrome coronariana aguda: doutor quando volto a competir?**
Palestrante: Márcia Maria Sales Gonçalves - CE

16h45 às 17h **Liberando paciente para atividade física de alta intensidade: como poderíamos diminuir os riscos?**
Palestrante: Camila Pinto Cavalcante - CE

17h00 às 17h15 **Reabilitação cardíaca e remodelamento reverso: o que temos de evidência?**
Palestrante: Luiz Eduardo Fonteles Ritt - BA

17h15 às 17h30 **Discussão**

17h30 às 18h **Conferência - Novos avanços nos aspectos eletro-vetorcardiográficos na síndrome de Brugada**
Presidente: Raimundo Barbosa Barros - CE
Conferencista: Andrés Ricardo Pérez-Riera - SP

18h às 19h **Colóquio - Eletrocardiograma**
Coordenador: Raimundo Barbosa Barros - CE
Debatedores: Andrés Ricardo Pérez-Riera - SP, Antônio Thomaz de Andrade - CE, Francisco Rodrigues dos Santos Neto - CE e Isnard Lúcio Melo Nascimento - CE

22/08/2019 (QUINTA-FEIRA) | AUDITÓRIO WILLIAM PERDIGÃO

8h às 9h **Credenciamento**

9h às 9h30 **Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**

9h30 às 10h30 **Mesa redonda - Cardiogeriatria**
Presidente: Márcia Pereira de Holanda Roque Pires - CE
Moderadora: Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos - CE

9h30 às 9h45 **Hipertensão no idoso segundo as novas diretrizes**
Palestrante: Ricardo Pereira Silva - CE

9h45 às 10h **Doença carotídea no idoso: quando intervir?**
Palestrante: Frederico Augusto Linhares - CE

10h às 10h15 **Avaliação funcional de DAC no idoso**
Palestrante: José Sebastião de Abreu - CE

10h15 às 10h30 **Discussão**

12h às 14h **Intervalo - Almoço**

14h às 14h30 **Apresentação de temas livres**
Presidente: João Luiz de Alencar Araripe Falcão - CE
Moderadora: Márcia Maria Carneiro - CE
TL-001 - VALOR DE DISTINTAS FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇAO DE ISQUEMIA MIOCARDICA DURANTE O ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE
TL-002 - TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR COMO PREDITOR DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
TL-003 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDADE POR CARDIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA NO CEARÁ DO ANO DE 2008 A 2018

14h30 às 15h30 **Sessão clínica - Pinga-fogo**
Presidente: José Glauco Lobo Filho - CE
Moderadora: Alessandra Edna Teófilo Lemos - CE

14h30 às 14h45 **Estenose aórtica valvar o que valorizar: área ou gradiente**
Palestrante: Ana Aécia Alexandrino de Oliveira - CE

14h45 às 15h **Aneurisma de aorta: quando abordar?**
Palestrante: João Marcelo Ancilon Cavalcante de Albuquerque - CE

15h às 15h15 **Papel da troponina ultrassensível na emergência**
Palestrante: Igor Rego Thaumaturgo - CE

15h15 às 15h30 **Discussão**

15h30 às 16h **Encontro com experts**
Presidente: Angelo Roncalli Ramalho Sampaio - CE
Moderador: Carlos José Mota de Lima - CE

15h30 às 15h45 **Vacinação no cardiopata**
Palestrante: Bráulio Matias de Carvalho - CE

15h45 às 16h **Antidiabéticos orais e segurança cardiovascular**
Palestrante: Maria Helane Costa Gurgel - CE

16h às 16h30 **Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**

16h30 às 17h **Mesa redonda - Cardiologia e nutrição**
Presidente: Henrique Jorge Maia Costa - CE
Moderadora: Isabela Thomaz Takakura Guedes - CE

16h30 às 16h45 **Mitos e verdades sobre obesidade**
Palestrante: Aloyra Guedis Guimarães - CE

16h45 às 17h **Nutrição e risco cardiovascular**
Palestrante: Italo Souza Oliveira Santos - CE

17h às 18h **Conferência - Cardiologia baseada em espiritualidade e humanismo**
Presidente: Fernando Soares de Medeiros - CE
Conferencista: Almino Cavalcante Rocha Neto - CE

17h45 às 18h **Discussão**

18h às 19h **Assembleia**

23/08/2019 (SEXTA-FEIRA) | AUDITÓRIO RÉGIS JUCÁ

8h às 9h **Mesa redonda - Manejo da síndrome coronariana aguda**
Presidente: José Maria Bezerra Filho - CE
Moderador: Francisco Daniel de Sousa - CE

8h às 8h15 **Isquemia circunferencial: reconhecimento e conduta**
Palestrante: Lúcia de Sousa Belém - CE

8h15 às 8h30 **Nos pacientes com SCA de baixo e intermediário risco: TE x cintilografia X Angio TC, o que a literatura diz?**
Palestrante: Danielli Oliveira da Costa Lino - CE

8h30 às 8h45 **O impacto da estratégia fármaco-invasiva no IAM no Ceará**
Palestrante: Sandro Salgueiro Rodrigues - CE

8h45 às 9h	**Discussão**
9h às 9h30	**Conferência - Inovações no tratamento da doença valvar por via percutânea** Presidente: Gentil Barreira de Aguiar Filho - CE Conferencista: José de Ribamar Costa Júnior - SP
9h20 às 9h30	**Discussão**
9h30 às 10h	**Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**
10h às 11h	**Mesa redonda - Desafios contemporâneos da cardiologia** Presidente: José Nogueira Paes Junior - CE Moderador: José Erirtonio Façanha Barreto - CE
10h às 10h15	**Tratamento da DAC nos muito idosos: a abordagem muda com a idade?** Palestrante: Francisco Rodrigues dos Santos Neto - CE
10h15 às 10h30	**Dupla antiagregação plaquetária, até quando?** Palestrante: José Ronaldo Mont'Alverne Filho
10h30 às 10h45	**Angioplastia de TCE: as novas evidências mudaram a conduta?** Palestrante: Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga - PB
10h45 às 11h	**Discussão**
11h às 12h	**Mesa redonda - Intervenção na doença coronária crônica** Presidente: Frederico Augusto Lima e Silva - CE Moderador: Flávio Jose Rocha de Souza - CE
11h às 11h15	**Imagem intravascular: quando indicar e como interpretar?** Palestrante: José de Ribamar Costa Júnior - SP
11h15 às 11h30	**Abordagem atual da oclusão total crônica** Palestrante: Breno de Alencar Araripe Falcão - CE
11h30 às 11h45	**Revascularização completa em pacientes de alto risco: chip programa** Palestrante: Augusto Celso de Araújo Lopes Junior - CE
11h45 às 12h	**Discussão**
12h às 13h	**Simpósio satélite Cardiofor | Mitraclip** Palestrante: Marcelo Westerlund Montera - RJ Palestrante: Augusto Celso de Araújo Lopes Júnior - CE
13h às 14h	**Intervalo - Almoço**
14h às 15h	**Mesa redonda - Dilemas no consultório** Presidente: Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho - CE Moderador: Pedro José Negreiros de Andrade - CE
14h às 14h15	**AAS na prevenção primária** Palestrante: André Feldman - SP
14h15 às 14h30	**Terapia antiplaquetária em pacientes anticoagulados** Palestrante: Antônio Augusto Guimarães Lima - CE
14h30 às 14h45	**Como fazer avaliação perioperatória em paciente cardiopata grave?** Palestrante: Maria Claudia de Azevedo Leitão - CE
14h45 às 15h	**Discussão**
15h às 16h	**Simpósio master Novartis | A jornada do paciente com IC** Palestrante: Lídia Ana Zytynski Moura - SP

16h às 16h30 **Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**

16h30 às 17h **Casos clínicos**
Presidente: Aluísio Cruz Júnior - CE
Moderador: Acrisio Sales Valente - CE

16h30 às 16h45 **Implante valvar aórtico transcateter (TAVI)**
Palestrante: Gentil Barreira de Aguiar Filho - CE

16h45 às 17h **Fechamento de forame oval patente**
Palestrante: José Ronaldo Mont'Alverne Filho - CE

17h às 18h **Sessão clínica - Telemedicina**
Presidente: Pedro José Negreiros de Andrade - CE
Moderador: Angelo Roncalli Ramalho Sampaio - CE

17h às 17h20 **O impacto da telemedicina na prática do cardiologista**
Palestrante: Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga - SP

17h20 às 17h40 **Regulamentação da telemedicina no Brasil**
Palestrante: José Lindemberg da Costa Lima - CE

17h40 às 18h **Discussão**

18h às 18h15 **Solenidade de encerramento: resultado do top 10 temas livres e premiações**

23/08/2019 (SEXTA-FEIRA) | AUDITÓRIO WILLIAM PERDIGÃO

8h às 8h30 **Apresentação de temas livres**
Presidente: Fátima Rosane de Almeida Oliveira - CE
Moderadora: Dalila Cândida Bonfim Saraiva - CE
TL-004 - CARDIOPATIAS EM PACIENTES COM A TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 18
TL-005 - ACHADOS ECOCARDIOGRAFICOS NA MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II
TL-006 - RELATO DE CASO DE UMA PACIENTE COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, ASSOCIADO A ANTICOCEPCIONAIS HORMONAIS.

8h30 às 9h30 **Mesa redonda - Estimulação cardíaca artificial**
Presidente: Carla Sanford Rangel Xerez Leobino - CE
Moderador: Heraldo Guedis Lobo Filho - CE

8h30 às 8h45 **Novas evidências da terapia de ressincronização cardíaca: quando associar o CDI?**
Palestrante: Francisca Tatiana Moreira Pereira - CE

8h45 às 9h **Arritmias silenciosas: quando e como tratar?**
Palestrante: Stela Maria Vitorino Sampaio - CE

9h às 9h15 **Como interpretar e quando solicitar o teste de disautonomia**
Palestrante: Eduardo Arrais Rocha - CE

9h15 às 9h30 **Discussão**

9h30 às 10h **Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**

10h às 11h **Mesa redonda - Imagem em cardiologia: principais indicações e achados**
Presidente: Thaís Buhatem de Alencar Moreno - CE
Moderador: Ulysses Vieira Cabral - CE

10h às 10h15 **Ressonância magnética**
Palestrante: Ricardo Paulo de Sousa Rocha - CE

10h15 às 10h30 **Angio TC de coronárias**
Palestrante: João Luiz de Alencar Araripe Falcão - CE

10h30 às 10h45 **Cintilografia do miocárdio**
Palestrante: Filadelfo Rodrigues Filho - CE

10h45 às 11h **Discussão**

11h às 12h **Mesa redonda - Cardiopatia da mulher**
Presidente: Christiane Bezerra Rocha - CE
Moderadora: Ana Gardenia Liberato Ponte Farias - CE

11h às 11h15 **Cardiopatia valvar na grávida: quando abordar?**
Palestrante: Octávio Alencar Barbosa Júnior - CE

11h15 às 11h30 **Cardiopatia e gestação no século XXI: qual é o cenário?**
Palestrante: Regina Coeli Marques de Carvalho - CE

11h30 às 11h45 **Estratificação de DAC nas mulheres**
Palestrante: Marcelo da Silva Moretto - CE

11h45 às 12h **Discussão**

12h às 14h **Intervalo - Almoço**

14h às 14h30 **Apresentação de temas livres**
Presidente: Romulo Ronkaly Guimarães Lima - CE
Moderador: José Carlos Jucá Pompeu Filho - CE
TL-007 - MONITORAMENTO REMOTO DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
TL-008 - RELAÇAO ENTRE DISFUNÇAO RENAL E TEMPO DE INTERNAÇAO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
TL-009 - MORBIMORTALIDADE DOS HIPER-RESPONDEDORES À TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA EM 9 ANOS DE SEGUIMENTO

14h30 às 15h30 **Mesa redonda - Arritmias**
Presidente: Almino Cavalcante Rocha Neto - CE
Moderador: Vera Marques - CE

14h30 às 14h45 **Como detectar FA silenciosa? Entrando na era dos monitores cardíacos portáteis**
Palestrante: Ieda Prata Costa - CE

14h45 às 15h **Extrassístoles: o que fazer depois do b-bloqueador?**
Palestrante: Antônio Thomaz de Andrade - CE

15h às 15h15 **Fibrilação atrial e novos anticoagulantes**
Palestrante: Evilásio Leobino da Silva Júnior - CE

15h15 às 15h30 **Discussão**

15h30 às 16h **Sessão clínica - Casos clínicos**
Presidente: Fernando Soares de Medeiros - CE
Moderadora: Ane Karoline Medina Neri - CE

15h30 às 15h45 **IAM com supra de ST em pacientes multiarteriais**
Palestrante: José Klauber Roger Carneiro - CE

15h45 às 16h **Miocardiopatia**
Palestrante: Glauber Gean de Vasconcelos - CE

16h às 16h30 **Intervalo - Visita aos estandes e apresentação de e-pôster**

16h30 às 17h30 **Gincana acadêmica - Gincana acadêmica**
Coordenador: Francisco Thiago Tomaz de Sousa - CE
Coordenadora: Danielli Oliveira da Costa Lino - CE

MEMÓRIAS DA CARDIOLOGIA

Memória de uma Sociedade

A Sociedade Cearense de Cardiologia nasceu em 19 de junho de 1972 durante assembleia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em Curitiba, quando os cardiologistas do Estado, ainda não reunidos em uma associação, faziam suas as palavras de Dom Quixote: "Quando se sonha sozinho é apenas um sonho; Quando sonhamos juntos é o começo da realidade".

E foi assim que a SCC nasceu, fruto de um sonho comum, provando que o "bom senso é a coisa do mundo mais bem compartilhada". Ela surgiu marcada pelo entusiasmo de um grupo de especialistas que tinha o interesse maior de trazer para Fortaleza, em 1973, o XXIX Congresso Brasileiro de Cardiologia.

A criação da sociedade era, naquela época, condição "cine qua non" para que o evento acontecesse nesta capital. Isto não fora exigência 23 anos antes (1950), quando aqui se realizara o IX Congresso Brasileiro de Cardiologia sob a presidência do Dr. Antônio Jucá. Ele foi o primeiro cardiologista cearense de renome nacional e internacional, tido como modelo para as gerações de cardiologistas que viriam a seguir. Dr. Antônio Jucá trouxe o primeiro eletrocardiógrafo para o Ceará. A Sociedade Cearense de Cardiologia cultiva sua memória realizando periodicamente o evento denominado Conferência Antônio Jucá.

No início da década de 70, quando ainda era pouco comum o exercício de comando por parte das mulheres, o Ceará inovava colocando a Dra. Glaura Ferrer Martins, figura emblemática da cardiologia do Ceará, na presidência das Sociedades Cearense e Brasileira de Cardiologia, que inclusive já era representante regional da SBC no período de 1962 a 1972.

Como a primeira presidente, os outros que lhe seguiram no mister de conduzir os destinos da entidade - Drs. Raimundo Hélio Cirino Bessa (1977), José Nogueira Paes Júnior (1978), Eduardo Régis Monte Jucá (1979), José Ronaldo Mont'Alverne (1980), José Ribeiro de Sousa (1981), Fernando Antônio Frota Bezerra (1982), Frederico Augusto de Lima e Silva (1983), José Augusto Rocha Araújo (1985), Pedro Negreiros de Andrade (1987), Antônio Prudêncio de Almeida (1989), José Maria Bonfim de Moraes (1991), Marilena Gondim Rocha (1993), Antônio Augusto Guimarães Lima (1995) e João David de Sousa Neto (1996), revelaram-se exímios no cumprimento da verdade dita por Sartre: "O homem nada mais é do que aquilo que ele faz".

Foi dessa feliz combinação tempo/competência/dedicação, que resultou a Sociedade Cearense de Cardiologia dos dias atuais. Para que isso se tornasse possível foi posta à prova a vocação do Ceará para os grandes acontecimentos na área de cardiologia. No início da década de 50, era realizada em Fortaleza pelo Dr. José Hilário de Oliveira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e auxiliado por Drs. Haroldo Juaçaba, Paulo de Melo Machado e Newton Gonçalves, a primeira comissurotomia mitral a céu fechado, com a utilização da técnica de Bailey, praticada com o dedo. Em 1967, a primeira cirurgia cardíaca com circulação extra-corpórea no Ceará, era programada pela equipe do Dr. Maurício Mota Aquino e realizada pelas mãos competentes do Dr. Adib Jatene, já então considerado um dos expoentes maiores da cirurgia de coração do Brasil. Três anos mais tarde, sob a responsabilidade do Dr. José Nogueira Paes Júnior, era feita aqui o primeiro cateterismo cardíaco. Também por sua conta foi realizada a primeira cineangiocoronariografia em 1972. Em outubro deste ano, Dr. Eduardo Régis Jucá, considerado a competência imprimida no

exercício da profissão, realizou a primeira cirurgia de revascularização miocárdica com "Ponte de Safena"; em 1974, Dra. Sheyla Rolim figueredo montou a primeira bicicleta ergométrica e em 1978, o Dr. José Ronaldo Mont'Alverne tornou real o primeiro ecocardiograma modo M. Dr. José Maria Bonfim de Moraes, em 1979, instalou a primeira esteira ergométrica e, em 1985, ele próprio, foi o primeiro a utilizar no Estado uma substância trombollítica no infarto agudo do miocárdio. A primeira angioplastia no Ceará, ficou a cargo do Dr. Siguemituzo Ariê em 1987, auxiliado por Dr. José Ribeiro de Souza e sua equipe. Já a primeira valvuloplastia, aqui registrada, aconteceu em 1988, sob a competência do Dr. José Augusto Rocha Araújo.

O histórico da cardiologia cearense, permeado de sucessos, contabiliza muitos outros grandes feitos, ao exemplo do primeiro transplante cardíaco, em 1992, no Hospital Antônio Prudente, pelas mãos dos médicos Glauco Lobo Filho, João Martins de Souza Torres e José Maria F. Memória. No ano seguinte, 1993, no Hospital de Messejana, eram confiadas ao Dr. Glauco lobo Filho e ao Dr. Teles de Mendonça, a primeira cirurgia de plastia da válvula mitral e a primeira plastia da válvula aórtica, respectivamente. Ainda no decorrer desse ano, o Dr. José augusto de Araújo realizava, aqui em Fortaleza, a primeira arteriosseptostomia, por cateter balão de Rashkind. Algum tempo depois, em 1995, a primeira ventriculoctomia parcial esquerda (técnica de Randas), tinha realização a cargo do Dr. José Dario Soares.

A larga trajetória da entidade, estendida por 25 anos, pontilhada de empreendimentos, guarda fidelidade à máxima de Schopenhauer: "O homem pode, é certo, fazer o que quer, mas não pode querer o que quer". O conceito de liberdade assim estabelecido só permitiu a Sociedade atuar com sensatez e desenvoltura nos espaços que lhe são reservados, buscando alcançar a porta que dá acesso a esse mundo de lucros e perdas mas que nem por isso deixa de ser campo vasto de promissoras realizações.

O Hospital Sanatório de Messejana, inaugurado em 1932 como nosocômio particular, foi uma das primeiras investidas da iniciativa privada no campo da medicina hospitalar. Procuraram os Drs. Otávio Lobo, Lineu Jucá e Pedro Sampaio idealizadores e fundadores, reunir a amenidade do clima de Messejana com o repouso, usados na época, para o combate à Tuberculose. Em 1939 o Sanatório passou para o Instituto de Previdência do Ceará (IPEC) e deste para o Instituto dos Bancários (IAPB). Com a unificação da Previdência Social (INPS), sofreu o Sanatório de Messejana notável modificação. O diretor Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, responsável pelos destinos do Hospital no período de 1944 a 1983, conseguiu realizar, com o apoio da alta direção previdenciária, um sonho a muito acalentado por todos que trabalhavam em Sanatórios de Tuberculose: A transformação deles em unidade dinâmicas para tratamento das doenças cardiopulmonares nos seus diferentes aspectos. A partir de então, o Hospital de Messejana (a palavra Sanatório foi abolida) ao longo de sua história tem sido certamente o centro de referência em cardiologia, não só no estado do Ceará, mas em todo o Nordeste no que diz respeito ao diagnóstico, avaliação e tratamento de doenças cardiovasculares, bem como celeiro de formação de cardiologistas, através do curso de residência médica na especialidade, tendo como primeiros residentes os Drs. Abdias Rolim Gomes e Francisco Martins de Oliveira.

Na história da cardiologia cearense uma referência especial há que ser ressaltada: o serviço de cardiologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo da Universidade Federal do Ceará. Ao professor Antônio Jucá, um dos fundadores da Faculdade de Medicina, deve a medicina do Ceará muito do seu progresso nas décadas de quarenta e cinquenta. Já citado anteriormente, o professor Antônio Jucá não era somente especialista, mas também o clínico da cidade de Fortaleza nessa época. Exercia liderança natural em medicina interna na Faculdade de Medicina e levou a cardiologia para o Porangabuçu, em 1955, criando o Centro de Cardiologia de Fortaleza, numa demonstração de arrojo e de confiança no futuro da escola médica que ajudou a nascer. A direção desse centro foi confiada ao professor Célio Brasil Girão, médico por vocação, extremamente dedicado a seus alunos. O serviço de cardiologia do Hospital das Clínicas foi uma continuação desse centro e faziam parte do grupo de cardiologistas, os professores Edgardo Saraiva Leão, Raimundo Hélio Cirino Bes-

sa, Glaura Férrer Martins e Francisco de Paiva Freitas e tempos depois os professores José Nogueira Paes e José Ronaldo Mont'Alverne. Deve-se a esse grupo de especialistas a responsabilidade pela formação básica e o incentivo dos profissionais da área que viriam a seguir. O professor José Nogueira Paes foi o responsável pelo grande impulso da cardiologia do Ceará, que aconteceu na década de setenta, quando se tornou chefe do serviço e posteriormente diretor do Hospital, criando uma mentalidade nova através da introdução de métodos diagnósticos invasivos ou não e na implantação do curso de especialização em cardiologia.

Foi ainda na busca do conceito de liberdade, que os cearenses demonstraram ser capazes de abrir mais uma porta para a moderna cardiologia. Criando mais um polo científico no Estado, a cidade de Sobral, que já possuía um serviço na especialidade na Santa Casa de Misericórdia, fundou o Hospital do Coração, estabelecimento considerado "de primeiro mundo", graças a visão empreendedora e política de padre José Linhares. Foi neste Hospital, que em julho de 1998 se realizou a primeira aterectomia rotacional e em agosto do mesmo ano, o primeiro ultrassom intracoronário, ambos sob a competência do Dr. José Klauber Roger Carneiro e sua equipe.

Realmente, a cardiologia do Ceará foi sempre pródiga na realização de grandes empreitadas e na criação de excelentes momentos de promoção da especialidade. Tanto assim que registrou, em 1978, a fundação do "Clube de Revistas", tendo como responsáveis os Drs. José Augusto Rocha de Araújo (American Journal of Cardiology); José Maria Bonfim de Moraes (Circulation e British Heart Journal); Dr. José Ribeiro de Sousa (Archives des maladies du Couer et des Grands Vaissaux) e Waldemiro Carvalho Júnior (Thoracic and Cardiovascular Surgery). O aperfeiçoamento dos profissionais da área manteve-se sempre como uma preocupação, como bem foi evidenciado em 1979, quando, sob a coordenação do Dr. José Nogueira Paes, foram realizados, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, cursos sobre métodos não invasivos em cardiologia.

Significativos eventos na área, respaldados pela SCC, tiveram lugar no Estado, ao longo desses anos, como foi o caso das 1ª, 2ª, 3ª Jornadas de Cardiologia, respectivamente em Iguatu, Quixadá e Sobral. Também aconteceu por estas plagas, o 1º Simpósio sobre Hipertensão Arterial Sistêmica em 1981 e o Congresso Norte-Nordeste de Cardiologia em 1987, presidido por Dr. Pedro Negreiros de Andrade. Na época também presidente da Sociedade, em cuja gestão foi adquirida a sede da entidade, com o propósito de reunir os profissionais da cardiologia do Ceará, sempre que para isso houvesse vontade dos associados e interesse da Sociedade.

O 1º Congresso Cearense de Cardiologia aconteceu em 1992, presidido pelo Dr. Antonio Prudêncio de Almeida, durante o qual a Sociedade organizou o Curso Nacional de Reciclagem, como parte do programa de Educação Médica Continuada da SBC, culminando com a prova para a obtenção do Título de Especialista em Cardiologia..

O Ceará, com tantas e tamanhas realizações no campo da cardiologia, tem mostrado vocação natural para o acontecimento de grandes eventos, tanto assim que em novembro de 1993, foi realizado o XIV Congresso Brasileiro de Cardiologia Pediátrica. Tendo Fortaleza recebido "cheia de carinho e alegria" aqueles profissionais que tratam dos "Pedrinhos pedreiros" com seus "corações machucados", como bem descreveu sua presidente Dra. Marilena Gondim Rocha.

Em março de 1996, a SCC promoveu e organizou o 2º Congresso da especialidade, sob a presidência do Dr. Frederico Augusto de Lima e Silva.

No final de 1996, Fortaleza experimentou a honra de receber mais de 400 especialistas para o IX Simpósio Internacional de Ecocardiografia. O evento, de alto nível, presidido pelo Dr. José Eloy da Costa Filho e prestigiado por esta Sociedade, incluiu-se entre os grandes acontecimentos científicos aqui realizados, imprimindo, com força, a marca empreendedora da cardiologia, em uma de suas mais importantes vertentes.

Fortaleza, que já sediara, em março de 1997, o 3º Congresso Cearense de Cardiologia, presidido pelo Dr. João Martins de Souza Torres. Serviu de local também para realização, em março de 1998, do 4º Congresso da especialidade, sob a presidência da Dra. Célia Maria Félix Cirino, a quem só coube reconhecer o seu esforço desmedido, para fazer desse encontro um marco dentro da comunidade científica e soube certamente distinguir, o quanto são necessários seres humanos com qualidade, para realizações com qualidade.

Em setembro de 1998, a Sociedade promoveu e realizou o forum, cujo tema

"Cardiologia Pediátrica: Situação Atual no Estado do Ceará" foi considerado um acontecimento histórico na cardiologia cearense. Nesse evento, os cardiologistas e demais profissionais envolvidos, reunidos em sua sede totalmente reformada, esclareceram a grave situação da criança cardiopata, debateram e levantaram propostas adequadas, de tal modo que ali reunidos, puderam lançar um grito de alerta à cardiologia do Ceará. Contando com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado, diversas autoridades médicas e da SBC, na presença de seu vice-presidente, Dr. Luiz Paulo Rangel.

O jubileu de prata da Sociedade foi comemorado com inusitada alegria em 12 de dezembro de 1997, no auditório Castelo Branco da reitoria da Universidade Federal do Ceará, levando a marca do entusiasmo da atual diretoria, possuída do interesse maior de promover a assertiva de que a abertura para a modernidade não lhe fez , em nenhum momento, esquecer que o "homem", como dizia Pitágoras, "é a mediada de todas as cousas". Acima de uma máquina, está o homem que a criou e, mais acima que este, está Deus que o fez à sua imagem e semelhança. Se a pouca ciência afasta o homem do seu criador, a grande ciência fá-lo mais próximo. A atual diretoria da entidade é levada a acreditar que: Deus/homem/ciência foram a tríade da evolução da natureza humana, em cuja base se assentam a razão, o sentimento e a crença.

A Sociedade Cearense de Cardiologia, em meio aos erros e acertos dos últimos 5 lustros, tem um balanço favorável a registrar, posto haver-se empenhado, a fundo, nesse período, em proveito do aperfeiçoamento dos seus associados e do reconhecimento aos talentos que hão se manifestado.

A Sociedade agradece aos que por lá passaram, conduzindo os seus destinos, na certeza de que assim o fizeram emprestando o melhor de sua competência e, sobretudo, muito amor àquela casa. Manifesta também a sua admiração aos grandes ícones da cardiologia nacional, brilhantemente representada na solenidade pelo Dr. Adib Jatene, que foi agraciado, com toda a honra, com o título de "Doutor Honoris Causa" pela Universidade Federal do Ceará. Expressa ainda a sua confiança naqueles que virão no futuro e sobre cujos ombros pesarão a responsabilidade de abrir para a Sociedade, no século que se avizinha um horizonte maior, despertado pela sua própria razão de existir.

O presidente atual da Sociedade teve a honra de ser intérprete dos sentimentos dessa coletividade nessa data histórica para a Sociedade Cearense de Cardiologia, não tendo mais nada a dizer, se não repetir as palavras de Bergson: "Fracassamos em traduzir por inteiro, tudo o que a nossa alma sente: o pensamento não tem medida comum com a linguagem". Vai mais além

Foi essa visão humanista da cardiologia, que deu dimensão a gloria de comemorar o jubileu de prata da Sociedade.

Dr. José Eloy da Costa Filho
Presidente da SBC/CE Biênio 1997-1999

Desenvolvido pela Diretoria de Tecnologia da SBC - Todos os Direitos Reservados
© Copyright 2012 | Sociedade Brasileira De Cardiologia | tecnologia@cardiol.br

Artigos de Revisão

SÍNCOPES EM PORTADORES DE MARCA-PASSO CARDÍACO

SYNCOPE IN CARDIAC PACEMAKER PATIENTS

Título resumido: Síncope e Marca-passo
Palavras-chave: Síncope; Marca-passo Cardíaco Artificial, Exames Diagnósticos,
Keywords: Syncope; Pacemaker; Diagnosis

Eduardo Arrais Rocha[1], Gisele Schinaider Cunha[2], Aline Bezerra Tavares[3], Antônio Brazil Viana Júnior[4], Ana Rosa Pinto Quidute[5], Francisca Tatiana Moreira Pereira[6], Marcelo de Paula Martins Monteiro[7], Maria Eduarda Q.A.Rocha[8], Camila Rabelo Ferreira Gomes[9], Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho[10]

1-Médico assistente do HUWC, Professor da pós-graduação em cardiologia da UFC-CE. 2,3,9- Médica Residente do HUWC da UFC-CE. 4- Estatístico do Núcleo de pesquisas do HUWC.5- Professora da UFC-CE. 6,7- Médicos assistentes do HUWC.8- Estudante de Medicina.9-Professor da UFC-CE
Email para contacto – eduardoa@cardiol.br

RESUMO

FUNDAMENTO: As Síncopes são um desafio diagnóstico, especialmente em portadores de marca-passo (MP), nos quais demandam investigação etiológica imediata por se tratar de grupo com maior morbimortalidade.

OBJETIVOS: Investigar as principais causas, os fatores preditores e os métodos complementares utilizados no diagnóstico das síncopes em portadores de marca-passos cardíacos.

MÉTODOS: Foram incluídos portadores de Marca-passo (MP) uni ou bicameral, implantados nos últimos 10 anos por Doença do nó sinusal ou Bloqueio atrioventricular e avaliados por meio de questionários padronizados, análise dos eletrogramas endocavitários e realização de outros exames complementares conforme suspeita clínica.

As variáveis contínuas foram analisadas pelo método de Mann-Whitney, as categóricas pelo testes 2 ou Fischer e a análise multivariada por regressão logística, sendo adotados o nível de significância de 5% ($p<0,05$).

RESULTADOS: Foram incluídos 95 pacientes portadores de MP, sendo 48 sem síncopes e 47 com síncopes nos últimos 12 meses. Ocorreram 100 episódios de síncope em 47 indivíduos. 48,9 % tiveram síncopes vaso-vagal, 17 % causas cardíacas, 10,6% desconhecidas e 8,5% falhas no MP. Apenas a variável Classe Funcional II ($p<0,01$) manteve-se significativa na análise multivariada para ocorrência de síncopes. As análises dos eletrogramas armazenados e o Tilt teste foram os melhores métodos para o diagnóstico etiológico.

CONCLUSÕES: As Síncopes neuralmente mediadas são as causas mais comuns de síncope nos portadores de marca-passo e as análises de seus eletrogramas armazenados e o Tilt teste foram os melhores métodos para o diagnóstico etiológico, tendo os pacientes com Classe Funcional II (NYHA) maior risco para sua ocorrência.

Introdução

Síncopes são caracterizadas pela perda transitória de consciência decorrente de hipofluxo cerebral, com perda do tônus postural, sendo súbitas e autolimitadas, de curta duração e que não geram danos neurológicos permanentes[1-2].

Elas representam um desafio diagnóstico, especialmente nos portadores de marca-passo (MP), nos quais demandam investigação etiológica imediata, por ser um grupo com maior morbimortalidade, geralmente apresentando diversas comorbidades associadas[3-4].

A determinação da causa pode ser complexa, com múltiplas etiologias diagnósticas e até 30% permanecem inexplicadas, mesmo após extensa investigação[5]. O mau funcionamento do marca-passo ou dos eletrodos pode ser causa das síncopes nesta população, ou outras etiologias como taquicardia ventricular, considerando a maior incidência de cardiopatias associadas neste grupo[3,5].

Disfunções autonômicas ocorrem nos portadores de MP, uma vez que os dispositivos são capazes de interferir no componente cardioinibitório das síndromes neuralmente mediadas, ao evitarem bradicardias, mas não atuam sobre a vasodilatação, que é o principal componente na maioria dos pacientes com síncope vasovagal[6,7]. Muitos idosos e com patologias neurológicas associadas são portadores de MP e apresentam-se com Síndromes Disautonômicas, com diversos graus de intolerância ortostática e síncopes. A polifarmácia destes pacientes também pode contribuir para os episódios sincopais.

Diversos métodos complementares são utilizados na investigação da causa da síncope, sejam eles invasivos como o Estudo Eletrofisiológico (EEF) ou não invasivos como o Eletrocardiograma, o Holter, o Tilt Test, o Ecocardiograma, o Teste Ergométrico, mas em geral apresentam baixa sensibilidade. Seu uso indevido pode aumentar os custos, o tempo de investigação e causar confusão diagnóstica. Diversos métodos modernos de monitorização cardíaca prolongada têm revolucionado a investigação diagnóstica das síncopes, como os Looper externos ou Implantáveis.

Os MP cardíacos modernos apresentam funções diagnósticas cada vez mais sofisticadas, permitindo a análise dos registros eletrocardiográficos endocavitários (EGM), ocorridos durante sintomas ou mesmo eventos arrítmicos assintomáticos. A correta análise destes registros pode diagnosticar ou eliminar diversas etiologias como causadoras das síncopes.

Diante da complexidade diagnóstica e escassez de estudos acerca das síncopes nos pacientes com marca-passo cardíaco, o nosso estudo teve como objetivos investigar as principais causas, os fatores preditores e os métodos complementares utilizados no diagnóstico das síncopes em portadores de marca-passos cardíacos.

Métodos

População e desenho do estudo

Trata-se de estudo de Coorte prospectivo, aprovado pelo comitê de **ética do Hospital Universitário onde foi realizado o** estudo, onde todos os participantes e/ou seus representantes legais assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 466/2012.

Foram recrutados participantes do ambulatório de Arritmias e Marca-passo da instituição, sendo incluídos portadores de Marca-passo (MP) uni ou bicameral, implantados nos últimos 10 anos por

Doença do nó sinusal ou Bloqueio atrioventricular, com capacidade de análises dos eletrogramas endocavitários (EGM).

Foram excluídos os portadores de Cardiodesfibrilador Implantável (CDI) e de marca-passos multissítio ou biventriculares. Aqueles que tiveram pelo menos um episódio de síncope nos últimos doze meses foram alocados no grupo caso, e aqueles sem histórico de síncopes e portadores de MP para o grupo controle. O acompanhamento era realizado trimestralmente no 1ª ano ou antes em caso de recorrência do episódio.

A seleção dos pacientes ocorreu entre maio/2015 e janeiro/2018. O protocolo de investigação incluía uma história detalhada dos episódios por meio de questionários padronizados, realizados por cardiologistas especializados em arritmia, além de exame físico com pesquisa de hipotensão ortostática (HO), avaliação dos MP computadorizada pelos programadores específicos, com análise dos eletrogramas endocavitários (EGM), com testes de inibição por miopotenciais, além da realização do Eletrocardiograma e Ecocardiograma (ECO). Após avaliação clínica inicial eram solicitados outros exames complementares de acordo com a suspeita clínica, como o Holter 24h, Holter 7 dias, *Tilt* teste, Teste de Hipersensibilidade do Seio Carotídeo, Estudo Eletrofisiológico ou exames e avaliação neurológica.

Análise estatística

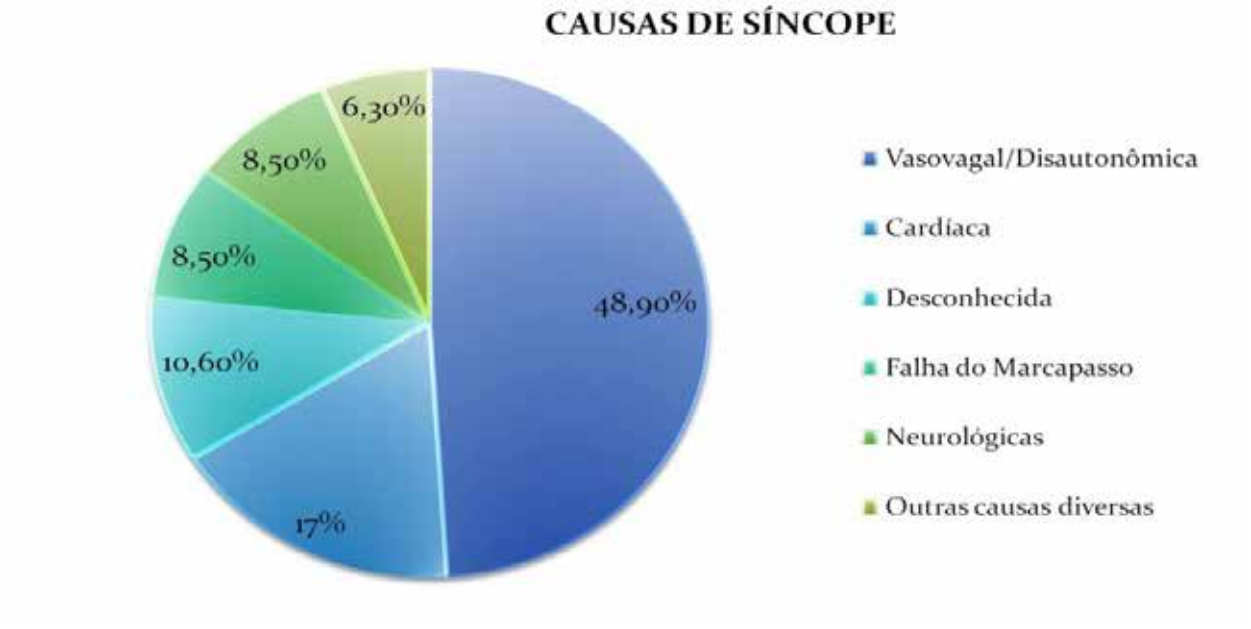
As variáveis contínuas foram analisadas pelo método de Mann-Whitney e as categóricas pelo testes □2 ou Fischer, quando apropriado. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5% ($p<0,05$). Análise multivariada por regressão logística com o método *enter* foi realizada com as variáveis com $p<0,10$ na análise univariada, sendo adotado o nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Resultados

Foram incluídos 95 pacientes portadores de MP no estudo, sendo 48 sem síncopes e 47 com pelo menos um episódio de síncope nos últimos 12 meses. As características clínicas dos 95 pacientes estão apresentadas na tabela 1. O tempo de seguimento médio foi de 18,5 meses. Ocorreram 3 óbitos no grupo com síncopes e nenhum no grupo sem síncopes.

VARIÁVEL	Grupo com síncope	Grupo sem síncope	Nível p
Gênero (% masculino)	51%	54,1%	0,61
Idade média (anos)	78,1±12,1	76,9±11,5	0,40
≥3 comorbidades	59,5%	35,4%	0,01
NYHA£	I: 38,2%	I: 89,5%	<0,001
	II: 48,9%	II: 8,3%	
	III: 12,7%	III: 2%	
Dependente do MP	34%	8,3%	0,02
Cardiopatia estrutural	59,5%	41,6%	0,036
Fração de Ejeção(%)	57,0±12,1	57,7±7,1	0,77
DDVE(mm)	51,3±5,2	50,2±6,2	0,26

Tabela 1. Características dos pacientes do estudo



NYHA: Classe Funcional de New York Heart Association; £: não houve pacientes NYHA IV no estudo; *FEVE*: Fração de Ejeção de Ventrículo Esquerdo; *DDVE*: diâmetro diastólico do Ventrículo Esquerdo. Comorbidades: presença de um 3 ou mais dos itens, como síndrome de fragilidade, AVC prévio, Diabetes, Insuficiência cardíaca, DPOC, vasculopatia. Nível p de significância estatística p<0,05.

Ocorreram 100 episódios de síncope em 47 indivíduos, dentre os quais 14 tiveram dois eventos e 11 deles tiveram mais de três. A etiologia das síncopes está descrita no gráfico 1.

No grupo de indivíduos com síncope, 29,7% necessitaram de internação, 10,6% apresentaram trauma físico decorrente da síncope, 68% tiveram pródromos, 86,3% relatavam síncopes prévias ao implante do MP e 13,7% tinham hipotensão postural. 18,9% dos pacientes tiveram recorrências dos episódios. 95% dos pacientes com síncopes haviam apresentados previamente episódios de pré-síncopes.

Gráfico 1. Causas das síncop**es em portadores de marca-passo cardíaco.**

Nos pacientes com causas cardíacas, ocorreram três casos de fibrilação atrial (FA) com alta resposta, quatro casos de taquicardia ventricular sustentada (TVS) e uma fibrilação ventricular (FV) após Síndrome coronariana aguda.

Três pacientes apresentaram crises convulsivas e um teve síncope no contexto de um acidente vascular encefálico. No grupo de causas diversas houve duas perdas de consciência em episódios de hipoglicemia.

Não ocorreram diferenças entre os grupos caso e controle com relação ao gênero (p=0,61), idade (p=0,40), fração de ejeção (p=0,77) e diâmetro do ventrículo esquerdo (p=0,266).

Os resultados das análises uni e multivariada em relação aos fatores preditores de síncopes em portadores de MP estão apresentados nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Significância estatística das variáveis clínicas associadas à ocorrência de síncopes em portadores de marca-passo

VARIÁVEL	ANÁLISE UNIVARIADA
Hipotensão Postural	p = 0,001
Dependência do MP	p = 0,02
CF II	p <0,01
CF III	p <0,01
Cardiopatia Estrutural	p = 0,03
≥3 Comorbidades	p = 0,01

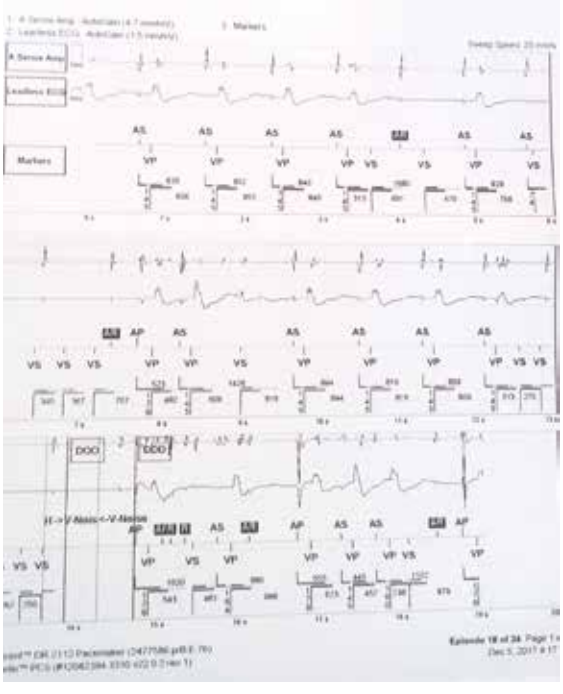
Comorbidades: presença de um 3 ou mais dos itens, como síndrome de fragilidade, AVC prévio, Diabetes, Insuficiência cardíaca, DPOC, vasculopatia. Dependência do MP – sem ritmo próprio após programação para frequência de 30 bpm por 5 segundos. Cardipatia estrutrual envolve uma das situações clínicas como disfunção do VE, coronariopatia conhecida, Hipertrofia do VE moderada a severa, Valvopatia moderada a severa, Hipotensão postural – queda de mais 200 mmHg na pressão sistólica e/ou 10 mmHg na diastólica após 3 minutos de ortostase ativa. Nível p de significância estatística p<0,05.

Tabela 3. Análise de Regressão logística binária, usando o método *enter*, com variável dependente a Presença de Síncope.

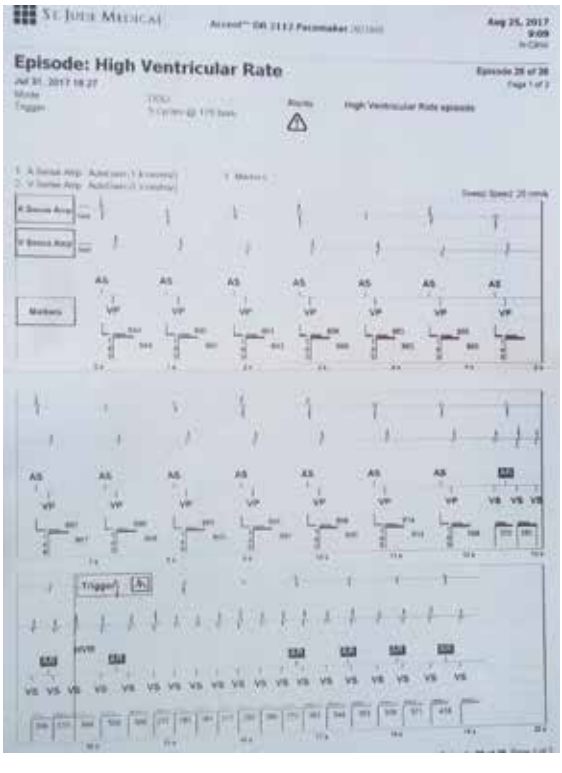
Variáveis	OR	IC95% OR	p
+ de 3 COMORBIDADES	0,994	(0,320 - 3,085)	0,992
CARDIOPATIA ESTRUTURAL	1,149	(0,376 - 3,511)	0,808
NYHA			
Grau I	Referência		
Grau II	9,035	(2,319 - 35,196)	0,002
Grau III	7,286	(0,639 - 83,138)	0,110
Dependente do MP	3,565	(0,841 - 15,111)	0,084
Hipotensão Postural	9,527	(0,992 - 91,519)	0,051

Teste de Hosmer e Lemeshow p= 0,568 / R Nagelkerke = 0,435

Comorbidades: presença de um 3 ou mais dos itens, como síndrome de fragilidade, AVC prévio, Diabetes, Insuficiência cardíaca, DPOC, vasculopatia. Dependência do MP – sem ritmo próprio após programação para frequência de 30 bpm por 5 segundos. Cardipatia estrutrual envolve uma das situações clínicas como disfunção do VE, coronariopatia conhecida, Hipertrofia do VE moderada a severa, Valvopatia moderada a severa, Hipotensão postural – queda de mais 200 mmHg na pressão sistólica



e/ou 10 mmHg na diastólica após 3 minutos de ortostase ativa. Nível p de significância estatística p<0,05.



A análise computadorizada dos MP foi

capaz de determinar a etiologia das síncopes em 27,6% dos casos. Quatro ocorreram por falhas de comando ou sense (três por aumento de limiar e um por fratura de eletrodo – figura 1), e em oito casos foram registradas arritmias, sendo quatro casos de taquicardia ventricular sustentada (figura 2), três de fibrilação atrial de alta resposta, uma fibrilação ventricular após síndrome coronariana aguda (paciente desfibrilado imediatamente) e uma síncope durante um infarto com supradesnível do segmento ST, sem registro de arritmias concomitantes.

O Holter de 24h se mostrou como bom auxílio na investigação em 18,7% dos casos, tendo, entretanto, poder diagnóstico em apenas 3%. O Tilt teste foi diagnóstico em 28,5% dos casos, a massagem do seio carotídeo em um caso e o Estudo Eletrofisiológico Invasivo, realizado em 9 pacientes, teve resultados inconclusivos em todos.

Figura 1. Fratura incompleta de eletrodo, evoluindo com pausas por inibições da estimulação ventricular, por ruídos gerados pela fratura e interpretados pelo MP como batimentos, evoluindo com síncope na ocasião

Figura 2. Taquicardia Ventricular sustentada registrada no eletrograma endocavitário do Marca-passo em paciente com síncope.

Discussão

As síncopes em portadores de marca-passos cardíacos uni ou bicamerais podem ser secundárias a causas graves e com alta morbimortalidade, apesar de as etiologias mais frequentes serem as síncopes neuralmente mediadas, conforme demonstrado no presente estudo. A presença de Classe funcional II da NYHA na análise multivariada e CF II, III, hipotensão postural e dependência do marca-passo na análise univariada podem indicar um grupo com maior risco de ocorrência de síncopes. A avaliação eletrônica dos marca-passos e o *Tilt* teste foram os melhores métodos para diagnosticar as causas das síncopes nesta população.

Causas de síncope em Portadores de MP

Há grande variabilidade na etiologia das síncopes nesse grupo de pacientes, incluindo desde causas reflexas (vasovagal, hipotensão postural intrínseca ou induzida por drogas) a arritmias ventriculares, infarto agudo do miocárdio e disfunção do próprio aparelho[5].

A distribuição das causas de síncope encontradas neste estudo é compatível com as descritas na Literatura. As publicações a respeito do tema da década de 90 já demonstravam elevada prevalência de síncopes neuralmente mediadas e por causas desconhecidas, bem como a raridade das disfunções do marca-passo como causa do evento (apenas 4,3% a 6,5%)[9,10]. Entretanto outros estudos do final da década de 80, como o de Medeiros (1989)[11], mostravam importantes causas de disfunções dos eletrodos e geradores como causas potenciais, época em que a tecnologia destes dispositivos cardíacos era diferente.

Novos estudos reforçam que o mau funcionamento do marcapasso persiste como uma causa rara, acometendo cerca de 5% dos pacientes[12,13]. Esta deve ser a hipótese mais relevante quando a síncope ocorre de maneira precoce após o implante do MP, sendo a causa em geral rapidamente identificada na interrogação e análise computadorizada do dispositivo[5].

Por outro lado, pacientes com eletrodos muito antigos podem apresentar fraturas completas ou parciais, gerando falhas de comando ou inibições inapropriadas (ruídos gerados por lesão no isolante do eletrodo), determinando pausas prolongadas e sintomas de baixo débito, como tonturas, pré-síncope ou síncope. No estudo observou-se que grande parte dos pacientes que apresentaram síncopes, tiveram previamente episódios de pré-síncope, devendo ser considerada uma investigação detalhadas realizada por profissional da área nestes pacientes.

Deve-se reforçar que quadros reflexos podem ser agravados por certas condições como o uso de terapia otimizada para hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca, levando a piora de um quadro de hipotensão ortostática[3] ou pelo surgimento ou progressão de algumas patologias com diabetes, insuficiência renal, doença de Parkinson, Disfunções Cognitivas ou outras doenças neurológicas degenerativas.

Dessa forma, deve-se sempre avaliar as drogas em uso pelo paciente, bem como revisar o diagnóstico inicial da causa da síncope, além de buscar defeitos no funcionamento do marca-passo como os deslocamentos em implantes mais recentes ou as fraturas de eletrodos em implantes mais tardios, além de se avaliar a adequação do modo de programação para a doença de base[3], pois apesar de rara como causa de síncope a síndrome do marca-passo também pode representar-se como causadora, tendo sido evidenciada inequivocamente em apenas 1 paciente da nossa amostra.

Fatores Preditores de Síncopes em Portadores de Marca-passo

Ao estudarmos os fatores relacionados com a ocorrência de síncope, apenas a variável Classe Funcional II ($p<0,01$) manteve-se significativa na análise multivariada, com incremento de risco de nove vezes em relação ao paciente em Classe Funcional I.

Entretanto, a classe Funcional III, a presença de hipotensão postural e dependência do marca-passo (pacientes sem ritmo de escape) podem indicar um grupo com risco de ocorrência de síncope, conforme análise univariada. Considerando que o grupo com síncopes tinham maior incidência de comorbidades, mais cardiopatia estrutural, maior nível de dependência da estimulação e CF mais avançada, isto pode representar um grupo com maiores doenças subjacentes, portanto uma população inerentemente de maior risco de síncopes e suas consequências.

Um grupo grande de pacientes (32%) não tiveram pródromos, enquanto 29,7% necessitaram internação devido ao elevado número de episódios em curto espaço de tempo ou pela gravidade aparente da apresentação clínica com traumas físicos, presentes em 10,7% do grupo com síncope.

Ressalva-se, entretanto, que o grupo síncope e o grupo controle não diferiram em relação ao sexo, a idade, a fração de ejeção e aos os diâmetros diastólicos do VE, não sendo portanto a gravidade da cardiopatia subjacente ou o maior envelhecimento do grupo fatores que justificassem as ocorrências clínicas.

No estudo DANPACE, um dos maiores sobre o tema, o principal fator de risco para síncopes após o implante do MP foi a ocorrência de síncopes previamente ao implante[12], sendo visto em 86 % no nosso grupo, entretanto presentes de forma semelhantes nos grupos caso e controle.

40,4% dos pacientes com síncopes tiveram algum fator causal descrito e plausível como deflagrador do episódio clínico, sendo portanto importante a observação e a prevenção de certas ações de pacientes idosos ou cardiopatas, que podem levá-los a um maior risco de quedas, síncopes ou pré-síncopes.

Exames Diagnósticos para Investigação de Síncopes em Portadores de MP

Dentre os exames utilizados na investigação da etiologia da síncope, o *Tilt* teste se destacou, sendo capaz de dar diagnóstico de síncope neuromediada em quase 1/3 dos casos. Ele pode avaliar a maior chance de recorrência das síncopes reflexas[3], com elevada capacidade diagnóstica nos portadores de MP que evoluem com síncope e apresentam sintomas posturais[4].

Na verdade, os resultados do Tilt teste devem ser interpretados como uma maior susceptibilidade à hipotensão relacionada ao *stress* postural, capaz de identificar uma tendência individual à ocorrência de síncopes por este mecanismo, e não simplesmente como teste capaz de elucidar o diagnóstico, ressaltando o caráter multifatorial da condição[13] e a ausência de um padrão-ouro comparativo para se afirmar ser o resultado verdadeiro positivo. Portanto, a informação pelo paciente da

semelhança dos episódios é muito importante para confirmação diagnóstica e não apenas, a informação de positividade, com chances de resultado falso-positivo. Em 1 paciente com MP apenas ventricular, conseguimos durante o Tilt confirmar a presença de síndrome do marca-passo nas ocasiões em que se observava a entrada da estimulação ventricular com condução retrógrada ventrículo-atrial e sintomas concomitantes de baixo débito e hipotensão[14]. Após a troca do MP por sistema dupla-câmara, houve significativa redução dos quadros apesar de não eliminação.

A elevada capacidade diagnóstica das análises dos EGM dos MP vai de encontro com a evolução das diversas técnicas de monitorização prolongada que revolucionaram o diagnóstico de síncope e reduziram as taxas de síncopes inexplicadas para valores abaixo de 10-20%. Os MP mais recentes tem aprimorado a morfologia dos seus traçados, permitindo uma análise eletrocardiográfica mais adequada. É muito importante a análise dos traçados pois as sugestões diagnósticas dos dispositivos, nem sempre são verdadeiras e podem induzir a erros diagnósticos. Todo profissional da área de estimulação deve lembrar de programar e ligar os EGM para detecção de arritmias relevantes e realizar suas análises regularmente durante os retornos clínicos ou em eventos sintomáticos.

O exame de Holter pode eventualmente detectar falhas de comando intermitente ou inibições inadequadas que não tenham sido verificadas durante os testes de programação, sendo um exame de baixo custo que deve ser sempre solicitado, apesar de sua baixa sensibilidade diagnóstica. Alguns pacientes tiveram seus diagnósticos após realização de exames repetidos de Holter ou com o exame de Holter de 7 dias.

Em nossa casuística, optamos por realizar estudo eletrofisiológico invasivo (EEF) em 9 pacientes em virtude de registros endocavitários não adequados e suspeita clínica elevada de síncope por taqui-arritmia. Uma paciente apresentou fibrilação ventricular recorrente, 4 dias após a troca eletiva do MP, sendo assistida prontamente pela equipe médica e desfibrilada sem sequelas. Neste caso, não havia registro endocavitário da arritmia apresentada, provavelmente pelos baixos potenciais das ondas de fibrilação, outra razão que motivou em outros casos, a solicitação do EEF. Neste caso, foi realizado cateterismo de emergência com observação da coronária direita sub-ocluída, sendo realizada angioplastia com estabilização do quadro clínico e boa evolução.

Portanto, as síncopes em portadores de MP uni ou bicameral necessitam de avaliação imediata, com protocolo clínico bem estabelecido previamente, idealmente realizado por profissional cardiologista da área de arritmias, com avaliação da história clínica minuciosa, exame físico com aferições das pressões supina e em ortostase, análise detalhada do sistema de estimulação e de seus EGM armazenados e com programação das etapas seguintes de investigação e acompanhamento. Algumas vezes o diagnóstico só será evidenciado no seguimento clínico. Por tratar-se de um grupo de pacientes mais idosos, com elevada incidência de cardiopatia estrutural e comorbidades, são no geral pacientes de alto risco de morbi-mortalidade, apesar da etiologia mais frequente serem as síncopes reflexas ou as disautonomias.

Conclusões

As síncopes em portadores de marca-passo podem ser secundárias a causas graves com alta morbimortalidade e a presença de Classe Funcional II (NYHA) indica alto risco para sua ocorrência. Os pacientes com hipotensão postural e dependentes do MP também podem apresentar maior risco de eventos sincopais.

Apesar da etiologia mais frequente serem as síncopes vasovagais ou por disautonomia, reforça-se a necessidade de uma investigação etiológica detalhada nesta população, sendo os testes do marca-passo com as análises de seus eletrogramas armazenados e o Tilt teste, os melhores métodos para diagnosticar as causas de síncopes nessa população.

Referências bibliográficas

1. Brignole , Michele et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European Heart Journal 2018;39 (21):1883-1948.
2. Shen, Win-kuang et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope. Journal Of The American College of Cardiology 2017;70(5):39-110.
3. Sutton, Richard. Syncope in Patients with Pacemakers. Arrhythmia & Electrophysiology Review 2015;3(4):189-192.
4. Haarmark, Christian; Kanters, Jørgen K.; Mehlsen, Jesper. Tilt-table testing of patients with pacemaker and recurrent syncope. Indian Pacing And Electrophysiology Journal 2015;15(4):193-198
5. Bhargava, Kartikeya. Tilt test in paced patients: Is it worth the effort?. Indian Pacing And Electrophysiology Journal 2015;15(4):189-192.
6. Sumiyoshi, Masataka. Role of permanent cardiac pacing for vasovagal syncope. **Journal Of Arrhythmia**, [s.l.], v. 30, n. 6, p.417-420, dez. 2014. Wiley. http://dx.doi.org/10.1016/j.joa.2014.04.009.
7. SUTTON, R.; BRIGNOLE, M.. Twenty-eight years of research permit reinterpretation of tilt-testing: hypotensive susceptibility rather than diagnosis. **European Heart Journal**, [s.l.], v. 35, n. 33, p.2211-2212, 30 jun. 2014. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu255.
8. SANTINI, Massimo et al. Prevention of Syncope Through Permanent Cardiac Pacing in Patients With Bifascicular Block and Syncope of Unexplained Origin. **Circulation**: Arrhythmia and Electrophysiology, [s.l.], v. 6, n. 1, p.101-107, fev. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1161/circep.112.975102.
9. PAVLOVIC, Sinisa U. et al. The Etiology of Syncope in Pacemaker Patients. **Pacing And Clinical Electrophysiology**, [s.l.], v. 14, n. 12, p.2086-2091, dez. 1991. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-8159.1991.tb06478.x.
10. SGARBOSSA, Elena B. et al. Incidence and Predictors of Syncope in Paced Patients with Sick Sinus Syndrome. **Pacing And Clinical Electrophysiology**, [s.l.], v. 15, n. 11, p.2055-2060, nov. 1992. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-8159.1992.tb03021.x.
11. MEDEIROS, Paulo. Sincopes e tonturas no paciente portador de marcapasso cardiaco. **Revista Latino-americana de Marcapasso e Arritmia**, Sao Paulo, v. 2, n. 1, p.34-40, dez. 1989.
12. CHUEN, Marie Jennyfer Ng Kam et al. Syncope in paced patients with sick sinus syndrome from the DANPACE trial: incidence, predictors and prognostic implication. **Heart**, [s.l.], v. 100, n. 11, p.842-847, 7 abr. 2014. BMJ. http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304976.
13. OFMAN, Peter et al. Pacing System Malfunction is a Rare Cause of Hospital Admission for Syncope in Patients with a Permanent Pacemaker. **Pacing And Clinical Electrophysiology**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.109-112, 4 nov. 2012. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/pace.12041.
14. ARIF, Awais; KHAN, Rizwan; TRAN, Nicole. Pacemaker syndrome; an often overlooked diagnosis in patients with pacemakers. **Journal Of Molecular And Cellular Cardiology**, [s.l.], v. 112, p.155-155, nov. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.yjmcc.2017.07.075.

SOROPREVALÊNCIA DE TRYPANOSOMA CRUZI EM DOADORES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E DOENÇA DE CHAGAS

Alanna Carla da Costa[1],[2], José Damião da Silva Filho[2], Eduardo Arrais Rocha[3], Mônica Coelho Andrade[4], Arduina Sofia Ortet de Barros Vasconcelos Fidalgo[1],[2], Eliana Régia Barbosa Almeida[5], Carlos Eduardo Menezes Viana[2],[6], Erlane Chaves Freitas[2], Ivo Castelo Branco Coelho[7] e Maria de Fátima Oliveira[1],[2].

Autor correspondente: Alanna Carla da Costa; Rua Capitão Francisco Pedro, 1210, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará, Brasil; +55 85 9.99084086; +55 85 33668265; alannacarla.costa@gmail.com.

[1]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[2]. Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[3]. Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[4]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[5]. Central de Transplantes, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[6]. Programa de Pós-Graduação em Patologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

[7]. Departamento de Patologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

Introdução: A relevância da transmissão por transfusão sanguínea, oral e transplantes de órgãos da doença de Chagas (DC) ganhou maior destaque a partir da intensificação das ações de controle vetorial. Estando o Estado do Ceará entre os estados que mais realizam transplantes de órgãos no Brasil, o objetivo do estudo foi verificar o perfil dos potenciais doadores de órgãos do estado do Ceará e a prevalência de infecção por T. cruzi em candidatos à doação de órgãos. Métodos: Este estudo descritivo retrospectivo foi realizado no Centro de Transplante do Estado do Ceará, através da análise de prontuários dos potenciais doadores de órgãos do período de 2010 a 2015.

Resultados: Foram notificados 2.822 potenciais doadores de órgãos, sendo 1.038 doadores efetivos e 1.784 excluídos por diversos motivos. A prevalência de infecção por T. cruzi nos potencias doadores foi 1,3% (29). Dos casos reagentes, 79,31% (23) era do sexo masculino, com idade entre 41-60 anos (51,72%; n:15), com maioria procedente de cidades do interior do estado (65,5%, n:19). 72,4% (21) apresentaram sorologia positiva/inconclusiva para outras infecções além da DC como Citomegalovírus, Hepatites B e C e Toxoplasmose. Potenciais doadores de órgãos com DC têm maior probabilidade de terem idade maior que 60 anos e ter como causa do óbito o AVC. Conclusão: Observou-se uma baixa prevalência da DC entre os potenciais doadores de órgãos e uma alta taxa de coinfectados com DC e outras patologias, o que demonstra uma necessidade do aperfeiçoamento dos testes sorológicos utilizados, bem como de um maior empenho na realização de estudos e pesquisas epidemiológicas que retratem a situação desta doença.

Palavras-chaves: Transplante de órgãos; Trypanosoma cruzi; Prevalência; Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo e 95% de todos os procedimentos e cirurgias realizadas são financiados com recursos públicos. O Estado do Ceará, localizado no Nordeste do Brasil, é um dos líderes em transplantes de órgãos nesse país[1]. O Ceará realizou um total de 1.510 transplantes em 2017. Foram 224 transplantes renais, um de rim / pâncreas, 27 de coração, 201 de fígado, 3 de pulmão, 95 de medula óssea, 959 de córnea [2].

A crescente necessidade de órgãos sólidos para transplante torna o perfil sorológico de potenciais doadores uma importante ferramenta no processo de notificação de candidatos doadores, podendo até determinar sua exclusão[3].

A doença de Chagas está entre as doenças infecciosas que muitas vezes impedem o transplante de órgãos e é frequentemente contraindicada pelos médicos[4]. Estudos detectaram formas amastigotas em vários órgãos, e não apenas naquelas em que o parasita tem um tropismo natural. Portanto, o transplante de órgãos é uma via de transmissão alternativa e é facilitada pela terapia imunossupressora. As taxas de transmissão entre um doador e um receptor infectados falecidos variam de 10% a 20% [4,5,6].

O risco de transmissão do T. cruzi com transplante de fígado ou rim parece ser substancialmente menor que o do transplante cardíaco. Embora a doença de Chagas possa parecer incomum, ela é difundida em países endêmicos e em vários países não endêmicos, incluindo os Estados Unidos e a Espanha[7].

Esta doença é uma doença parasitária sistêmica crônica causada pelo protozoário flagelado Trypanosoma cruzi. É endêmico na América Latina, onde estima-se que 6 a 8 milhões de pessoas estejam infectadas pelo T. cruzi (mais de 98% sem diagnóstico e tratamento). No Brasil, a estimativa é de 2 a 3 milhões de pessoas infectadas[7,8,9].

No período de 2000 a 2013, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram registradas 68.206 mortes pela doença de Chagas no Brasil, uma média de 4.872 mortes por ano[9].

A região nordeste, principalmente o estado do Ceará, ainda representa grande preocupação em termos de risco de transmissão da doença de Chagas, mesmo após a realização do inquérito nacional sobre a prevalência e distribuição de vetores entre 1975 e 1980. Essa preocupação se deve principalmente a fatores como: a região ainda permanece socialmente muito carente e possuí os mais altos índices de moradias pobres que são propícias à colonização pelo triatomíneo no País; é o epicentro de dispersão de duas espécies de difícil controle pelos meios rotineiros da Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Triatoma brasiliensis e o Triatoma pseudomaculata[11].

O estado do Ceará ainda é endêmico para doença de Chagas, possuindo triatomíneos em toda sua extensão territorial, além disso, observa-se uma progressiva redução das atividades de vigilância entomológica, uma vez que com o tempo e a esperada redução dos índices de transmissão, diminuem o interesse e a prioridade, e da possibilidade de transmissão ativa da doença, ainda é preocupante a realidade da doença de Chagas no estado do Ceará[11].

O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de T. cruzi, e verificar o perfil epidemiológico dos potenciais doadores de órgãos do nosso estado.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo e amostra

Trata-se um de estudo retrospectivo descritivo que buscou dados registrados nos documentos e prontuários arquivados na Central de Transplantes do Estado do Ceará, situada na cidade de Fortaleza.

Os dados foram coletados dos prontuários dos potenciais doadores a partir de uma ficha previamente estruturada, contendo informações sobre sexo, idade, local de procedência, resultados da triagem sorológica para HIV, sífilis, HTLV, Citomegalovírus, Hepatites B e C, toxoplasmose e doença de Chagas. Foram incluídos todos os potenciais doadores de órgãos no período de 2010 a 2015 e excluídos os doadores que possuíam informações incompletas quanto à sorologia para doença de Chagas.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE-UFC) sob o parecer de número 1.482.674, CAAE: 53833816.5.0000.5054.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando Graph Pad Prism versão 6.0. A frequência de casos positivos para a doença de Chagas foi medida pela proporção de casos positivos na triagem sorológica e pelo número total de doadores ao longo do período do estudo. Para a associação de variáveis categóricas e grupos, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para estabelecer relação linear entre as variáveis quantitativas utilizou-se a regressão linear simples. Em todos os testes utilizados na pesquisa o resultado foi considerado significativo para $p<0,05$.

RESULTADOS

No total, 2.822 doadores de órgãos em potencial foram identificados de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. Destes, 1.038 tornaram-se doadores reais e 1.784 foram excluídos por uma variedade de razões (por exemplo, falta de autorização familiar, contraindicação médica). Os doadores efetivos eram em sua maioria do sexo masculino (n = 699; 67,3%) com idade entre 41 e 60 anos (n = 436; 42%). Um total de 566 (54,5%) doadores morreram devido a traumatismo craniano, 407 (39,2%) devido a acidente vascular cerebral e 65 (6,2%) devido a outras causas (por exemplo, tumor do sistema nervoso central, encefalopatia anóxica).

Como mostrado na Tabela 1, os doadores efetivos, a maioria era do sexo masculino (n: 699; 67,3%), com idade entre 41-60 anos (n:436; 42%). Foram a óbito 566 (54,5%) doadores efetivos devido a traumatismo craniano encefálico (TCE), 407 (39,2%) por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 65 (6,2%) por outras causas. O grupo sanguíneo mais prevalente foi do grupo sanguíneo O (n:540; 52%), seguido do grupo sanguíneo A (n:369; 35,5%).

Observou-se na Tabela 2 um aumento no número de sorologias para DC com o passar dos anos (R^2= 0,7039/ p= 0,0368), o que coincide com o aumento do número de potenciais doadores ao longo dos anos. Em relação à triagem sorológica dos potenciais doadores para doença de Chagas

(Tabela 2), observou-se que no período de 6 anos, 27 (1,18%) apresentaram sorologia positiva e 2 (0,1%) sorologia indeterminada. Estes indivíduos não se tornaram doadores efetivos de órgãos devido sorologia reativa para esta doença.

A prevalência de DC entre os anos estudados variou entre 0,9 e 1,5%. O ano de 2015 apresentou o maior número de resultados positivos (1,55%, n: 6) e o ano de 2010 o de menor número (0,96%, n:1).

Dos potencias doadores com sorologia positiva/indeterminada para DC, 79,31% (n:23) eram do sexo masculino, com idade entre 41-60 anos (51,72%; n:15), maioria procedentes do interior do estado (19; 65,5%). A principal causa de morte foi AVC (62%, n:18) e o grupo sanguíneo mais prevalente foi O+ (44,84%, n:13), conforme demonstrado na tabela 3.

Dos 29 potenciais doadores, observou-se que 21 apresentaram sorologia positiva/inconclusiva para outra infecção rastreada na Central de Transplante de Órgãos como Citomegalovírus, Hepatites B e C e Toxoplasmose (Tabela 3).

Na Tabela 4 observa-se que com relação à causa da morte, o potencial doador de órgãos com sorologia positiva/indeterminada para doença de Chagas tem maior probabilidade de ter falecido por AVC do que por TCE (Risco relativo= 2,472/p= 0,0195) com risco relativo têm maior probabilidade de ter idade maior do que 60 anos (Risco relativo= p=0,0346).

DISCUSSÃO

No contexto de transplantes de órgãos sólidos e doença de Chagas, observa-se uma carência de estudos na área sendo este um dos primeiros estudos no país a avaliar a situação da doença de Chagas em doadores de órgãos [49].

Durante o período de estudo verificou-se um aumento significativo (Tabela 1 e Figura 1) no número de potencias doadores de órgãos, tendo este crescente aumento provavelmente ocorrido devido ao resultado de estratégias implementadas nesse período como propagandas e campanhas de incentivo a doação de órgãos.

Mesmo diante desse aumento, podemos observar na figura 1 que ainda muitos potenciais doadores acabam não se tornando doadores efetivos, logo deve existir constantemente um planejamento e construção de programas educativos para a conscientização da população, triagens clínicas e sorológicas cada vez mais eficazes, para que o número de transplantes continue aumentando [19].

Dessa forma, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo de captação de doadores, com o objetivo de incentivar o ato da doação, além disso a divulgação de informações em meios de comunicação, incentivando as pessoas a manifestarem em vida o desejo de doar. Somado a isso, o suporte emocional, a assistência oferecida aos familiares e as informações sobre todo o processo de doação parecem ser essenciais para a autorização do transplante por parte da família (SILVA et al., 2014; SANTOS E MASSAROLLO, 2011).

A maioria dos doadores efetivos de órgãos deste estudo encontrava-se na faixa etária de 41-

60 anos. Alguns autores descreveram uma mudança no perfil dos doadores brasileiros de órgãos e tecidos devido ao envelhecimento da população e da flexibilização dos critérios clínicos de inclusão de doadores de órgãos (20,21). Essa faixa etária encontrada corrobora com a faixa encontrada pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) de que na maioria dos estados brasileiros os doadores possuem idade entre 35-64 anos (22).

Para muitos autores, o sexo feminino é predominate entre os doadores de órgãos brasileiros, porém o sexo masculino foi predominante em todos os anos do presente estudo. Associa-se o fato de o sexo masculino estar mais vulnerável a diversos fatores de risco como esportes radicais, agressividade, bebida, violência, dentre outros, somado a isso também se têm observado que os familiares de pacientes jovens do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de consentir a doação de órgãos (23,24).

A doença de Chagas está entre as doenças infecciosas no potencial doador que muitas vezes impedem a realização do transplante (6). Estudos mostram que as formas amastigotas já foram detectadas em vários órgãos, não somente naqueles em que o parasito apresenta predileção, mostrando, portanto, que o transplante de órgãos é uma via alternativa de transmissão, facilitada por terapia imunossupressora. Estima-se que as taxas de transmissão entre um doador falecido infectado e receptor variam entre 13% e 18% (29, 52).

Mesmo diante do risco, o Comitê da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) de Doação e Transplante preconiza que os potenciais doadores com sorologia positiva ou inconclusiva para doença de Chagas podem se tornar doadores efetivos de órgãos como rim, pâncreas, fígado e pulmão, e depende do receptor que está na fila de transplantes e da equipe de cada centro transplantador aceitar ou não aquele potencial doador. Caso esse doador seja aceito, deve ser realizada a profilaxia com Benzonidazol e o monitoramento de doença aguda ou reativação pós-transplante.

O uso profilático de benzonidazol (BNZ) por 60 dias tem-se mostrado boa alternativa para casos urgentes (WESTPHAL et al., 2016). Porém, no presente estudo nenhum potencial doador com sorologia reagente para DC tornou-se doador efetivo de órgãos e tecidos, as equipes médicas optaram pela não utilização dos órgãos devido sorologia reativa para DC e para outras coinfecções.

Devido à alta prevalência sorológica da doença de Chagas em países endêmicos e a limitada oferta de órgãos, os médicos enfrentam um dilema em relação a transplantar órgãos de potenciais doadores com sorologia positiva para doença de Chagas em receptores não reagentes. E o número crescente de indivíduos na forma crônica vivendo atualmente em regiões não endêmicas aumentou a possibilidade de que eles se tornem candidatos a transplante ou doadores de órgãos, sendo uma situação preocupante, pois em alguns locais do mundo não é realizada triagem sorológica pra DC, e em outros esses potenciais doadores estão sendo aceitos, porque a mortalidade nas filas de espera está aumentando (29,40).

Estes locais requerem uma vigilância epidemiológica reforçada, devido a reativação da DC apresentar consequências graves para o receptor (29,40).

Quanto à procedência, a maioria dos doadores com sorologia positiva/indeterminada para DC era procedente de cidades do interior do estado (Tabela 4). Sabe-se que no interior do Ceará existem muitos municípios com alto risco de transmissão da doença de Chagas como Limoeiro do Norte, Jaguaruana, Russas, Quixeré, Tauá, Independência, Crateús, entre outros. Observou-se também que muitos indivíduos eram procedentes da capital Fortaleza, provavelmente, muitos desses potenciais doadores eram naturais desses munícipios de risco e acabaram migrando para os grandes centros como Fortaleza (14,15,16,30).

A prevalência da DC encontrada neste estudo entre potenciais doadores de órgãos é consideravelmente alta (1,3%), devido ao fato do estado do Ceará ser historicamente endêmico para a doença, por possuir o vetor em muitos municípios do estado como discutido anteriormente. Torna-se difícil a comparação do presente resultado com outras regiões do país, pois não foram encontrados muitos estudos que retratassem a doença de Chagas em candidatos a doação de órgãos.

Estudo realizado no estado de Santa Catarina nos anos de 2001 a 2007 encontrou uma prevalência da doença de Chagas de 0,3% entre os potenciais doadores de órgãos (32,33,34,35).

Alguns estudos em outros países nos mostram uma prevalência aproximada do valor encontrado no presente estudo, porém por tratar-se de populações e regiões diferentes a comparação de resultados não é adequada. Estudo realizado em uma cidade do México entre doadores e receptores de órgãos nos anos de 2009 e 2010 encontrou uma prevalência de 2%. No sul da Califórnia nos anos de 2002 a 2004 foi encontrada uma prevalência de 0,25%. Na Argentina a prevalência foi de 4,6% em 2009. No banco de sangue do Condado de Los Angeles foi encontrada uma sororeatividade confirmada para T. cruzi de 0,1%, os doadores de países endêmicos de T. cruzi compunham 38% da população doadora (47).

A incidência de infecções por parasitos do sangue ou tecidos em pacientes transplantados tem aumentado justamente em decorrência de fatores relacionados à procedência e naturalidade de áreas endêmicas dos receptores e doadores, à existência de programas de transplante de órgãos em regiões com elevada prevalência de doenças parasitárias e ao uso de novas drogas imunossupressoras desprovidas de efeito antiparasitário. Devem ser considerados os padrões de endemicidade das áreas de origem e residência, tanto de doadores quanto de receptores, no sentido de se delinear a melhor conduta possível para cada caso em termos da triagem e do manejo de eventual infecção por T. cruzi (36,37,38).

Na maioria dos estados brasileiros, a incidência de Traumatismo Craniano Encefálico (TCE) está diminuindo e está ocorrendo um aumento de Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre os doadores de órgãos, isso se deve provavelmente, devido a Lei 11.705 (Lei seca) que desde de 2008 instituiu um programa de tolerância zero para consumo de bebida alcóolica e dirigir, resultando em menos acidentes de trânsito com vítimas fatais (26,27). Apesar da redução de 6,2% de acidentes automobilísticos depois da implementação da lei seca, Fusco et al (28) afirmaram em seu trabalho que o TCE continua sendo a principal causa de morte entre doadores de órgãos do estado do Ceará.

Porém, no presente estudo, o AVC foi a principal causa de morte da maioria dos doadores com sorologia positiva/indeterminada para DC, diferentemente do que foi observado nos doadores efetivos em que a principal causa de morte observada foi o TCE (Tabela 5).

Sabe-se que o AVC é uma complicação da doença de Chagas e que mecanismos imunopatogênicos relacionados à doença podem levar ao acidente vascular cerebral e à morte. A presença de aneurisma de ponta é associada a uma maior incidência de fenômenos embólicos, embora, sejam necessários mais estudos que fortaleçam essa teoria. Da mesma maneira, tromboses murais podem estar presentes em áreas que não determinam qualquer manifestação sintomática, sendo o evento embólico é a primeira ou a única manifestação da doença. Metanálise recente demonstrou que a doença de Chagas implica em risco dobrado para AVC. Porém, por tratar-se de um estudo retrospectivo não podemos afirmar que o AVC nesses indivíduos foi ocasionado por esta enfermidade, mas é uma possibilidade (31,32,33,34).

No presente estudo, observou-se que muitos indivíduos apresentavam outras infecções somadas a doença de Chagas (25%; n:7) como Hepatites B e C, Citomegalovírus e Toxoplasmose.

A reativação da infecção pelo T. cruzi, bem como de outras infecções dependem da situação do sistema imunológico do receptor. Com o uso de imunossupressores, o risco de reativação de infecções presentes nos órgãos doados é preocupante para os receptores de órgãos. A quantificação da carga parasitária e a investigação de outras infecções tanto no doador como no receptor ajudam a previnir ou detectar a reativação e permitem um tratamento precoce do receptor de órgãos, podendo ser benéfico tanto em países endêmicos como em países não endêmicos (41,42).

Além disso, são escassos os estudos que relatam os procedimentos de triagem pré-transplante nos receptores e doadores de órgãos sólidos. Faltam evidências que demonstrem a eficiência dos testes diagnósticos disponíveis para detecção da doença de Chagas e sua aplicação, quando muitas vezes, o perfil sorológico do doador nem sempre é conhecido no momento do transplante. Some-se a tudo isso, a carência de estudos epidemiológicos de elevada qualidade, que retratem a doença de Chagas entre os doadores e receptores de órgãos sólidos.

Todos os potenciais doadores com sorologia reagente ou inconclusiva, para doença de Chagas, no presente estudo, tiveram seus órgãos descartados, foram considerados impróprios para a doação devido resultados sorológicos. Não foi possível, no presente estudo, obter dados sobre os possíveis receptores de órgãos e seus resultados sorológicos, sendo, portanto, uma limitação do estudo.

Mais estudos são necessários abordando o acompanhamento pós-transplante de indivíduos sadios que receberam órgãos de doadores infectados e aqueles com sorologia reagente para DC e receberam órgãos de doadores não infectados para que se possa avaliar com maior cautela o processo de reativação da doença.

Observou-se uma alta prevalência da DC e de outras coinfecções entre potenciais doadores de órgãos sólidos e que a principal causa de morte desses potenciais doadores reativos para T. cruzi foi o AVC, o que demonstra risco aumentado de morte para os indivíduos portadores desta infeção.

AGRADECIMENTOS

À Central de Transplantes do Estado do Ceará, à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará.

Contribuição do autores: A.C.C.: Conceito/ desenho, Análise / interpretação dos dados/ Revisão crítica do artigo. J.D.S.F.: Estatística/ revisão crítica do artigo. C.E.M.V.: Revisão crítica do artigo. M.C.A.: Revisão crítica do artigo. A.S.O.B.V.F.: Interpretação dos dados/ Revisão crítica do artigo. E.R.B.A.: Revisão crítica do artigo. D.S.C.: Revisão crítica do artigo / Tradução. E.C.F.: Revisão crítica do artigo. E.A.R.: Revisão crítica do artigo. I.C.C.B.: Revisão crítica do artigo. M.F.O.: Análise / interpretação dos dados/ Revisão crítica do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro Brasileiro de Transplantes 2017; XXIII (4):9-15.
2. Lattes R, Linares L, Radisic M. Enfermedad de Chagas y Trasplante Renal. In: Morales-Buenrostro LE, Alberú J, editors. Infecciones en el Paciente Receptor de Trasplante Renal. Barcelona: P. Permanyer; 2012. p. 145-51.
3. Clemente WT, Pierrotti CL, Abdala E, Morris MI, Azevedo LS, Lopéz-Vélez R, et al. Recommendations for Management of Endemic Diseases and Travel Medicine in Solid-Organ Transplant Recipients and Donors: Latin America. Transplantation. 2018;102(2):193-208.
4. Pierrotti CL, Carvalho NB, Amorin JP, Pascual J, Kotton CN, Lopéz-Vélez R. Chagas Disease Recommendations for Solid-Organ Transplant Recipients and Donors. Transplantation.2018;102(2):S1-S7.
5. Kransdorf EP, Zakowski PC, Kobashigawa JA. Chagas disease in solid organ and heart transplantation. Curr Opin Infect Dis. 2014;27(5):418-24.
6. World Health Organization (WHO). Chagas disease (American trypanosomiasis). 2016. Cited 2017 March 17. Available from:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/.
7. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de esenvolvimento da Epidemiologia em Serviço. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. Brasília: MS; 2017. 705p. Citado 2018 Maio 23. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Chagas. Key facts on Neglected Infectious Diseases.. 2014. Cited 2017 January 20. Available from: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24717&Item id=.
9. Martins-Melo F, Ramos Jr AN, Alencar CH, Heukelbach J. Mortality from neglected tropical diseases in Brazil, 2000-2013. Bull World Health Organ. 2016;94(2):103-10.
10. Freitas A, Freitas SPC, Gonçalves TCM, Lima Neto AS. Vigilância Entomológica dos Vetores da Doença de Chagas no Município de Farias Brito, estado do Ceará. Cad Saúde Colet. 2007;15(2):231-40.
11. Dias JCP, Evandro MM, Fernandes AL, Vinhaes MC. Esboço geral e perspectivas da doença de Chagas no Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2000;16(2):13-34.
12. Baumel RM, D'Orsi E, Kupek E. Perfil sorológico em potenciais doadores de órgãos sólidos de Santa Catarina no período de 2001 a 2007. J Bras Transpl, São Paulo 2011;14(3):1547-56.
13. Westphal GA, Caldeira Filho M, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(3): 255-68.
14. Dias JC, Ramos Jr AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. 2nd Brazilian Consensus on Chagas Disease, 2015. Rev Soc Bras Med Trop 2016;49(Suppl 1):3-60.
15. Freitas EC, Oliveira MF, Andrade MA, Vasconcelos ASOB, da Silva Filho JD, Cândido DS, et al. Prevalence of Chagas disease in a rural area in the state of Ceara, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2015;57(5):431-3.
16. Borges-Pereira J, Sarquis O, Zauza PL, Brito C, Lima MM. Epidemiologia da doença de Chagas em quatro localidades rurais de Jaguaruana, Estado do Ceará. Soroprevalência da infecção, parasitemia e aspectos clínicos Rev Soc Bras Med Trop. 2008;41(4):345-51.
17. Cavalcanti LPG, Rolim DB, Pires Neto RJ, Vilar DCLF, Nogueira JOL, Pompeu MML et al. Microepidemia de doença de Chagas aguda por transmissão oral no Ceará. Cad Saúde Colet. 2009;17(4):911-21.
18. Freitas EC, Oliveira MF, Vasconcelos ASOB, da Silva Filho JD, Menezes CE, Gomes KCMS, et al. Analysis of the seroprevalence of and factors associated with Chagas disease in an endemic area in Northeastern

Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2017;50(1);44-51.
19. Dumonteil E. Update on Chagas disease in Mexico. Salud Publica Mex. 1999;41(4):322-7.
20. Watson CJ, Dark JH. Organ transplantation: historical perspective and current practice. Br J Anaesth. 2012;108(1):29-42.
21. Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN). Public Comment Open. 2014. Cited 2017 January 10. Available from: http://optn.transplant.hrsa.gov/
22. Chagas Disease Argentine Collaborative Transplant Consortium, Casadei D. Chagas' disease and solid organ transplantation. Transplant Proc. 2010;42(9):3354-9.
23. Rodrıguez-Romo R, Morales-Buenrostro LE, Reyes PA, Gracida C, Medeiros M, Mancilla E, et al. Seroprevalence of Trypanosoma cruzi in kidney transplant donors and recipients in Mexico City. Transpl Infect Dis. 2013;15(6):639-44.
24. Kerndt PR, Waskin HA, Kirchhoff LV, Steurer F, Waterman SH, Nelson JM, et al. Prevalence of Antibody to Trypanosoma-cruzi Among Blood-Donors in Los-Angeles, California. Transfusion. 1991;31(9):814-8.
25. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. The profile of potential organ and tissue donors. Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(5):120-4.
26. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes 2013;XIX(4):1-100.
27. Fusco CC, Marcelino CAG, Araújo MN, Ayoub AC, Martins CP. Perfil dos doadores efetivos de múltiplos órgãos e tecidos viabilizados pela organização de procura de órgãos de uma instituição pública de cardiologia. J Bras Transplant. 2009;12(2):1109-12.
28. Guedes PMM, de Andrade CM, Nunes DF, de Sena Pereira N, Queiroga TBD, Machado-Coelho GL, et al. Inflammation enhances the risks of stroke and death in chronic Chagas disease patients. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(4):e0004669.
29. Nunes MC, Barbosa MM, Rocha MO. Peculiar aspects of cardiogenic embolism in patients with Chagas' cardiomyopathy: a transthoracic and transesophageal echocardiographic study. J Am Soc Echocardiogr. 2005;18(7):761-7.
30. Nunes MC, Kreuser LJ, Ribeiro AL, Sousa GR, Costa HS, Botoni FA, et al. Prevalence and risk factors of embolic cerebrovascular events associated with Chagas heart disease. Glob Heart. 2015;10(3):151-7.
31. Almeida EA, Ramos Jr AN, Correia D, Shikanai-Yasuda MA. Co-infection Trypanosoma cruzi/HIV: systematic review (1980-2010). Rev Soc Bras Med Trop. 2011;44(6):762-70.
32. Marques de Brito CM, Pires MQ, Pacheco RS. Chagas' disease and HIV co-infection: genetic analyses of two Trypanosoma cruzi strains under experimental immunosuppression. Kinetoplastid Biol Dis. 2003;2(1):17.
33. Menghi R, de Gatta NC, Angeleri GA, Rocher CA, Palaoro IL. Trypanosoma cruzi: tripomastigotes en lıquido pleural de un paciente con SIDA. Rev Chilena Infectol. 2011;28(6):597-8.
34. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF: MS; 2009. Seção 1:77.

TABELA 1: Prevalência da doença de Chagas em potenciais doadores de órgãos no estado do Ceará em 2010 a 2015.

ANO	TESTES SOROLÓGICOS	POSITIVO	INDETERMINADO	PREVALÊNCIA
2010	104	1	0	1.0
2011	349	5	0	1.4
2012	393	4	0	1.0
2013	466	3	1	0.9
2014	523	8	0	1.5
2015	451	6	1	1.6
Total	**2,286**	**27**	**2**	**1.3**

TABELA 2: Perfil dos potenciais doadores de órgãos que apresentam sorologia reativa (positiva / indeterminada) para doença de Chagas no período de 2010 a 2015.

Variáveis	Grupos	Número	Porcentagem
Sexo	Feminino	6	20.7
	Masculino	23	79.3
	Total	29	
Idade (anos)	18 - 40	7	24.1
	41- 60	15	51.7
	≥ 60	7	24.1
	Total	29	
Naturalidade	Interior do Estado	19	65.5
	Fortaleza	10	34.5
	Total	29	
Causa da morte	AVC- Hemorrágico	11	37.9
	AVC - Isquêmico	7	24.1
	TCE – Physical aggression	1	3.4
	TCI– Traffic accident	7	24.1
	TCI – other causes	3	10.3
	Total	29	
Grupo sanguíneo	A+	7	24.1
	A-	1	3.4
	B+	6	20.7
	AB+	1	3.4
	O+	13	44.8
	O-	1	3.4
	Total	29	
Coinfecção*	Citomegalovírus IgG	21	72.4
	Hepatite B	6	20.7
	Hepatite C	5	17.2
	Toxoplasmose IgG	17	58.6
	Total	49	

AVC: acidente vascular encefálico; TCE: lesão cerebral traumática; IgG: imunoglobulina G. * Cada paciente pode ter mais de uma coinfecção.

TABELA 3: Perfis de doadores com sorologia negativa e potenciais doadores com sorologia reagente (positiva / indeterminada) para doença de Chagas de 2010 a 2015, por sexo, idade, causa de morte e grupo sanguíneo.

Perfil de doadores	Doença de Chagas				
	positivo*		negativo		
	N	%	N	%	p**
Sexo					
Feminine	6	20.7	339	32.6	0.2275
Masculine	23	79.3	699	67.4	
Total	29	100.0	1038	100.0	
Idade (anos)					
<5	0	0.0	10	0.9	1.0000
06 a 11	0	0.0	21	2.0	1.0000
12 a 17	0	0.0	86	8.3	0.6140
18-40	7	24.1	373	36.0	0.2394
41-60	15	51.8	436	42.0	0.3422
>60	7	24.1	112	10.8	0.0346
Total	29	100.0	1038	100.0	
Causa da morte					
TCE	11	38.0	566	54.5	0.0897
AVC	18	62.0	407	39.2	0.0195
Outra	0	0.0	65	6.3	0.2570
Total	29	100.0	1038	100.0	
Grupo sanguíneo					
A	8	27.6	369	35.6	0.6972
AB	1	3.4	31	3.0	0.5914
B	6	20.7	98	9.4	0.0550
O	14	48.3	540	52.0	0.7105
Total	29	100.0	1,038	100.0	

TCE: lesão cerebral traumática; AVC: acidente vascular encefálico; * Positivo: sorologia positiva / indeterminada. ** p = valor p do teste de Fisher. O teste de Fisher incluiu doadores potenciais positivos / inconclusivos e doadores reais (sorologia negativa).

NOVOS BIOMARCADORES NA DOENÇA CORONARIANA ATEROSCLERÓTICA – NOVAS PERSPECTIVAS.

Ingrid Alves de Freitas[3], Geraldo Bezerra da Silva Júnior[2] Ane karoline Medina Néri[1] Danielli Oliveira da Costa Lino[1].

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;
2.Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.
3. Residente de Cardiologia do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
danielli.lino@yahoo.com

Palavras-chave: Biomarcadores. Doença Coronariana. Infarto Agudo do miocárdio.

RESUMO

Objetivos: Realizar um artigo de revisão sobre os principais novos biomarcadores pesquisados atualmente no contexto da doença coronariana aterosclerótica. **Metodologia:** Trata-se uma pesquisa do tipo artigo de revisão onde consultou-se a base de dados PUBMED utilizando como palavras-chaves cada biomarcador a ser pesquisado com o descritor (DECS/MESH): "Myocardial Infarction", e as palavras-chaves "coronary" e "cardiovascular", empregando o operador booleano AND. Resultou-se, após uma seleção, em 24 artigos a serem revisados, textos em inglês, no período entre 2003 a 2017. **Resultados:** Foram pesquisados sobre 8 biomarcadores (Lipoproteína Associada à Gelatinase de Neutrófilos (NGAL), Fator de Crescimento de Fibroblasto 23 (FGF 23), Inibidor Tecidual de Metaloproteinase 2 (TIMP-2), Syndecan-1, Interleucina-6, Galectina-3, e as moléculas de adesão vascular - ICAM-1 e VCAM-1). Verificou-se que a maioria dos artigos se tratava de estudos experimentais e estudos com seres humanos com número reduzido de participantes. Conclui-se que far-se-á a necessidade de incremento no número de publicações acerca do tema, com ampliação do quantitativo de participantes e principalmente padronização do uso desses biomarcadores no contexto de eventos agudos coronarianos e na doença crônica.

INTRODUÇÃO

Em 1992, de acordo com a U.S. Food and Drug Administration (FDA), foi definido biomarcardor como "uma medida laboratorial ou um sinal físico que é usado em estudos clínicos como um substituto para um parâmetro com significado clínico, que é uma medida direta da forma como o paciente sente, funciona ou sobrevive, o qual se espera que prediga o efeito da terapia ". Já em 1998, o National Institutes of Health (NIH) convocou um grupo de trabalho que determinou novas definições na área de biomarcadores. Eles definiram marcador biológico - biomarcador como abreviatura – como "uma característica que é objetivamente medida e avaliada como um indicador de processos bio-

lógicos normais, processos patogênicos ou respostas farmacológicas a intervenções terapêuticas" (TRATADO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 2017)

As aplicações clínicas dos biomarcadores no Sistema Cardiovascular podem compreender as mais diversas etapas do diagnóstico e terapêutica. Podem ser aplicados no Diagnóstico das Doenças, na Estratificação de Risco, nas Metas e Alvos para Terapia e no Desenvolvimento, Avaliação e Registro de Fármacos. (TRATADO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 2017)

Na prática clínica, alguns biomarcadores de uso tradicional já estão bem estabelecidos, tais como as Troponinas (tanto a TnI como a TnT), que são utilizadas no diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e a Creatinoquinase (subfração miocárdica,CK-MB), pouco sensível para o diagnóstico de infarto nas primeiras horas, porém útil no diagnóstico de reinfarto e IAM pós-procedimento. Outros biomarcadores também de acessibilidade fácil na prática, tais como o peptídeo natriurético cerebral (BNP) e seu fragmento n-terminal inativo (NT-pró-BNP) são utilizados em predizer disfunção ventricular pós-IAM e predizer eventos adversos tanto nos quadros de angina estável como na Síndrome Coronariana Aguda (SCA). (MIRANDA e LIMA, 2011)

Contudo, nos últimos anos emergiram inúmeros estudos que buscam ampliar as possibilidades de uso de diversos biomarcadores outrora utilizados em outros contextos clínicos a serem avaliados como possíveis marcadores de desfechos clínicos nos pacientes com doença coronariana aterosclerótica. O objetivo do presente trabalho é apresentar uma revisão bibliográfica sobre os novos biomarcadores estudados em predizer prognóstico nos pacientes com doença aterosclerótica tanto na sua fase aguda como na doença estável.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo do tipo estudo de revisão, baseando-se de forma similar na sistemática ao *Preferred Reporting Items for Systematic Review*, seguindo as etapas proposta por Pereira e Galvão (2014) que foram: (1) elaboração da pergunta da pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica e (6) síntese dos dados.

Foram selecionados 8 biomarcadores (Lipoproteína Associada à Gelatinase de Neutrófilos (NGAL), Fator de Crescimento de Fibroblasto 23 (FGF 23), Inibidor Tecidual de Metaloproteinase 2 (TIMP-2), Syndecan-1, Interleucina-6, Galectina-3, moléculas de adesão vascular - ICAM-1 e VCAM-1) para estudo.

Em seguida, utilizou-se a base de dados eletrônica PubMed/Medline utilizando como palavras-chaves cada biomarcador a ser pesquisado com o descritor (DECS/MESH): "myocardial infarction", e as palavras-chaves "coronary" e "cardiovascular", empregando o operador booleano AND. Após a leitura inicial dos *abstracts* dos artigos publicados por biomarcador, resultou-se numa seleção de 24 artigos, textos em inglês, entre artigos originais e revisões sobre biomarcadores utilizados no contexto da SCA e IAM, no período entre 2003 à 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o estudo dos artigos, cabe-se uma revisão individual de cada biomarcador e suas perspectivas atuais no contexto da doença coronariana. A NGAL é uma proteína da família das proteínas carreadores de ferro, e há estudos relacionando seus níveis elevados à lesão renal isquêmica e nefrotóxica direta (D,MARCO e RAGGI, 2015). Park et al. avaliaram o NGAL como marcador prognóstico em 76 pacientes com morte súbita (expressão clínica fatal da SCA), sendo associado a melhor desfecho a longo prazo, principalmente na sua dosagem após o 3º dia do evento. Porém este ainda possui um valor preditivo baixo isoladamente, podendo ser utilizado com outros preditores de desfechos a longo prazo (PARK et al., 2017).

O FGF 23 é uma proteína responsável pelo metabolismo do fosfato e vitamina D. Em um estudo transversal com 177 pacientes com doença renal crônica que foram submetidos a um cateterismo cardíaco demonstrou-se que níveis de FGF23 estavam relacionados à gravidade da doença coronariana após ajustados os fatores de risco tradicionais (YAMASHITA et al., 2000; KANBAY et al., 2010). Em outro estudo, o "*Heart and Soul Study*", foram avaliados 833 pacientes com doença coronariana estável e durante um seguimento de 6 anos ocorreram 402 eventos (óbito e evento cardiovascular). Ajustando os fatores de risco tradicionais, pacientes com níveis elevados acima do 3º quartil apresentavam 2 vezes mais risco de óbito e eventos CV (REBHOLZ et al., 2015). Existe um co-receptor associado ao FGF 23 chamado de *Klotho*. Em um estudo com 956 pacientes o *Klotho* foi associado com doença aterosclerótica obstrutiva em sua gravidade. Em outro relato, níveis reduzidos de *Klotho* e sua expressão genética reduzida na aorta também foram associados a severidade da doença aterosclerótica (ARKING et al., 2003; D´MARCO e RAGGI, 2015).

O TIPM-2 é uma proteína de parada do ciclo celular. Existem relatos escassos da dosagem desse biomarcador e doenças cardiovasculares. Com relação aos aspectos coronarianos, os estudos são experimentais e baseados na fisiopatologia da angiogênese e aterosclerose. Givvimani et al. evidenciaram, em estudo experimental, utilizando ratos com alterações genéticas no gene de TIMP-2 (-/-), que estes diminuíram a expressão de metaloproteinases (MMPs) e aumentaram fatores angiogênicos que resultaram em um remodelamento anormal ventricular e insuficiência cardíaca severa. Já Hans et al., com uso de ratos com dieta aterosclerótica e com alteração/deficiência genética para o poli (ADP-ribose) polimerase (PARP) demonstraram que houve um aumento da expressão de TIMP-2, antagonizando os efeitos deletérios da ativação dos MMPs. Di Gregoli et al., em estudos com ratos apolippproteina E *knockout (Apoe$^{-/-}$)*, demonstraram que o TIMP-2 promove ação protetiva maior que o TIMP-1 durante a patogênese da aterosclerose em parte por suprimir a acumulação de MMP-14 dependente de macrófago/monócito dentro das placas ateroscleróticas (DI GREGOLI et al.; HANS et al., 20112015; GIVVIMANI et al., 2013). Dabek et al. em um estudo envolvendo 67 pacientes com SCA (24 controles) concluiu que a expressão aumentada de TIMP-2 é responsável pelo desequilíbrio do sistema inibitório das MMPs e como consequência a desestabilização da placa aterosclerótica e a ocorrência de SCA. (DABEK et al., 2013)

Os Syndecans compreendem uma família importante de proteoglicanos de heparano sulfato de superfície celular (HSPGs). Nos tecidos adultos o Syndecan-1 (SDC-1) é predominantemente expresso por células epiteliais simples e estratificadas (TENG et al., 2012). Lei et al., em estudo experimental com ratos (modelo de IAM induzido), observaram níveis elevados de SDC -1 (tanto RNAm e proteína), com pico no 3º dia pós IAM. A expressão de SDC-1 solúvel nos soros dos ratos no grupo IAM seguiu um padrão semelhante e foi linearmente correlacionada com a expressão da proteína SDC-1 na zona peri - IAM. Esse resultado pode facilitar a utilização adicional do SDC -1 sérico como um biomarcador para IAM em humanos (LEI et al., 2012). Já Vanhouutte et al., em outro estudo experimental, demonstraram que a expressão aumentada de SDC-1 no IAM protege contra resposta inflamatória exacerbada, reduzindo a dilatação cardíaca e disfunção ventricular no pós-IAM (VANHOUTTE et al., 2007).

A IL-6 é uma citocina imunomoduladora pleiotrópica com 26KDa e secretada por uma variedade de tipos de células. Desempenha um papel crítico em muitos processos inflamatórios inatos e adquiridos, sendo dos novos biomarcadores do tipo citocinas o mais estudado no contexto da doença coronariana aterosclerótica. Relacionando-se a IL-6 com doença aterosclerótica, uma subanálise do STABILITY trial, com a avaliação de 14.611 pacientes com doença coronariana crônica estável, identificou associação de IL-6 com risco de desfechos maiores cardiovasculares (OR 1.60; 95% IC, 1.30–1.97; *P*<0.0001), óbito por doença cardiovascular (OR, 2.15; 95% IC, 1.53–3.04; *P*<0.0001), infarto agudo do miocárdio (OR, 1.53; 95% IC, 1.14–2.04; *P*<0.05), mortalidade geral (OR, 2.11; 95% IC, 1.62–2.76; *P*<0.0001) e risco de internação hospitalar por insuficiência cardíaca (OR, 2.28; 95% IC, 1.34–3.89; *P*<0.001) (HELD et al., 2017). Já Wainstein et al. encontraram em avaliação de pacientes com dor torácica e risco intermediário (pelo ASCVD *risk score*) referenciados para angiografia coronariana um nível sérico de IL-6 acima de 1 pg/mL que é preditivo de doença coronariana significativa. A determinação de IL-6 pode ser útil para reclassificar esses pacientes de risco intermediário em categorias de risco mais elevado. Pesquisadores realizaram recentemente um estudo duplo-cego controlado por placebo em 117 pacientes com infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), que se apresentaram dentro de 72 horas após o início da dor torácica. Neste estudo, uma única dose intravenosa do antagonista da IL-6 - tocilizumabe - reduziu a atividade inflamatória em mais de 50% nos dias subsequentes à intervenção. É importante ressaltar que o tocilizumabe também reduziu os níveis de troponina T (TnT), sugerindo que os pacientes que receberam tocilizumabe sofreram menos dano miocárdico do que os pacientes que receberam placebo. Estudos sobre os receptores de IL-6 (IL-6R) sugerem que o bloqueio de IL-6 poderia fornecer uma abordagem terapêutica inovadora para prevenção de doença cardíaca coronariana, porém são necessários estudos clínicos robustos e ensaios genéticos em grandes populações para validar e priorizar novos alvos terapêuticos, como o estudo em andamento, o ASSAIL-MI, em que se propões a randomização de 200 pacientes (tocilizumabe versus placebo) e tendo como desfecho primário a avaliação da diferença entre os grupos no índice de recuperação miocárdica, medida na fase aguda através da ressonância magnética cardíaca (RMC). (WAINSTEIN et al., 2017;).

Sobre a galectina-3, uma proteína da família das lectinas, estudos ressaltaram sua função nos pacientes com insuficiência cardíaca e seu papel como novo biomarcador neste contexto (SUAREZ et val., 2014). Em relação à doença coronariana, Tsai et al. demonstraram que níveis elevados em pacientes nas 6hs pós-IAM foram correlacionados com eventos clínicos adversos em 30 dias. Szadkowska et al. não encontraram relação dos níveis de galectina-3 e eventos cardiovasculares, porém associaram com aparecimento de nova fibrilação atrial e novo episódio de IC. Kruk et al., numa coorte de poucos pacientes não demonstraram mudança dos níveis de galectina-3 nos pacientes pré-angioplastia e em 1 ano de seguimento. Van de Velde et al., no estudo GIPS-III estudaram 263 casos e evidenciaram que a galectina-3 foi um preditor independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo após 4 meses do IAM (TSAI et al., 2012, SZADKOWSKA et al., 2013; VAN DER VELDE et al., 2014).

Sobre as moléculas de adesão celular (VCAM-1 e ICAM-1), uma metanálise envolvendo 18 estudos com 3546 casos verificou que polimorfismo (K469E) envolvendo o gene ICAM-1 eleva o risco de desenvolver doença coronariana. Outro estudo envolvendo também este polimorfismo (incluindo um segundo polimorfismo G2412) não encontraram associação entre tais alterações genéticas e a ocorrência de doença coronariana e infarto agudo do miocárdio. Bielinsk et al., recrutaram um subgrupo de 2880 pacientes do *MESA study* em que foram avaliados com mensurações de ICAM-1 e VCAM-1 solúveis e seus polimorfismos, encontraram que polimorfismos do gene ICAM-1 foram associados a níveis aumentados de ICAM-1 circulantes, porém não se associou ao escore de cálcio desses pacientes, exemplificando os resultados conflitantes na literatura sobre tais aspectos genéticos (LI et al., 2014; AMINIAN et al., 2007; BIELINSK et al, 2008). Outro estudo interessante foi de Bayata et al, em que analisaram 15 pacientes com angina estável. Foram mensurados níveis circulantes de ICAM-1 e VCAM-1 antes e após 6 meses da implantação de stent (bare metal) e verificado grau de reestenose. Concluiu-se que níveis circulantes elevados de VCAM-1, e não de ICAM-1, correlacionaram-se com reestenose de stent (BAYATA et al., 2010). Em relação às SCA, um estudo que incluiu 75 pacientes, foram mensurados níveis circulantes de ICAM-1 e VCAM-1, onde apenas o VCAM-1 mostrou-se um poderoso preditor de eventos maiores neste perfil de pacientes. Em um subgrupo do estudo PRIME também foram avaliados pacientes que sofreram evento agudo nos 5 anos de seguimento e comparados com controles, onde níveis elevados de ICAM-1 puderam predizer eventos futuros. Em pacientes com "*slow-flow*" coronariano também foram verificados níveis elevados circulantes de ICAM-1, VCAM-1 e E-selectina podendo estes serem possíveis indicadores de inflamação e ativação endotelial (POSTADZHIYAN et al., 2008; LUC et al., 2003; TURHAN et al., 2006).

CONCLUSÃO

Há vários biomarcadores promissores com potencial preditor prognóstico no contexto da doença coronariana. São necessários mais estudos para melhor investigar o papel de cada um destes, tanto na doença coronariana estável quanto nas SCA. A aplicabilidade clínica, tempo de coleta, valores de referência e associação com desfechos clínicos relevantes são quesitos não elucidados na literatura refletindo a heterogeneidade dos artigos da literatura científica atual.

BIBLIOGRAFIA

1. MIRANDA, Marciano Robson de; LIMA, Luciana Moreira. Marcadores bioquímicos do infarto agudo do miocárdio. 2011.
2. VANHOUTTE, Davy et al. Increased expression of syndecan-1 protects against cardiac dilatation and dysfunction after myocardial infarction. Circulation, v. 115, n. 4, p. 475-482, 2007.
3. LEI, Juan et al. Increased level of soluble syndecan-1 in serum correlates with myocardial expression in a rat model of myocardial infarction. Molecular and cellular biochemistry, v. 359, n. 1-2, p. 177-182, 2012.
4. WAINSTEIN, Marco V. et al. Elevated serum interleukin-6 is predictive of coronary artery disease in intermediate risk overweight patients referred for coronary angiography. Diabetology & metabolic syndrome, v. 9, n. 1, p. 67, 2017.
5. MANN, Douglas L. Braunwald Tratado de Doenças Cardiovascular. Elsevier Brasil, 2017. D'MARCO, Luis;
6. BELLASI, Antonio; RAGGI, Paolo. Cardiovascular biomarkers in chronic kidney disease: state of current research and clinical applicability. Disease markers, v. 2015, 2015.
7. PARK, Yu-Ri et al. Predicting long-term outcomes after cardiac arrest by using serum neutrophil gelatinase-associated lipocalin. The American Journal of Emergency Medicine, 2017.
8. ARKING, Dan E. et al. KLOTHO allele status and the risk of early-onset occult coronary artery disease. The American Journal of Human Genetics, v. 72, n. 5, p. 1154-1161, 2003.
9. DI GREGOLI, Karina et al. Differential effects of tissue inhibitor of metalloproteinase (TIMP)-1 and TIMP-2 on atherosclerosis and monocyte/macrophage invasion. Cardiovascular research, v. 109, n. 2, p. 318-330, 2015.
10. HANS, Chetan P. et al. Opposing roles of PARP-1 in MMP-9 and TIMP-2 expression and mast cell degranulation in dyslipidemic dilated cardiomyopathy. Cardiovascular Pathology, v. 20, n. 2, p. e57-e68, 2011.
11. GIVVIMANI, S. et al. TIMP-2 mutant decreases MMP-2 activity and augments pressure overload induced LV dysfunction and heart failure. Archives of physiology and biochemistry, v. 119, n. 2, p. 65-74, 2013.
12. TENG, Yvonne Hui-Fang; AQUINO, Rafael S.; PARK, Pyong Woo. Molecular functions of syndecan-1 in disease. Matrix biology, v. 31, n. 1, p. 3-16, 2012.
13. SUAREZ, Gabriela; MEYERROSE, Gary. Heart failure and galectin 3. Annals of translational medicine, v. 2, n. 9, 2014.
14. TSAI, Tzu-Hsien et al. Value and level of galectin-3 in acute myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. Journal of atherosclerosis and thrombosis, v. 19, n. 12, p. 1073-1082, 2012.
15. SZADKOWSKA, Iwona et al. The association between galectin-3 and clinical parameters in patients with first acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary angioplasty. Cardiology journal, v. 20, n. 6, p. 577-582, 2013.
16. VAN DER VELDE, A. Rogier et al. Galectin-3 predicts left ventricular ejection fraction after myocardial infarction. 2014.
17. LI, Daolin; QU, Chunsheng; DONG, Pingshuan. The ICAM-1 K469E polymorphism is associated with the risk of coronary artery disease: a meta-analysis. Coronary artery disease, v. 25, n. 8, p. 665-670, 2014.
18. AMINIAN, Bahram et al. ICAM-1 polymorphisms (G241R, K469E), in coronary artery disease and myocardial infarction. Iranian Journal of Immunology, v. 4, n. 4, p. 227-235, 2007.
19. BAYATA, Serdar et al. An important role for VCAM-1, but not for ICAM-1 in restenosis following coronary stent implantation/Koroner stent implantasyonu sonrasi restenozda ICAM-1'e göre VCAM-1'in önemli rölü. Anadulu Kardiyoloji Dergisi: AKD, v. 10, n. 5, p. 405, 2010.
20. POSTADZHIYAN, Arman S. et al. Circulating soluble adhesion molecules ICAM-1 and VCAM-1 and their association with clinical outcome, troponin T and C-reactive protein in patients with acute coronary syndromes. Clinical biochemistry, v. 41, n. 3, p. 126-133, 2008.
21. LUC, Gérald et al. Circulating soluble adhesion molecules ICAM-1 and VCAM-1 and incident coronary heart disease: the PRIME Study. Atherosclerosis, v. 170, n. 1, p. 169-176, 2003.
22. TURHAN, Hasan et al. Increased plasma soluble adhesion molecules; ICAM-1, VCAM-1, and E-selectin levels in patients with slow coronary flow. International journal of cardiology, v. 108, n. 2, p. 224-230, 2006.
23. BIELINSKI, Suzette J. et al. ICAM1 and VCAM1 polymorphisms, coronary artery calcium, and circulating levels of soluble ICAM-1: the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). Atherosclerosis, v. 201, n. 2, p. 339-344, 2008.
24. HELD, Claes et al. Inflammatory biomarkers interleukin-6 and C-reactive protein and outcomes in stable coronary heart disease: experiences from the STABILITY (stabilization of atherosclerotic plaque by initiation of darapladib therapy) trial. Journal of the American Heart Association, v. 6, n. 10, p. e005077, 2017.
25. DABEK, J. et al. Transcription activity of MMP-2 and MMP-9 metalloproteinase genes and their tissue inhibitor (TIMP-2) in acute coronary syndrome patients. Journal of postgraduate medicine, v. 59, n. 2, p. 115, 2013.

VALOR PROGNÓSTICO DO VO2 PICO E VE/VCO2 SLOPE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA: AVALIAÇÃO DE POPULAÇÃO DO NORDESTE BRASILEIRO.

Camila Pinto Cavalcante Miná[1], Marianna Luiza Bezerra Sampaio[1], Fernando de Oliveira e Silva Neto[1], Márcia Maria Sales Gonçalves[1], Carlos José Mota de Lima[2], Rafael Nogueira de Macedo[1], Rochelle Pinheiro Ribeiro[1]

Palavras-Chave: Teste de esforço; Prognóstico; Insuficiência Cardíaca.

1. Médico Cardiologista do Hospital dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Ceará.
2. Professor adjunto da Universidade Christus, Fortaleza, Ceará.

INTRODUÇÃO

Há no Brasil cerca de dois milhões de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), sendo diagnosticados 240 mil novos casos por ano[1]. Trata-se de um problema epidêmico em progressão[2].

Na condução desses doentes, é imprescindível identificar aqueles com maior gravidade para os quais seriam direcionados mais recursos humanos e financeiros, além de encaminhamento em tempo adequado para terapêuticas avançadas como transplante cardíaco (Tx)[3]. Neste contexto, o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) tem se tornado o exame de eleição[3].

Dentre as variáveis obtidas pelo TCPE, o Consumo de Oxigênio (VO2) no pico do esforço máximo foi o primeiro a se estabelecer como estratificador de prognóstico. Isso porque, na IC, todos os determinantes do VO2, desde a difusão alveolar de oxigênio, passando por débito cardíaco, até o metabolismo mitocondrial, estão potencialmente comprometidos[4]. Assim, de acordo com maioria da literatura, VO2 Pico ≤14ml/kg/min, ou ≤12ml/Kg/min se em uso de betabloqueador, definiria pacientes com prognóstico reservado e elegíveis para Tx[5].

Outra variável, o VE/VCO2 SLOPE, que consiste na relação entre a ventilação/minuto e o dióxido de carbono (CO2) expirado, vem sendo largamente estudada. Na IC, essa relação linear estaria alterada em decorrência de anormalidades na hemodinâmica pulmonar (relação V/Q), além da sensibilidade aumentada de quimiorreceptores e ergorreceptores[6]. É tradicionalmente aceito que VE/VCO2 SLOPE ≥ 34 seria preditor de mortalidade tão bom ou melhor que VO2Pico, independente do uso de betabloqueador ou de o TECP ser submáximo[6].

Buscando esclarecer se os clássicos valores de VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE descritos permaneceriam válidos nos dias atuais, especificamente em pacientes do nordeste brasileiro, este trabalho foi elaborado. Indo além, buscou-se também estabelecer novos pontos de corte para essas variáveis que, com maior sensibilidade e especificidade, pudessem discriminar dentro da amostra os pacientes de pior prognóstico, com maior risco de óbito ou necessidade de transplante cardíaco.

MÉTODO

Estudo observacional, retrospectivo, tipo coorte, realizado a partir de dados de pacientes encaminhados para TCPE no Serviço de Ergometria e Ergoespirometria do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) entre dezembro de 2006 a março de 2013.

Total de 147 paciente portadores de IC realizaram TCPE no período. Foram revisados seus prontuários para a coleta de dados e, quando necessário complementar informações, feito contato telefônico.

Forma excluídos pacientes que apresentaram incongruência ou ausência de dados no prontuário e com os quais não se conseguiu estabelecer contato, pacientes em que o TCPE foi interrompido precocemente por arritmia, sintomas anginosos ou má adaptação ao ergômetro, bem como pacientes com Fração de Ejeção de VE (FEVE) maior que 50%. Noventa pacientes permaneceram no estudo.

As variáveis analisadas foram VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE, com pontos de corte de 14ml/kg/min e 34, respectivamente. Novos pontos de corte obtidos também foram avaliados.

Estabeleceu-se como desfecho negativo combinado o óbito por todas as causas e/ou a realização de Tx nos dois anos que se seguiram ao TCPE.

Para análise de dados, foi utilizado o software "Statistical Package for Social Science" SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como média, desvio-padrão, mínimo e máximo para quantitativas. As análises bivariadas foram realizadas por meio do Teste Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram nível descritivo inferior a 20% ($p<0,20$) foram testadas novamente por meio de uma análise múltipla, utilizando a Regressão de Cox. Foram mantidas no modelo final somente aquelas com associação significante no nível de 5% ($p<0,05$). Curvas de Kaplan-Meier foram utilizadas na análise de sobrevida. Para definição de pontos de corte que melhor se relacionassem com o desfecho avaliado, curvas ROC (Receiving Operating Characteristic) foram confeccionadas.

RESULTADOS

A maioria dos estudados eram homens com idade de 50,1 ±11,3 anos e FEVE média de 30,3% ±7,4. Quanto à etiologia da IC, a mais frequente foi cardiomiopatia dilatada idiopática (30%), seguida pela cardiopatia isquêmica (21,1%) e chagásica (20%). Os valores médios do VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE foram, respectivamente, 15.6ml/kg/min ± 4,6 e 40,8 ±12,6, caracterizando uma população com classe de Weber média B[7] e classe ventilatória III[3]. Em consonância com estas classificações, as taxas de reinternação e mortalidade em 2 anos foram de 50% e 40%, respectivamente (TABELA 1). A média do Coeficiente Respiratório (R) atingido no pico do esforço foi 1,0 (±0,1).

Variáveis	nn	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	69	76,7	66,6 - 84,9
Feminino	21	23,3	15,1 - 33,4
Faixa etária			
<60	69	76,7	66,6 - 84,9
≥60	21	23,3	15,1 - 33,4
VE/VCO2 SLOPE			
≥34	63	70,8	60,2 - 80,0
<34	26	29,2	20,1 - 39,8
VO2 PICO (ml/kg/min)			
≤14	37	41,1	30,8 - 52,0
>14	53	58,9	48,0 - 69,2
FEVE (%)			
≤35	71	78,9	69,0 - 86,8
>35	19	21,1	13,2 - 31,0
Reinternação			
Sim	45	50,0	39,3 - 60,7
Não	45	50,0	39,3 - 60,7
Transplante			
Sim	19	21,1	13,2 - 31,0
Não	71	78,9	69,0 - 86,8
Óbito			
Sim	19	21,1	13,2 - 31,0
Não	71	78,9	69,0 - 86,8
TX ou óbito			
Sim	36	40,0	29,8 - 50,9
Não	54	60,0	49,1 - 70,2
Etiologia			
Idiopática	29	32,2	22,8 - 42,9
Chagásica	18	20	12,3 - 29,8
Isquêmica	19	21,1	13,2 - 31,0
Alcoólica	4	4,4	1,22 - 11,0
Hipertensiva	5	5,6	1,8 - 12,5
Periparto	5	5,6	1,8 - 12,5
Valvar	8	8,9	3,9 - 16,8
Miocárdio não compactado	2	2,2	0,3 - 7,8
BBL (n=69)			
Sim	66	95,7	87,8 - 99,1
Não	3	4,3	0,9 - 12,2

Tabela 1. Caracterização dos pacientes da amostra

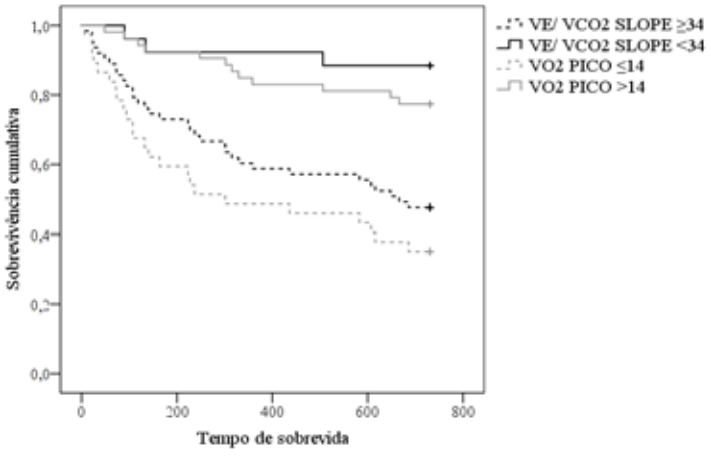
VO2 Pico ≤14ml/kg/min determinou risco de óbito ou transplante 2,94 vezes maior se comparado ao grupo com VO2 >14ml/kg/min, tendo esta se mostrado variável discriminatória independente do sexo, idade ou FEVE (p=0,004). Em relação à eficiência ventilatória, VE/VCO2 SLOPE ≥34 também determinou, em análise multivariada, risco 3,7 vezes maior de desfecho negativo em 2 anos (p=0,038). Disfunção ventricular grave (FEVE <35%) teve relação significativa com desfechos negativos em análise bivariada (p=0,015), porém não em multivariada (TABELA 2).

Tabela 2. Relação entre variáveis estudadas e desfecho clínico combinado

Variáveis	TX ou óbito	Outro desfecho	Valor p	HR ajustada (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)			
Sexo			0,839		-
Masculino	28 (40,6)	41 (59,4)		-	
Feminino	8 (38,1)	13 (61,9)		-	
Idade			0,760		-
<60	27 (39,1)	42 (60,9)		-	
≥60	9 (42,9)	12 (57,1)		-	
VE/VCO2 SLOPE			**<0,001**		**0,038**
≥34	33 (52,4)	30 (47,6)		3,70 (1.08 - 12.76)	
<34	3 (11,5)	23 (88,5)		1	
VO2 Pico (ml/kg/min)			**<0,001**		**0,004**
≤14	24 (64,9)	13 (35,1)		2,94 (1,42 - 6,08)	
>14	12 (22,6)	41 (77,4)		1	-
FEVE (%)			**0,015**		-
≤35	33 (46,5)	38 (53,5)		-	
>35	3 (15,8)	16 (84,2)		-	
Teste Qui-quadrado e Regressão Cox Multivariada					

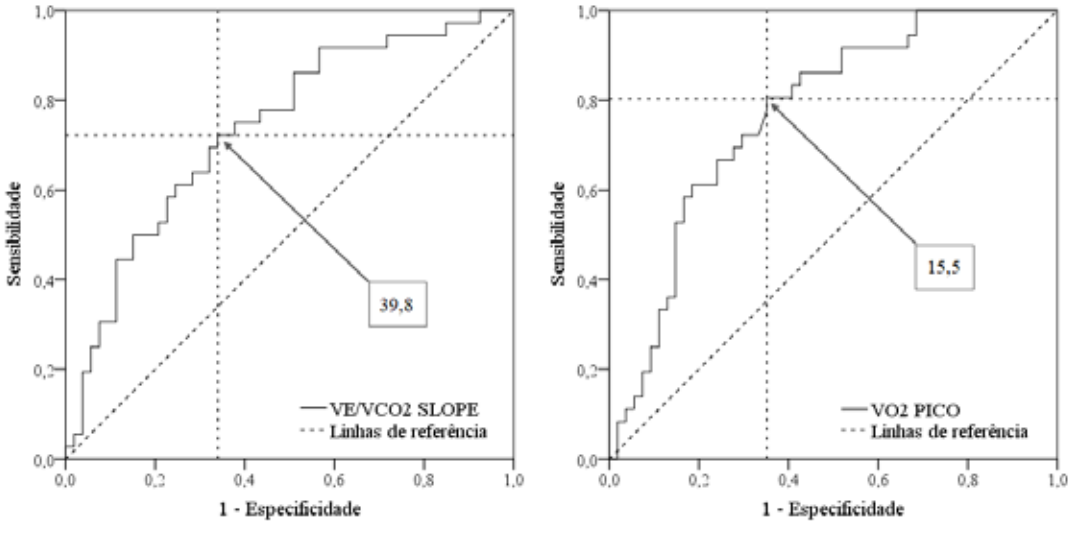
Pacientes com VE/VCO2 SLOPE <34 tiveram sobrevida livre de transplante significativamente superior comparados aos com VE/VCO2 SLOPE ≥34 (p<0,001), bem como aqueles com VO2 Pico >14ml/kg/min em relação aos com VO2 Pico ≤14 (p<0,001) (GRÁFICO 1)**.**

Gráfico 1- Curvas de Kaplan-Meier avaliando sobrevida livre de Tx ao longo do tempo (dias) de acordo com VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE



Ao buscar estabelecer os valores que com maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade predissessem ocorrência de desfechos negativos dentro da amostra, obteve-se para VE/VCO2 SLOPE o ponto de corte 39,8 (sensibilidade de 72,2% e especificidade de 66%) e 15,5ml/Kg/min para VO2 Pico (sensibilidade de 80,6% e especificidade de 64,8%) (GRÁFICO 2).

Gráfico 2. Curvas ROC determinando sensibilidade e especificidade do VE/VCO2 SLOPE e VO2 Pico na predição do desfecho combinado óbito ou Tx.



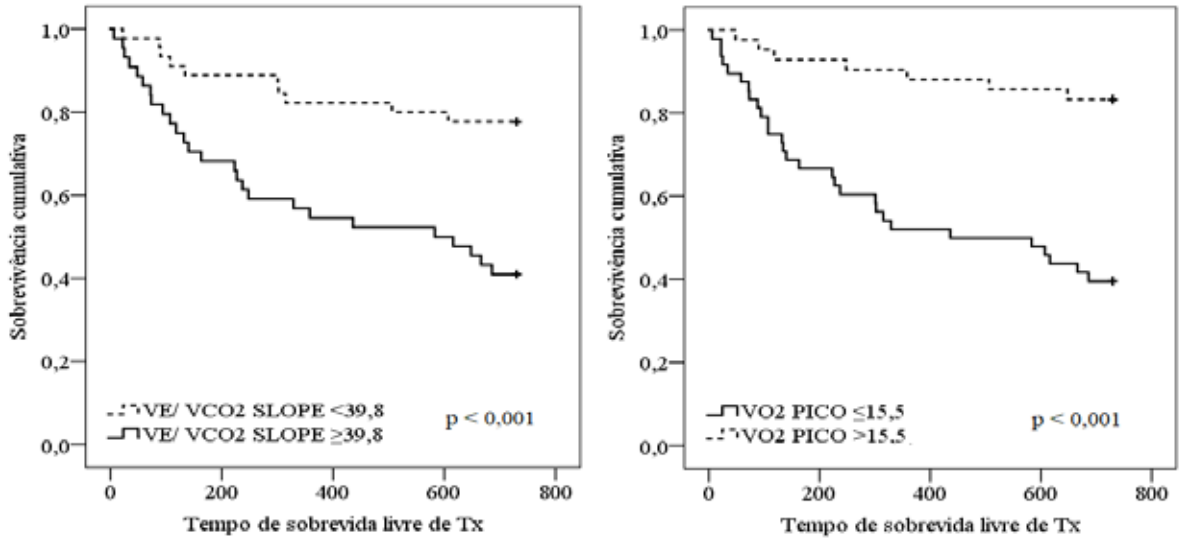
Entre pacientes com VE/VCO2 SLOPE ≥ 39,8, 59,1% evoluíram para óbito ou transplante cardíaco (p<0,001). Já em relação ao VO2 Pico, 60,4% dos que atingiram valor menor ou igual a 15,5ml/Kg/min no TCPE apresentaram desfecho negativo (p <0,001). Em análise multivariada, VO2 Pico, mas não VE/VCO2 SLOPE, manteve relação significativa com o desfecho combinado (p<0,001) (TABELA 3).

Tabela 3. Associação entre pontos de corte de VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE encontrados através das curvas ROC (Gráfico 2) e desfecho combinado (óbito ou Tx).

Variáveis	TX ou óbito	Outro desfecho	Valor p	HR ajustada (IC 95%)	Valor p
	n (%)	n (%)			
Sexo			0,839		-
Masculino	28 (40,6)	41 (59,4)		-	
Feminino	8 (38,1)	13 (61,9)		-	
Idade			0,760		-
<60	27 (39,1)	42 (60,9)		-	
≥60	9 (42,9)	12 (57,1)		-	
VE/VCO2 SLOPE			**<0,001**		-
<39,8	10 (22,2)	35 (77,8)		-	
≥39,8	26 (59,1)	18 (40,9)		-	
VO2 PICO (ml/kg/min)			**<0,001**		**<0,001**
≤15,5	29 (60,4)	19 (39,6)		5,06 (2,21 - 11,58)	
>15,5	7 (16,7)	35 (83,3)		1	
FEVE (%)			**0,015**		-
≤35	33 (46,5)	38 (53,5)		-	
>35	3 (15,8)	16 (84,2)		-	

Maiores taxas de sobrevida livre de transplante ao longo dos dois anos foram encontradas entre pacientes com VO2 Pico maior que 15,5ml/Kg/min e VE/VCO2 SLOPE menor que 39,8 (p<0,001) (GRÁFICO 3).

Gráfico 3. Curvas de Kaplan-Meier avaliando sobrevida livre de Tx ao longo do tempo (dias) de acordo com valores de VO2 Pico e VE/VCO2 SLOPE calculados



DISCUSSÃO

Analisando inicialmente características clínicas da amostra, observou-se que 76,7% dos pacientes apresentavam menos de 60 anos de idade e que, entre as etiologias da IC, a cardiopatia chagásica, que sabidamente tem pior prognóstico[8], teve praticamente a mesma frequência que a isquêmica, sendo ambas menos comuns que a principal etiologia encontrada: a cardiomiopatia dilatada idiopática. Esses resultados diferem do que está disposto no BREATHE, registro nacional em que maioria dos pacientes com IC era idosa e a etiologia isquêmica e hipertensiva predominavam[9].

Entre pacientes que apresentaram VO2pico ≤14ml/Kg/min, a sobrevida livre de Tx em 2 anos foi de 35,1%, aproximando-se do encontrado no clássico artigo de Mancini no início da década de 90[10]. A partir deste estudo, onde observou-se que a sobrevida em dois anos do grupo de pacientes com VO2pico <14 que não realizaram Tx foi de 32%, a mensuração do VO2 pico passou a ser empregada rotineiramente na estratificação de risco desses doentes e na listagem para transplante cardíaco, permanecendo na recente revisão de critérios proposta pela *International Society for Heart and Lung Transplantation*[5].

Entre os que, na amostra, apresentavam VE/VCO2 SLOPE ≥34, sobrevida livre de Tx foi de 47,6%. Essa taxa foi menor que encontrada Chua et al[11], onde pacientes com VE/VCO2 SLOPE >34 apresentaram sobrevida de 69% em 18 meses. Pese que neste estudo 55% das IC eram de etiologia isquêmica e não constam pacientes chagásicos, o que pode justificar maior gravidade entre nossos doentes.

Avaliando os pontos de corte de VO2 pico e VE/VCO2 SLOPE obtidos a partir de análise da amostra, observou-se expressivo aumento do valor de VE/VCO2 SLOPE, que passou a ser 39,8 e discreto aumento do VO2 Pico, que passou a 15,5ml/kg/min. As diferenças em relação aos pontos tradicionais não surpreendem, uma vez que o perfil do paciente com IC vem mudando ao longo dos anos e entre diferentes populações, bem como a terapêutica empregada vem evoluindo.

Por fim, o valor prognóstico dessas variáveis ergoespirométricas deveriam ser idealmente avaliadas em referência a populações específicas de pacientes com IC e os pontos de corte atualizados ao longo do tempo, como proposto por S. Paolilo et al[12].

CONCLUSÃO

Este estudo reafirmou a capacidade do VO2 Pico ≤ 14ml/Kg/min e do VE/VCO2 SLOPE > 34 predizerem, de forma independente de sexo, idade e FEVE, maior chance de paciente ir à óbito ou necessitar de TX no período de 2 anos, bem como menor sobrevida.

Concluímos ainda que VO2 Pico ≤ 15,5ml/kg/min e VE/VCO2 SLOPE ≥39,8 são os pontos de corte que melhor discriminam, dentro da nossa amostra, pacientes com pior prognóstico.

Limitação relevante deste estudo foi a média do Coeficiente Respiratório(R) encontrada na amostra ter sido menor que 1,05, o que não nos permite garantir de forma objetiva ter sido realizado esforço máximo do ponto de vista metabólico, a despeito da sensação subjetiva de exaustão.

BIBLIOGRAFIA

1. Nogueira, Patrícia Resende; RASSI, Salvador and CORREA, Krislainy de Sousa. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq Bras Cardiol. 2010;95 (3):392-398.
2. Santo AH. Chagas disease-related mortality trends, state of São Paulo, Brazil, 1985 to 2006: a study using multiple causes of death. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):299-309.
3. Arena R, Myers J, Abella J, Peberdy MA et al. Development of a Ventilatory Classification Systen in Patients with Heart Failure. Circulation. 2007;115:2410-2417.
4. Guazzi M, Bandera F, Ozemek C, Systrom D, Arena R. Cardiopulmonary Exercise Testing. What is the Value? JACC. 2017;70(13):1618-36.
5. Mehra MR, Canter CA, Hannan MM, Semigran MJ, Uber PA, Baran DA, Danziger-Isakov L, Kirklin JK, Kiri R, Kushwaha SS, et al. International Society for Heart Lung Transplantation (ISHLT) Heart Failure and Transplantation Council. The 2016 International Society for Heart Lung Transplantation listing criteria for heart transplantation: a 10-year update. J Heart Lung Transplant 2016;35:1-23.
6. Arena R, Myers J, Guazzi M. The clinical and research applications of aerobic capacity and ventilatory efficiency in heart failure: an evidence-based review. Heart Fail Rev 2008;13:245-269.
7. Weber KT, Kinasewitz GT, Janicki JS, Fishman AP. Oxygen Utilization and Ventilation During Exercise in Patients with Chronic Cardiac Failure. Circulation. 1982;65(6):1213-1223.
8. Shen L, Ramires F, Martinez F, Bodanese LC, Echeverría LE, Gómez EA, et al. Contemporary charactteristics and outcomes in chagasic heart failure compared with other nonischemic and ischemic cardiomyopathy. Circ Heart Fail. 2017;10(11).
9. Albuquerque DC, Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernadez-Perteira S, Berwanger O, et al. Investigadores Estudo BREATHE. I Brazilian Registry of Heart Failure – Clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):433-42.
10. Mancini DM, Eisen H, Kussmaul W, Mull R, Edmunds LH, Wilson Jr JR. Value of peak exercise oxygen consumption for optimal timing of cardiac transplantation in ambulatory patients with heart failure. Circulation. 1991;83:778-786.
11. Chua TP, Ponikowski P, Harrington D et al. Clinical correlates and prognostic significance of the ventilatory response to exercise in chronic heart failure. JACC.1997;29(7):1585-90.
12. Paolillo S, Veglia F, Salvioni E, Corrà U, Piepoli M, et al. Heart failure prognosis over time: how the prognostic role of oxygen consumption and ventilatory efficiency during exercise has changed in the last 20 years. European Journal of Heart Failure.2019;21:208-217.

Relato de Caso

Revista Cearense de Cardiologia

Imagem - Dissecção Iatrogênica Retrógada de Subclávia
e Aorta Ascendente em Cineangiocoronariografia

Imagem 1: Aortografia evidenciando a falsa luz contrastada.

Imagem 2:Angiotomografia de Tórax com imagem da extensão da dissecção até aorta ascendente.

Imagem 3:Angiotomografia de Tórax com imagem de dissecção de artéria subclávia.

TEXTO

Paciente sexo feminino, 72 anos, hipertensa e diabética, foi admitida para realização de Cineangiocoronariografia eletiva para investigação de doença arterial coronariana sob a técnica radial direita. Procedeu-se o exame com a passagem de fio-guia 0.035 polegadas e o posicionamento do cateter na aorta ascendente, quando ao realizar a primeira injeção contrastada observou-se retenção na parede da aorta (Imagem 1), interrompendo-se o procedimento devido a suspeita de dissecção iatrogênica. Procedido Angiotomografia de Tórax que confirmou dissecção retrógrada da artéria subclávia direita à aorta ascendente (Imagem 2 e 3). Optado por tratamento conservador, com monitorização através de imagens seriadas e alta hospitalar.

Autores:

Dra. Fernanda Rêgo Militão – Residente de Cardiologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo Telefone: 997951991

Dr. Glaylton Silva Santos – Residente de Cardiologia do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes Telefone: 987439992

Dr. Raphael Silva Rodrigues – Médico Cardiologista Residente do Serviço de Hemodinâmica do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Dr. João Luiz de Alencar Araripe Falcão – Médico Cardiologista do Serviço de Hemodinâmica do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Dra. Danielli Oliveira da Costa Lino – Médica Cardiologista do Serviço de Emergência do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Índice Temas Livres

A FUNÇAO ATRIAL ESQUERDA (FAE) NA AVALIAÇAO DA INSUFICIENCIA CARDIACA(IC) NO CURSO DA INSUFICIENCIA CARDIACA(IC) A PARTIR DA FRAÇAO DE EJEÇAO(FE)
EP-053 [ID: 1174]

A INSUFICIENCIA CARDIACA (ICC) EM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC), CURSA MUITO MAL, RESULTANDO EM UM NUMERO MAIOR DE HOSPITALIZAÇOES
EP-005 [ID: 1114]

A MANUTENÇÃO DA TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA É NECESSÁRIA NOS PACIENTES QUE NORMALIZAM A FUNÇÃO VENTRICULAR?
EP-025 [ID: 1041]

ABORDAGEM DE DISSECÇÃO DE AORTA NA EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO
EP-037 [ID: 1227]

ACHADOS ECOCARDIOGRAFICOS NA MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II
TL-005 [ID: 1860]

AMILOIDOSE CARDIACA ISOLADA: RELATO DE CASO
EP-077 [ID: 1937]

AMILOIDOSE CARDÍACA: CARDIOMIOPATIA INFILTRATIVA COM COMPORTAMENTO HEMODINÂMICO RESTRITIVO- RELATO DE CASO
EP-081 [ID: 1861]

ANALISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE POR DOENÇA DE CHAGAS ENTRE AS REGIOES METROPOLITANAS E INTERIORANAS NO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2008 E 2017
EP-029 [ID: 1675]

ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDADE POR CARDIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA NO CEARÁ DO ANO DE 2008 A 2018
TL-003 [ID: 1190]

ANALISE DO CUSTO DAS INTERNAÇOES POR INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESTADO DO CEARA DE 2015 A 2019
EP-061 [ID: 1754]

ANALISE DO IMPACTO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO CEARA
EP-030 [ID: 1997]

ANALISE DO PERFIL CLINICO EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
EP-017 [ID: 2003]

ANALISE DO RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
EP-089 [ID: 990]

ANEMIA EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA: AUMENTO DA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR
EP-006 [ID: 1955]

ANEMIA HEMOLITICA SECUNDARIA A DISFUNÇAO DE PROTESE MECANICA MITRAL: RELATO DE CASO
EP-070 [ID: 1213]

ANORMALIDADES CARDIOVASCULARES PRESENTES EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM MUCOPOLISSACARIDOSE III ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE GENETICA MEDICA DO ESTADO DO CEARA
EP-033 [ID: 1891]

APLICAÇAO DE OXIGENAÇAO POR MEMBRANA EXTRACORPOREA VENO-VENOSA EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM SINDROME DE WEIL: RELATO DE CASO
EP-085 [ID: 1221]

APRESENTAÇAO TIPICA DE FEBRE REUMATICA EM JOVEM : UM RELATO DE CASO
EP-090 [ID: 1844]

ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
EP-038 [ID: 1204]

ASSOCIAÇAO ENTRE O USO PREVIO DE DIURETICOS DE ALÇA COM DISFUNÇAO RENAL GRAVE EM PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
EP-026 [ID: 1994]

AVALIAÇAO DA ADEQUAÇAO DA PRESCRIÇAO DE ESTATINAS PARA PACIENTES DIABETICOS NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE
EP-062 [ID: 1707]

AVALIAÇAO DA ADEQUAÇAO DA PRESCRIÇAO DE INIBIDORES DA ECA E BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA PARA O DIABETICO NA ATENÇAO PRIMARIA
EP-009 [ID: 2015]

AVALIAÇAO DO USO DE AAS NA PREVENÇAO PRIMARIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM DIABETICOS DA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE
EP-057 [ID: 1920]

AVALIAÇAO ECOCARDIOGRAFICA PARA ANALISE DA FUNÇAO VENTRICULAR DE POTENCIAIS DOADORES DE ORGAOS
EP-091 [ID: 1945]

AVALIAR A RELAÇAO DE RISCO ENTRE OS NIVEIS DE CREATININA E A FRAÇAO DE EJEÇAO REDUZIDA EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
EP-031 [ID: 1996]

BLOQUEIOS DA CONDUÇAO CARDIACA RELACIONADOS A MORTALIDADE EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA
EP-054 [ID: 1961]

CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APICAL (DOENÇA DE YAMAGUCHI) – UM RELATO DE CASO
EP-045 [ID: 1079]

CARDIOMIOPATIA PERIPARTO EM UMA PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO
EP-001 [ID: 1178]

CARDIOPATIA COMPLEXA EM DELEÇAO DO BRAÇO CURTO DO CROMOSSOMO 18
EP-039 [ID: 1566]

CARDIOPATIAS CONGENITAS NA SINDROME DE DOWN – UMA REVISAO DE 307 CASOS NO CEARA
EP-073 [ID: 1917]

CARDIOPATIAS EM PACIENTES COM A TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 18
TL-004 [ID: 1574]

CIRURGIA DE BLALOCK-TAUSSIG EM RN COM TETRALOGIA DE FALLOT NO PRIMEIRO MES DE VIDA: RELATO DE CASO
EP-046 [ID: 1893]

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇAO EM OBESO MORBIDO – RELATO DE CASO
EP-078 [ID: 1943]

COMORBIDADES ASSOCIADAS A PACIENTES PORTADORES DE SINDROME CORONARIANA AGUDA
EP-055 [ID: 1350]

COMPLEXO DE CARNEY: ACOMETIMENTO POR MULTIPLOS MIXOMAS - RELATO DE CASO
EP-058 [ID: 1868]

CORREÇAO CIRURGICA COM ENXERTO DE DACRON EM DISSECÇAO DE AORTA DO TIPO I DE BAKEY: RELATO DE CASO
EP-056 [ID: 1217]

DIAGNOSTICO CLINICO E ECOCARDIOGRAFICO DE FEBRE REUMATICA: UM RELATO DE CASO
EP-041 [ID: 1151]

DISFUNÇAO SISTOLICA PRECOCE DO VENTRICULO ESQUERDO DETECTADA PELA TECNICA ECOCARDIOGRAFICA DO SPECKLE-TRACKING EM UMA POPULAÇAO JOVEM DE PACIENTES COM LIPODISTROFIA GENERALIZADA CONGENITA
EP-034 [ID: 1886]

DISSECÇÃO DE AORTA EM PACIENTE GESTANTE COM SÍNDROME DE MARFAN – DESFECHO FAVORÁVEL EM SITUAÇÃO DE ALTA MORTALIDADE
EP-071 [ID: 1930]
ESCLEROSE TUBEROSA COM RABDOMIOMA: RELATO DE DOIS CASOS
EP-063 [ID: 1858]

ESCORE DE MORISKY-GREEN COMO INDICADOR DE RISCO PARA DESCOMPENSAÇAO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
EP-002 [ID: 2018]

ESTUDO CARDIOLOGICO DE PACIENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI
EP-040 [ID: 1972]

EVENTOS CEREBROVASCULARES EM PACIENTES COM FIBRILAÇAO ATRIAL INTERNADOS COM DESCOMPENSAÇAO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
EP-021 [ID: 2006]

FIBRILAÇAO ATRIAL COMO FATOR DETERMINANTE NO AUMENTO DO PERIODO DE PERMANENCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
EP-003 [ID: 2019]

FIBRILAÇAO ATRIAL COMO FATOR PREDITOR DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA COM PERFIL HEMODINAMICO FRIO/CONGESTO
EP-074 [ID: 2000]

FIBRILAÇAO ATRIAL DE ALTA RESPOSTA VENTRICULAR COMO FATOR PREDITOR DE PERFIL DE INTERNAÇAO DESFAVORAVEL EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
EP-049 [ID: 2011]

FISTULA VENTRICULO ESQUERDO-ATRIO DIREITO EM ADULTO. MANIFESTAÇAO ATIPICA DO DEFEITO DE GERBODE?
EP-027 [ID: 1202]

HABITOS DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA AVALIADOS PELO PROGRAMA DE BOAS PRATICAS CLINICAS
EP-007 [ID: 1144]

HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA(HAS): UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLOGICA A RESPEITO DA COMPREENSAO DA DOENÇA, ACOMPANHAMENTO MEDICO, TRATAMENTO FARMACOLOGICO E CONTROLE DA DOENÇA EM CONTRASTE DE POPULAÇOES DE DISTINTOS NIVEIS SOCIOECONOMICOS DE FORTALEZA
EP-082 [ID: 1944]

HIPOPLASIA ISOLADA DO COMPONENTE APICAL DO VENTRICULO DIREITO: RELATO DE CASO
EP-083 [ID: 1892]

INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NA AUSENCIA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA OBSTRUTIVA: UM RELATO DE CASO
EP-050 [ID: 1192]
INFARTO DO MIOCARDIO EM PACIENTE JOVEM NA AUSENCIA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA OBSTRUTIVA: UM RELATO DE CASO
EP-022 [ID: 1938]

INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA E ELEVAÇAO DE PROTEINA C REATIVA:
EP-072 [ID: 1188]

INSUFICIENCIA CARDIACA DIREITA ASSOCIADA COM A OCORRENCIA TARDIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA ESQUERDA, NA PRESENÇA DE FORAME OVAL PATENTE COM FLUXO EXUBERANTE
EP-042 [ID: 1137]

INTERVENÇAO CORONARIANA PERCUTANEA RELACIONADA A AUMENTO DO RISCO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
EP-065 [ID: 2008]

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO COM COMPROMETIMENTO CARDIACO
EP-004 [ID: 1968]

MIOCARDIOPATIA NAO COMPACTADA: RELATO DE CASO
EP-035 [ID: 1865]

MIOCARDITE COMO CONSEQUENCIA DA CHIKUNGUNYA: UM RELATO DE CASO
EP-079 [ID: 1146]

MIOCARDITE VIRAL EM ATLETA: RELATO DE CASO
EP-069 [ID: 1832]

MIXOMA ATRIAL COM CONTRAINDICAÇAO CIRURGICA: UM RELATO DE CASO
EP-013 [ID: 1119]

MIXOMA ATRIAL COMO ACHADO INCIDENTAL EM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA INVESTIGAÇAO DE AGRESSAO TORACICA: RELATO DE CASO
EP-075 [ID: 1218]

MONITORAMENTO REMOTO DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
TL-007 [ID: 1040]

MORBIMORTALIDADE DOS HIPER-RESPONDEDORES À TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA EM 9 ANOS DE SEGUIMENTO
TL-009 [ID: 1042]

O IMPACTO DA OBESIDADE NA TRIADE DE VIRCHOW E SUA RELAÇAO COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELATO DE CASO
EP-051 [ID: 1179]

OS BENEFICIOS DA TECNOLOGIA M-HEALTH NA SAUDE
EP-076 [ID: 1988]
PACIENTE COM INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA E CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTAVEL: UM RELATO DE CASO
EP-036 [ID: 1112]

PACIENTE JOVEM COM LESAO TRIARTERIAL DECORRENTE DE HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO
EP-018 [ID: 1821]

PANORAMA DA HIPERTENSAO PRIMARIA NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS
EP-010 [ID: 1986]

PANORAMA DA INSUFICIENCIA CARDIACA NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS
EP-019 [ID: 1186]

PANORAMA DE DOENÇAS ISQUEMICAS DO CORAÇAO NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS
EP-023 [ID: 1976]

PANORAMA DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS
EP-059 [ID: 1999]

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DA FEBRE REUMATICA NOS ULTIMOS 10 ANOS
EP-066 [ID: 1540]

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR CHOQUE HEMORRAGICO EM PACIENTE COM SINDROME CORONARIANA AGUDA: UM RELATO DE CASO
EP-093 [ID: 1839]

PERCEPÇAO DE USUARIOS DE TERMINAL DE ONIBUS SOBRE PRESCRIÇAO DE MEDICAMENTOS PARA HAS E COMPLICAÇOES DA DOENÇA QUANDO NAO CORRETAMENTE TRATADA
EP-080 [ID: 1875]

PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE INDIVIDUOS DIABETICOS ATENDIDOS NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE
EP-043 [ID: 2007]

PERFIL DOS OBITOS POR CARDIOPATIA CONGENITA NO CEARA
EP-092 [ID: 1940]

PERICARDITE AGUDA: A GRAVIDADE DA REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA PODE NÃO SE RELACIONAR A SUA ETIOLOGIA
EP-044 [ID: 1885]

POCUS NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISPNEIA NO DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA: UM RELATO DE CASO
EP-067 [ID: 1931]

POS-MENOPAUSA COMO FATOR PREDITOR DO AUMENTO DE INCIDENCIA RELATIVA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EM MULHERES
EP-020 [ID: 1971]

PREVALENCIA DO ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA EM CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO AMBIENTE PRE-HOSPITALAR E CAUSAS ASSOCIADAS
EP-032 [ID: 1828]

PRINCIPAIS ACHADOS ECOCARDIOGRAFICOS EM PACIENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I
EP-094 [ID: 1907]

PRINCIPAIS COMPLICAÇOES APRESENTADAS POR PACIENTES PORTADORES DE PROTESE CARDIACA VALVAR MECANICA ACOMPANHADOS EM UM AMBULATORIO ESPECIALIZADO
EP-086 [ID: 1928]

QUADRO CLINICO ATIPICO ASSOCIADO AO DIVERTICULO DE KOMMERELL
EP-014 [ID: 1507]

RELAÇAO ENTRE DISFUNÇAO RENAL E TEMPO DE INTERNAÇAO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA
TL-008 [ID: 1967]

RELAÇAO ENTRE MORTALIDADE E A FRAÇAO DE EJEÇAO EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIARIO NO INTERIOR DO CEARA
EP-024 [ID: 1987]

RELAÇAO ENTRE MORTALIDADE EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA CORRELACIONANDO A ETIOLOGIAS
EP-068 [ID: 1978]

RELAÇAO ENTRE PROTESE VALVAR METALICA E PERFIL DE PIOR PROGNOSTICO
EP-052 [ID: 2014]

RELATO DE CASO DE UMA PACIENTE COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, ASSOCIADO A ANTICOCEPCIONAIS HORMONAIS
TL-006 [ID: 1845]

SARCOMA CARDIACO PLEOMORFICO: ENTIDADE RARA DENTRE OS TUMORES CARDIACOS – RELATO DE CASO
EP-011 [ID: 1798]

SINDROME CORONARIANA AGUDA COM ACOMETIMENTO DE TCE – CASOS CLINICOS E AVALIAÇAO DE DESFECHO
EP-060 [ID: 1831]
SINDROME CORONARIANA AGUDA X CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: UM DESAFIO DIAGNOSTICO
EP-028 [ID: 1130]

SINDROME DE BEHÇET E SUAS REPERCUSSOES CARDIOPULMONARES: RELATO DE CASO
EP-012 [ID: 1889]

SINDROME DE NOONAN: RELATO DE CASO COM CARDIOPATIA CONGENITA ASSOCIADA A CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA E MIOCARDIO NAO-COMPACTADO
EP-087 [ID: 1838]

SINDROME DO SEIO CAROTIDEO: UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PARA SINCOPES DE REPETIÇAO
EP-084 [ID: 1187]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: TETRALOGIA DE FALLOT
EP-047 [ID: 1249]

STATUS CONVULSIVO E RABDOMIOLISE APRESENTANDO-SE COM PADRAO ELETROCARDIOGRAFICO TIPO “BRUGADA PHENOCOPY” – UM DILEMA DIAGNOSTICO
EP-095 [ID: 1899]

TAXA DE FILTRAÇAO GLOMERULAR COMO PREDITOR DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE
TL-002 [ID: 2001]

TERAPIA DE SUPORTE CIRCULATORIO NO CHOQUE OBSTRUTIVO SECUNDARIO AO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO – RELATO DE CASO
EP-048 [ID: 1758]

TROMBOSE PRECOCE DE STENT CORONARIANO POR MÁ ADESÃO TERAPÊUTICA: RELATO DE CASO
EP-064 [ID: 1840]

USO DA OXIGENAÇAO POR MEMBRANA EXTRA-CORPOREA COMO SUPORTE HEMODINAMICO E RESPIRATORIO EM UM PACIENTE SUBMETIDO A PLASTIA DE VALVULA MITRAL E TRICUSPIDE: RELATO DE CASO
EP-008 [ID: 1215]

VALOR DE DISTINTAS FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇAO DE ISQUEMIA MIOCARDICA DURANTE O ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE
TL-001 [ID: 1115]

Temas Livres Orais

TL-001 (ID: 1115) | Área: Imagem Cardiovascular
Data: 22/08/2019 | Horário: 14:00:00 às 14:10:00 | Auditório William Perdigão
Título: VALOR DE DISTINTAS FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇAO DE ISQUEMIA MIOCARDICA DURANTE O ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE

Autores: MARILIA ESTHER BENEVIDES ABREU (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIOGENES (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), RENAN ABREU PONTE FREIRE (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), LUANA PRISCILA GOMES SANTOS (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), ANA FLAVIA VIANA FURTADO (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), CRISTIANE SARAIVA MAIA (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), ISADORA SUCUPIRA MACHADO (CESAR CALS, Fortaleza, CE, Brasil), ANTONIO AUGUSTO GUIMARAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, Fortaleza, CE, Brasil), JOSE SEBASTIAO ABREU (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 71 anos, hipertensa, dislipidêmica, revascularizada há 12 anos com anastomose da artéria torácica interna esquerda (ATIE) para a artéria coronária descendente anterior (ADA). Em uso de nitrato, b-bloqueador, inibidor da enzima de conversão da angiotensina e aspirina, relatando que há 2 meses apresenta dor precordial aos maiores esforços, sendo encaminhada pelo médico assistente ao ecocardiograma de estresse com dobutamina para esclarecimento diagnóstico.
Em condição basal a ATIE apresentava fluxo apenas sistólico e com baixa velocidade, enquanto que na ADA predominava um amplo fluxo diastólico. A contração segmentar do ventrículo esquerdo em condição basal apresentava discutível hipocinesia da parede inferior ao ecocardiograma bidimensional (Eco 2D), mas o strain 2D e o encurtamento pós-sistólico evidenciavam o inequívoco comprometimento desta parede. Durante o Eco de estresse apresentou forte angina pectoris e anormalidade contrátil ventricular esquerda compatível com isquemia miocárdica. A percepção e extensão do comprometimento contrátil com o strain 2D e com o encurtamento pós-sistólico foram mais evidentes do que com o Eco 2D. A reserva de velocidade de fluxo coronariano, adequada e normal na ADA, já foi obtida com apenas 59% da frequência cardíaca alvo prevista para o Eco de estresse. Nenhum método utilizado mostrou comprometimento no território da ADA. A coronariografia mostrou estenose de 100% na coronária direita (enchimento parcial por colaterais) e da ATIE, suboclusão severa das duas importantes marginais da circunflexa, e estenose de aproximadamente 50% da ADA. Comentários: O encurtamento pós-sistólico e o strain 2D apresentaram a melhor correlação com a ocorrência de isquemia miocárdica e sua extensão. O fluxo da ATIE em repouso era compatível com oclusão, fato este que pode ter ocorrido por complicação na técnica cirúrgica ou por competição de fluxo com o vaso nativo. Contudo, todos os métodos utilizados mostraram o território da ADA funcionalmente preservado, reservando a potencial revascularização miocárdica para as demais coronárias comprometidas. Conclusão: A utilização de distintas técnicas ecocardiográficas favorecem o diagnóstico da isquemia miocárdica, sua extensão e a conduta subsequente.
Palavras-chave: Artéria torácica interna esquerda;Eco de estresse; Strain; Contração pós sistólica;Reserva coronariana.

TL-002 (ID: 2001) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 14:10:00 às 14:20:00 | Auditório William Perdigão
Título: TAXA DE FILTRAÇAO GLOMERULAR COMO PREDITOR DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE

Autores: Vinícius Coelho Garcia (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Mariana Melo Gontijo (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Beatriz Feijó de Andrade (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Bianca Fernandes Távora Arruda (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Veras Porto (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Karoline Medina Néri (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli da Costa Lino (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Geraldo Bezerra Júnior (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 (DM2) é responsável pela maior parte das complicações atribuíveis a essa doença. Muitas das adversidades do DM2 são de origem vascular, quer sejam elas macrovasculares, como as doenças cardiovasculares (DCV), quer sejam microvasculares, como a Doença

Renal do Diabetes (DRD), que tem prevalência de 20 a 40% e forte associação com maior prevalência de doença arterial coronariana (DAC). O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre parâmetros de função renal e o risco cardiovascular (RCV) predito por escores de risco entre indivíduos com DM2 da Atenção Primária à Saúde (APS). Resultados e discussão: Este é um estudo transversal, em que foram avaliados, de Janeiro a Outubro de 2017, 128 indivíduos com DM2 sem DCV prévia, de 30 a 74 anos, que frequentavam uma unidade de APS de Fortaleza. Foram analisados 128 diabéticos, com média de idade de 56±10 anos. Cerca de 18% eram portadores de DRD, definida como taxa de filtração glomerular (TFG)<60ml/mL/min/1,73m2 e/ou microalbuminária≥30 mg/24horas, sendo que 50% estavam no estágio 1, 25% no estágio 2 e 25% estavam no estágio 3A. O nível médio de creatinina sérica foi de 0,77±0,20 mg/dL, a TFG média pelo método CKD-EPI foi de 92,79±17,24 mL/min/1,73m2 e a microalbuminúria média foi de 24,59±58,53 mg/24h. A estratificação do RCV dos participantes mostrou maioria de alto risco pelo Escore de risco de Framingham (ERF) usando frações lipídicas e usando o índice de massa corpórea (IMC) (68% e 78%, respectivamente) e maioria de baixo risco pelo escore UKPDS nas categorias DAC e acidente vascular encefálico (AVE) (81,3% e 78%, respectivamente). Houve associação significativa entre RCV mais elevado pelo ERF lipídios e menores valores de TFG (p=0,011), o que não foi evidenciado com a albuminúria (p=0,086) e com a creatinina sérica (p=0,132). O ERF IMC evidenciou risco elevado associado a valores mais reduzidos de TFG (p=0,022) e de microalbuminúria (p=0,001), mas não aos valores de creatinina plasmática (p=0,540). O UKPDS DAC apresentou risco elevado associado a menores valores de TFG (p=0,048), maiores valores de albuminúria (p=0,018) e de creatinina sérica (p=0,024), enquanto o UKPDS AVE evidenciou apenas relação de alto risco com valores menores de TFG (p=0,002). Conclusão: A maior parte dos indivíduos avaliados era de alto RCV pelos escores tradicionais (ERF lipídios e ERF IMC) e de baixo RCV pelo escore mais específico para a população diabética (UKPDS DAC e AVE). Na análise da associação entre os parâmetros de função renal e o risco cardiovascular predito pelos escores, mostrou-se que há uma grande associação entre RCV mais elevado e valores mais reduzidos de TFG para todos os escores avaliados, o que evidencia que a TFG pode e deve ser utilizada na prática clínica da atenção primária como um fator preditor de RCV mais elevado.

Palavras-chave: Taxa de filtração glomerular, Risco cardiovascular e Atenção primária à saúde.

TL-003 (ID: 1190) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 14:20:00 às 14:30:00 | Auditório William Perdigão

Título: Análise descritiva dos índices de morbimortalidade por cardiopatia reumática crônica no Ceará do ano de 2008 a 2018

Autores: Tainan Paula Lima (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Hyan Staytskowy Magalhães Martins (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Priscila Janiele de Lima Costa (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Emanuel Carneiro de Vasconcelos (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Colares Silva (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Pimentel Barbosa (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), José Roberto Gomes Francilino Filho (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Coelho Brito Dias (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Artur Queirós Azevedo (UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória sistêmica, cujo agente infeccioso é o Streptococcus B-hemolítico do grupo A. Assim como a FR, a cardiopatia reumática crônica (CRC) é uma complicação não supurativa da faringoamigdalite decorrente de uma resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. Através de dados obtidos pela plataforma DATASUS, o presente trabalho visa explicitar o impacto que a cardiopatia reumática crônica representa na saúde pública do estado do Ceará (CE), por meio do número de internações e óbitos por essa condição nas macrorregiões de saúde do estado no ínterim de 2008 a 2018. Resultados e Discussão: Nesse período, observou-se que a Região Nordeste (NE) apresentou o segundo maior número de internações por CRC do Brasil, um total de 23.287, que representa aproximadamente 27% das internações brasileiras, atrás apenas da Região Sudeste (SE). Das internações no NE, 3.913 foram realizadas no CE, terceiro estado da região em número de internações. Ademais, os gastos do país com a CRC totalizaram R$896.276.121,73, sendo o NE a segunda região que mais contribuiu com este valor, precedida novamente pelo SE. O CE foi responsável por 16,7% dos gastos da região. Nota-se que as regiões Sudeste e Nordeste, por serem as mais populosas do país, apresentam maior número de internações e consequentes gastos por CRC. Paralelamente, 78% das internações, bem como 228 dos 304 óbitos por CRC no CE ocorreram na macrorregião de Fortaleza, que alberga os hospitais de referência, concentrando os atendimentos no estado. No contexto cearense, o sexo feminino foi maioria tanto em internações, quanto em óbitos, representando 54% e 56% respectivamente. Em relação ao perfil etário no CE, ocorre expressivo aumento das internações a partir dos 20 anos de idade, com destaque para faixa de 40-49 anos que concentra a maior parte destas, cerca de 18%. Já em relação aos óbitos, o grupo de 50-69 anos representa aproximadamente 40% do total. Além disso, observou–se uma redução de 43% nas internações e de 53% nos óbitos no CE em 2018, quando comparadas a 2008. A redução

destes índices está relacionada a melhorias nas condições socioeconômicas das populações e melhor adesão a tratamentos preventivos (SOUZA, 2006), refletindo um padrão mundial, em que ocorre uma redução dos casos de doenças infectocontagiosas, acompanhada do aumento das patologias não transmissíveis. Conclusão: Apesar da queda dos níveis de morbimortalidade por cardiopatia reumática crônica no Ceará, tornam-se necessários maiores investimentos na prevenção e controle desta doença no estado, uma vez que ela ainda representa um importante problema de saúde pública, causando forte impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cardiopatia Reumática Crônica; Ceará ; Aparelho Cardiovascular.

TL-004 (ID: 1574) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 08:00:00 às 08:10:00 | Auditório William Perdigão
Título: CARDIOPATIAS EM PACIENTES COM A TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 18

Autores: Abraão de Freitas Pereira (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Josevaldo Monteiro Maia Filho (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Carolina Souza Silva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Camila Bringel (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Joyce Maria Malheiro Rodrigues (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Henrique Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil), Rosicleir Gois (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin, Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Síndrome de Edwards é uma doença genética causada pela trissomia do cromossomo 18, com prevalência de 1:6000 nascidos vivos, sendo, responsável por muitos abortamentos e mortes neonatais. Os aspectos clínicos mais comuns da doença incluem a fácies característica, dolicocefalia, micrognatia e posicionamento peculiar dos dedos das mãos, associados a atrasos graves no desenvolvimento. Ademais, as alterações cardiovasculares são extensas e presentes em quase todos os casos, constituindo importante causa de mortalidade. O objetivo deste estudo é descrever as características clínicas e as anomalias cardíacas de pacientes assistidos no serviço de genética de um hospital infantil terciário da rede pública, em Fortaleza, Ceará, de 2005 a 2019. Resultados e discussão: Foram acompanhados 31 pacientes, sendo 24 (77%) do sexo feminino 7 (22%) do sexo masculino. A média de idade dos pacientes à admissão era de aproximadamente 20 dias de vida, sendo que 64% dos pacientes eram menores de 1 mês. A idade gestacional média foi de 36 semanas e 22 dias, variando de 31 a 41 semanas. Entretanto, o peso ao nascer esteve entre 1kg e 3kg, com média de 2053g, e 25 pacientes (80%) apresentavam baixo peso. Todas as crianças incluídas possuíam cardiopatias, detectadas ao ecocardiograma. Tal achado é característico da síndrome, como apontado pela revisão realizada por Rosa et al. (2012), que evidenciou que os defeitos cardíacos são reportados em mais de 90% das autópsias. Nesse aspecto, 26 pacientes (83%) apresentavam comunicação interventricular e 20 (64%), comunicação interatrial. Em vários estudos, os defeitos septais foram os mais comuns, em especial os do septo interventricular (DENARDIN et al., 2015). A persistência do canal arterioso foi observada em 8 pacientes (25%), e a dilatação das câmaras cardíacas esteve presente em 4 (12%). Além disso, 3 possuíam forame oval patente, e evidenciou-se hipertensão pulmonar em 4 indivíduos. Observaram-se outras anomalias, tais como casos únicos de coarctação da aorta, dupla saída do ventrículo direito, dextrocardia, estenose da valva pulmonar, aneurismas no septo interatrial e na fossa oval, e transposição dos vasos da base. Dos pacientes avaliados, 15 (48%) evoluíram para óbito durante o período de internamento. Conclusão: Nos casos avaliados, observou-se maior predominância do sexo feminino, e elevadas taxas de baixo peso ao nascer. As cardiopatias mais comuns foram os defeitos dos septos interatrial e interventricular, além da persistência do canal arterioso. Anomalias graves, muitas vezes fatais, foram observáveis na maioria dos indivíduos. Apesar de apresentar elevada letalidade, crianças com Síndrome de Edwards podem sobreviver alguns anos, e a assistência multidisciplinar é necessária, em especial na adoção de cuidados paliativos. A avaliação cardiovascular cuidadosa, portanto, é essencial no cuidado desses pacientes.

Palavras-chave: Trissomia do 18, Síndrome de Edwards, Cardiopatias congênitas, Defeitos dos septos cardíacos.

TL-005 (ID: 1860) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 08:10:00 às 08:20:00 | Auditório William Perdigão
Título: ACHADOS ECOCARDIOGRAFICOS NA MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO II

Autores: Ana Carolina de Souza e Silva (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Abraão de Freitas Pereira (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Camila Bringel (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Josevaldo Monteiro Maia Filho (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Sérgio Rubens Lacerda Morais (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Henrique Gonçalves Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE,

Brasil), Augusto César Cardoso dos Santos (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin , Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Caracterizada como uma desordem de armazenamento lisossomal multissistêmica recessiva ligada ao cromossomo X, a mucopolissacaridose II (MPS II) é causada pela atividade deficiente da iduronato-2-sulfatase, que catalisa uma etapa sequencial no catabolismo de glicosaminoglicanos (GAGs), sulfato de heparano e sulfato de dermatan. MPS I, II e VI são aqueles com o envolvimento cardíaco mais grave, já que o armazenamento cardíaco de GAGs envolve válvulas, músculo cardíaco e vasos (particularmente as artérias coronárias), e pode ser específico em relação a diferentes tipos de MPS e defeitos enzimáticos. O objetivo do trabalho foi descrever as alterações cardiológicas presentes na MPS II de pacientes nascidos de 1991 a 2019 em um hospital infantil terciário da rede pública. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Foram analisados os prontuários de 24 pacientes com diagnóstico clínico de MPS II. Todos os pacientes eram do sexo masculino, sendo 12 (50%) procedentes de Fortaleza e os restante de cidades do interior do Ceará. Os achados ecocardiográficos mostraram prevalência de regurgitação mitral (12), espessamento mitral (10), regurgitação aórtica (9), seguida de insuficiência mitral (8) e espessamento aórtico (6). Além disso, 5 apresentaram insuficiência aórtica, e evidenciou-se estenose mitral e aumento de ventrículo esquerdo em 4. Observaram-se outras anomalias, tais como estenose aórtica, persistência do canal arterial, estenose pulmonar e dilatação de aorta. Esses achados corroboram com estudos de BOFFI et al., 2018 e BRAUNLIN et al., 2011 em que os acometimentos valvares são notáveis em pacientes com MPS I e II, por conta do acúmulo de GAGs. Dos pacientes avaliados, 7 (29%) evoluíram para óbito durante o período de internamento e um está em cuidados paliativos. CONCLUSÃO: Nos casos avaliados, observaram-se somente pacientes do sexo masculino, com prevalência de regurgitação mitral nos achados ecocardiográficos. Este exame é padrão ouro para o diagnóstico de envolvimento cardíaco na MPS. Atualmente está mais acessível aos pacientes do SUS, facilitando a avaliação cardíaca no momento do diagnóstico. Mesmo em idade pediátrica, alterações valvares geralmente têm um início precoce, às vezes uma progressão rápida e um alto grau de complexidade anatômica. Assim, intervir mais precocemente é essencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir a morbimortalidade.

Palavras-chave: Mucopolissacaridose II; Ecocardiografia; Insuficiência da Valva Mitral.

TL-006 (ID: 1845) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 08:20:00 às 08:30:00 |
Auditório William Perdigão

Título: RELATO DE CASO DE UMA PACIENTE COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA, ASSOCIADO A ANTICOCEPCIONAIS HORMONAIS

Autores: Ana Darcia Sousa (Unifametro, Fortaleza, CE, Brasil), Synara Fatima Bezerra (Unifametro, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A Trombose Venosa é causada por formações de trombos, ou coágulos, que podem apresenta-se, no sistema nervoso periférico, incluindo MMII, ou sistema nervoso central. Vários estudos demonstram que os anticoncepcionais hormonais orais, intramuscular, apresentam risco de desenvolvimento a TVP, devido a sua alta dosagem de estrógeno e a progesterona, que afetem o fator de coagulação. A saúde sexual e reprodutiva, é um direito de todas as pessoas, direitos este adquiridos através de lutas, advindas de vários encontros mundiais, na qual os Direitos Humanos, participam ativamente destes encontros, estabelecendo que além dos direitos básicos da vida, os homens e melhores pudessem usufruir do direito a saúde sexual e reprodutiva. Dentre os direitos reprodutivos, ambos os sexos, tem direito de decidirem de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. RESULTADOS/DISCUSSÕES: A.P.S 20 anos, feminina, nega tabagismo, relata ingesta de álcool ocasionalmente, nega história familiar de tromboembolismo, filha única, informa que procurou a unidade básica para o planejamento familiar, pois já estava com seu parceiro há 6 meses, e estava com medo de uma gravidez não desejada. Após a consulta com a equipe de sua área, a paciente informa que a equipe detalhou na consulta sobre os risco e benefícios do medicamento e contraindicação, no qual foi prescrito o anticoncepcional de Solução injetável de 150 mg + 10 mg, embalagem com 1 ampola de 1 ml, uso intramuscular, contraceptivo de uso mensal. Após 20 dias da utilização do medicamento, paciente apresenta, no membro inferior direito, edema, hiperemia, veias dilatadas, aumento da temperatura no membro afetado, dor e sensação de peso. Após procura de serviço médico de seu município, a mesma já foi transferida para serviço de atendimento secundário, internada com hipótese diagnóstica de Trombose Venosa Profunda associada a uma possível causa a anticoncepcional administrado anteriormente. No hospital foi prescrito medicamento, como Marevan 5mg, Cloroquina 150mg, e tramal 50mg, ao exame físico apresentava P.A 130/80 mmHg afebril, eupneica, acianótica, anictérica, porém ainda com persistência do edema. Foi realizado exames complementar para auxiliar no diagnóstico ultra-sonografia com doppler, do membro afetado. Após sete dias de tratamento, paciente recebe alta, apresentando melhora no seu quadro clinico inicial. CONCLUSÕES: Diante do caso citado acima é muito importante que as equipes multipro-

fissionais, desde a atenção básica até o serviço terciário, tenham os conhecimentos dos riscos, benefícios da utilização de métodos contraceptivos, para evitar possíveis complicações a população, e diminuição de gastos do serviço público, através de atendimentos mais especializados

Palavras-chave: Trombose Venosa Profunda. Anticoncepcionais. Saúde Sexual e Reprodutiva.

TL-007 (ID: 1040) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 14:00:00 às 14:10:00 | Auditório William Perdigão
Título: Monitoramento Remoto de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis em pacientes com Insuficiência Cardíaca

Autores: Maria Eduarda Quidute Arrais Rocha (Unifor- Universidade de Fortaleza, FORTALEZA, CE, Brasil), Maria Victoria Pessoa Freire (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Dante Aguiar Bonorandi Filho (Unifor-, FORTALEZA, CE, Brasil), Guilherme Van der LInden Fialho (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Fernanda Pimentel Arraes Maia (UFC-Sobral, FORTALEZA, CE, Brasil), Rebeca Viana Brígido de Moura (UFC-CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Francisco Daniel Cavalcante Vidal (UFC-CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Jeruza Mara de Oliveira Lima (UFC-CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Eduardo Arrais Rocha (UFC-CE, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução. O monitoramento remoto de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis(DCEI) em pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) pode oferecer uma nova abordagem no seguimento e tratamento destes pacientes, reduzindo o número de visitas médicas, internações, choques inapropriados, oferecendo maior segurança e possibilitando a detecção precoce de arritmias. Objetivo. Avaliar os benefícios do monitoramento remoto dos DCEI em portadores de ICC. Metodologia e Casuística.Estudo de Coorte, prospectivo, descritivo, envolvendo um grupo 38 pacientes com ICC e portador de DCEI, sendo 5 marca-passos(MP) uni ou bicamerais (MP), 3 MP multi-sítios ressincronizadores (TRC), 23 desfibriladores (CDI) e 7 marca-passos multi-sítios com desfibriladores associados (TRC-D). 27 eram do sexo masculino, 11 do sexo feminino, com idade média de 71,0± 17,0 anos e fração de ejeção média de 45,0± 12,0 %. Foram analisados os seguintes parâmetros: 1- problemas nos eletrodos ou bateria; 2- Arritmias supra-ventriculares; 3- Arritmias ventriculares;4-Impedância torácica inferindo congestão pulmonar; 5- Percentual de arritmias;6- Percentual de estimulação biventricular;7-Percepção de segurança pelo paciente. 12 (32%) moravam fora da área do centro investigador. O teste de Mann Whitney e o teste Exato de Fischer foram usados quando apropriados.Resultados. Foram detectados eventos em 73,6% (28/38) dos pacientes no grupo estudado, sendo 7 problemas nos eletrodos ou bateria; 19 Arritmias supra-ventriculares; 11 taquicardia ventricular/presença de terapias dos CDI; 03 alterações na Impedância torácica; 04 elevação no percentual de arritmias; 02 queda no percentual de estimulação biventricular. 34 (89%) pacientes referiram ter maior sensação de segurança com o monitoramento remoto. 24 (63%) pacientes necessitaram mudanças de conduta no tratamento com os achados no monitoramento remoto em tempo médio de seguimento de 33±22 meses. Não houve diferença no tempo médio de seguimento entre os grupos com evento (30,21± 21,7) e sem evento (39,0 ± 23,1) (p=0,2327) ou diferenças na ocorrência de eventos e a fração de ejeção <35 % (p=0,69). Conclusão. O monitoramento remoto de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis em pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva mostrou ser um importante aliado no manuseio e seguimento clínico destes pacientes, determinando mudanças de condutas mais precoce e aumentando a segurança.

Palavras-chave: Monitoramento remoto, Marcapasso.

TL-008 (ID: 1967) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 14:10:00 às 14:20:00 | Auditório William Perdigão
Título: RELAÇAO ENTRE DISFUNÇAO RENAL E TEMPO DE INTERNAÇAO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Autores: GABRIEL DE LUCAS PERES (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), GABRIEL LUAN BATISTA DE ÁVILA (UFC, JUAZEIRO, BA, Brasil), ANTÔNIO LUCAS DE ALBUQUERQUE SABÓIA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JHONYSON ANTÔNIO OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA, CE, Brasil), VANESSA TAVARES ARAGÃO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), CAMILA DE OLIVEIRA GREGÓRIO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) consiste-se em uma síndrome clínica de acometimento multisistêmico, culminando com aumento de internações em regime hospitalar e redução da qualidade e expectativa de vida. Neste contexto, a falência da função renal é um processo concomitante frequente em pacientes internados por descompensação aguda de IC. Objetivos: Avaliar a linearidade entre o grau de disfunção renal e aumento no período de internação em unidade

de terapia intensiva (UTI) em pacientes admitidos por descompensação de quadro de IC crônica. Material ou Paciente: Estudo de caráter transversal, realizado em pacientes internados nos serviços de UTI de um hospital terciário referência em doenças cardiovasculares na região Norte do Ceará. Métodos: Foram analisados um total de 160 pacientes, no período de 1 de abril a 31 de dezembro de 2017, para os quais foi calculado o ritmo de filtração glomerular estimado (RFG-e) por meio da fórmula de Cockroft-Gault e posteriormente rotulados em 5 estágios em conformidade com os valores obtidos (Estágios 1 a 5). Por subsequente foi feito o acompanhamento do tempo total de permanência em UTI. A comparação entre as variáveis categóricas, foi realizada pelo teste de x de Pearson, enquanto que para a comparação das médias entre grupos utilizou-se o teste t de Student. O cálculo de significância estatística foi feito com base no programa Epi Info 7.1.5. Considerou-se nível de significância de p<0,05. Resultados: Pacientes com RFG-e > 90ml/min (estágio 1), permaneceram, em média, 4,1 dias em UTI (p<0,01); enquanto que a permanência média de internação nos estágios 2 (RFG-e 60-89ml/min) e 3 (RFG-e 30-59ml/min), foi de 4,75 (p<0,01) e 4,86 dias (p<0,01), respectivamente. Nos casos com função renal extremamente comprometida (RFG-e <30ml/min), evidenciada nos estágios 4 e 5, as respectivas médias de permanência foram de 5,85 (p<0,01) e 5,89 dias (p<0,01). 71,29% dos pacientes em estágios 4 e 5 passavam mais de 4 dias internados, enquanto que 50,4% dos casos com RFG-e ≥30ml/min (estágios 1,2 e 3) apresentaram internação superior a 4 dias. Conclusão: Em decorrência dos resultados apresentados, infere-se que a disfunção renal é um fator determinante para o tempo de internação em UTI, sendo este proporcional à piora da função dos rins.

Palavras-chave: DISFUNÇÃO RENAL, INSUFICIÊRNCIA CARDÍACA, TERAPIA INTENSIVA.

TL-009 (ID: 1042) | Área: Intervencionista
Data: 23/08/2019 | Horário: 14:20:00 às 14:30:00 | Auditório William Perdigão
Título: Morbimortalidade dos Hiper-Respondedores à Terapia de Ressincronização Cardíaca em 9 anos de seguimento

Autores: Maria Eduarda Quidute Arrais Rocha (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Dante Aguiar Bonorandi Filho (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Maria Victoria Pessoa Freire (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Guilherme Van Der Linden Fialho (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Rebeca Viana Brigido de Moura (UFC CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Francisco Daniel Cavalcante Vidal (UFC CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Fernanda Pimentel Arraes Maia (UFC SOBRAL, FORTALEZA, CE, Brasil), Jeruza Mara de Oliveira Lima (UFC CE, FORTALEZA, CE, Brasil), Eduardo Arrais Rocha (UFC CE, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento. A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) promove remodelamento ventricular e melhora o prognóstico de 70 % dos pacientes com Bloqueio de ramo, fração de ejeção (FE) ≤ 35 % e Insuficiência cardíaca. A sobrevida em 5 anos desta população pode ser menor que 35 % no grupo sem terapêutica adequada. Apesar da gravidade, alguns pacientes após à TRC evoluem com normalização da função cardíaca, sendo denominados Hiper ou Super-respondedores. Objetivo. Avaliar a evolução a longo prazo e a mortalidade dos hiper-respondedores (HR) à TRC. Metodologia e Casuística. Estudo de coorte, observacional, prospectivo, envolvendo 146 pacientes consecutivamente submetidos à TRC. O teste exato de Fisher e o teste de Mann-Whitney foram usados para comparação das variáveis quando apropriados. Foram considerados Hiper-respondedores, os pacientes com FE > 50 % e Classe Funcional (CF) I / II (New York Heart Association) após a TRC. Os demais pacientes foram denominados de Não Hiper-Respondedores (NHR). O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário, tendo os pacientes assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Resultados. Foram observados 24 pacientes HR (16,4%) de 146 pacientes do estudo. Quando comparados aos demais pacientes (NHR), os HR predominaram no sexo feminino (58,3% x 22,8%; p=0,002), com maior FE basal (31% x 26,9%; p=0,0003), maior índice de massa corporal (IMC - 26,8 ± 4,6 x 25,5 ± 3,9; p=0,013) e menores diâmetros diastólicos do ventrículo esquerdo (65,9mm x 72,6 mm; p=0,0032). No grupo HR, ocorreram 45,8 % de óbitos (11/24) em 113 ± 38 meses, sendo 12,5% óbitos (3/24) nos primeiros 34,0 ± 17,9 meses. As causas de mortalidade foram: Cardíaca em 5 pacientes (45,5%) e outras causas diversas em 6 pacientes (54,5%), tendo portanto, 5 pacientes dos 24 HR (20,8%) falecidos de causa cardíaca. Em 13 pacientes (54,1%) houve recidiva da disfunção do VE, sendo 3 pacientes (23%) nos primeiros 2 anos e 10 pacientes (77%) mais tardiamente. A CF permaneceu I/II em 18 pacientes (75%) dos HR. Conclusão. Os pacientes Hiper-Respondedores à Terapia de Ressincronização Cardíaca apresentam excelente sobrevida em seguimento de muito longo prazo, sendo as etiologias não cardíacas as principais causas de mortalidade.

Palavras-chave: Terapia de ressincronização cardíaca, Hiper respondedor.

Temas Livres E-Pôster

EP-001 (ID: 1178) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV01
Título: CARDIOMIOPATIA PERIPARTO EM UMA PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Autores: Alicy Antônia da Silva Araújo Freitas (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Gustavo Igor Marques Rodrigues (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Antônio Erisvaldo Linhares Ponte Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana Leao Moraes (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A Cardiomiopatia Periparto (CPM) é uma insuficiência cardíaca de etiologia desconhecida, ocorrendo nos últimos meses de gestação até o período pós-parto, principalmente nas primeiras semanas pós-parto. A presença de sinais e sintomas da CPM pode confundir com as alterações fisiológicas do período gestacional, sendo o diagnóstico muitas vezes atrasado. Portanto, a necessidade do reconhecimento precoce da patologia em questão é fundamental para diminuição das taxas de mortalidade. RESULTADO E DISCUSSÃO: F.L.C, sexo feminino, 17 anos, solteira, do lar, procedente de Fortaleza. Paciente previamente hígida, refere que 21 dias após o parto iniciou dispneia aos pequenos esforços e ortopneia, associados a náuseas e vômitos. Buscou atendimento médico, em que foi internada e diagnosticada com anemia e derrame pleural. Durante o internamento, evoluiu com edema de membros inferiores. Permaneceu 2 semanas internada. Após a alta hospitalar, relata que os sintomas reapareceram com piora do quadro clínico, fazendo com que buscasse a emergência do Hospital de Messejana. Nega febre ou hemoptise. Negava medicações de uso contínuo. G3P1A3, tendo sífilis em 2 gestações prévias. Nega etilismo e tabagismo. Ao exame: EGR; AAA; FC: 135 bpm; FR: 32 irpm; SatO2: 86% em ar ambiente; AC: RCR, 2T, BNF, SS; AR: MVU +, com crepitações em base direita; Extremidades: pulsos presentes e filiformes, sem edema ou cianose. Exames complementares: Eletrocardiograma: taquicardia sinusal com presença de S1Q3T3; Ecocardiograma: Fração de ejeção do ventrículo esquerdo: 16% (Teicholz), PSAP: 52 mmHg, disfunção sistólica dos ventrículos esquerdo e direito, veia cava inferior congesta e hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo; Radiografia de tórax: cardiomegalia. Foi solicitado parecer da equipe de transplante cardíaco. Os mecanismos que levam à disfunção cardíaca na CPM permanecem indefinidos, porém o aumento do estresse oxidativo, o desequilíbrio da angiogênese e as reações inflamatórias têm sido propostos. Em relação aos fatores de risco, idade materna avançada, multiparidade, raça negra, obesidade, pré-eclâmpsia e o abuso de cocaína e tabaco são descritos na literatura. No tocante aos sintomas, esses pacientes tendem a apresentar sinais de insuficiência cardíaca direita e esquerda, como distensão venosa jugular, ritmo de galope, estertores, ascite e edema periférico. Além disso, como a gravidez e o período de pós-parto são estados de hipercoagulabilidade, alguns pacientes podem apresentar hemoptise secundária à embolia pulmonar e/ou sintomas neurológicos decorrentes de um evento cerebrovascular agudo. No que diz respeito ao diagnóstico, é necessário a presença de sinais clínicos de insuficiência cardíaca e uma ecografia que demonstre uma FEVE ≤ 45%. CONCLUSÃO: A CPM é um distúrbio raro e bastante grave, porém, muitas vezes, sendo diagnosticada tardiamente, o que tem contribuído para as altas taxas de mortalidade e morbidade.
Palavras-chave: Cardiomiopatia Periparto; Insuficiência Cardíaca; Pós-parto.

EP-002 (ID: 2018) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV01
Título: ESCORE DE MORISKY-GREEN COMO INDICADOR DE RISCO PARA DESCOMPENSAÇAO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: CAMILA DE OLIVEIRA GREGÓRIO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), FERNANDO FURTADO DE MELO NETO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamentos: A não adesão ao tratamento medicamentoso persiste como uma das principais causas de readmissão hospitalar por descompensação aguda da Insuficiência cardíaca (IC), contribuindo para aumento da mortalidade. Objetivos. Identificar correspondência entre não adesão à medicação por meio do Escore de Morisky-Green e internação por IC descompensada em pacientes. Material ou Paciente: Estudo transversal realizado em pacientes admitidos nos serviços de UTI do Hospital Padre José Linhares Pontes de Sobral (CE), com diagnóstico de IC, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2018. Métodos: A amostragem total contou com 453 pacientes portadores de IC, os quais foram submetidos a processo de seleção, excluindo do estudo pacientes com causas aparentes para

descompensação que não a má adesão medicamentosa, como processo infeccioso, manifestações arritmogênicas, anemia, gravidez, cardiopatia valvar e consumo de bebidas alcóolicas; além dos pacientes com algum grau de comprometimento cognitivo, perfazendo um total de 309 pacientes descartados (68,21%). Os 144 pacientes restantes foram submetidos a interrogatório à beira do leito baseado no questionário de Morisky-Green, visando estabelecer diferentes graus de adesão à medicação (baixa, moderada e alta), conforme respostas positivas ou negativas para 4 itens direcionados à adesão terapêutica (0 e 1ponto= baixa adesão; 2 e 3 pontos= moderada adesão; 4 pontos= alta adesão). As variáveis obtidas foram calculadas por meio do teste de x de Pearson, teste t de Student e o programa epiinfo para cálculo de significância estatística (nível de significância de $p < 0,05$). Resultados: Dos 144 pacientes remanescentes, 88 (61,11%) enquadravam-se no grupo de má adesão terapêutica, enquanto que 42 (29,17%) como moderada adesão e 14 (9,72%) pontuando como alta adesão medicamentosa. (valor de $p < 0,01$). Conclusão: Em conformidade com os dados acima mencionados, pode-se caracterizar a má adesão ao tratamento medicamentoso como fator determinante para descompensação aguda de quadro crônico da IC, perfazendo uma significativa parcela dentre todas as causas de descompensação.

Palavras-chave: adesão, icc, descompensação.

EP-003 (ID: 2019) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV01
Título: FIBRILAÇAO ATRIAL COMO FATOR DETERMINANTE NO AUMENTO DO PERIODO DE PERMANENCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Autores: fernando furtado de melo NETO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução. A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia prevalente em portadores de insuficiência cardíaca (IC), sendo uma causa comum de descompensação aguda e internação em ambiente hospitalar, frequentemente em unidades de terapia intensiva (UTI). Enquanto que a concomitância da IC e FA associa-se com maiores desfechos negativos, como tromboembolismo cerebral e óbito, a longa permanência em UTI predispõem a maior risco de sobreposição de infecções por microrganismos altamente resistentes, elevando a morbimortalidade geral. Objetivos. Avaliar o impacto da FA no tempo total de permanência em UTI em pacientes com descompensação aguda de quadro de IC. Metodologia. Estudo transversal, com 524 pacientes admitidos em hospital cardiológico por IC descompensada, no período de 01 de fevereiro a 14 de dezembro de 2018. As informações foram obtidas a partir dos prontuários dos pacientes, armazenados no serviço de arquivo médico e estatística do hospital. Com intuito de evitar possíveis vieses de confusão, a amostra total foi submetida a dois processos de eliminação. No primeiro, realizou-se a exclusão do estudo de pacientes portadores de doença renal crônica, diabetes melito e/ou outra doença sistêmica (186 pacientes). No segundo foram selecionados apenas pacientes de mesmo perfil hemodinâmico à admissão, sendo o de escolha o perfil quente/congesto devido sua maior prevalência. Os 218 pacientes remanescentes foram agrupados quanto a presença ou ausência de FA, sendo monitorado para ambos os grupos o tempo total de permanência na terapia intensiva. Para comparar médias entre grupos, foi utilizado o teste t de Student. O cálculo da significância estatística foi realizado na plataforma EpiInfo, utilizando um nível de significância de $p < 0,05$. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Protocolo n 1.957.872. Resolução nº 466. Resultados. Do total de 218 pacientes analisados, 64 (29,35%) apresentaram FA. Nesse grupo, o tempo de permanência média em UTI foi de 5,38 dias; com mediana de 5 dias. No grupo sem FA a permanência média foi de 4,26 dias; e mediana de 4 dias (valor de $p < 0,01$). Conclusão. Na amostra estudada foi constatada que a presença de FA é fator preditor para maior período em UTI nos pacientes com IC descompensada, em média aproximada de 1 dia a mais de exposição aos riscos da unidade intensiva. Percebe-se, portanto, a importância do controle dessa arritmia no manejo clínico do paciente com IC.

Palavras-chave: ICC, FA, TERAPIA INTENSIVA.

EP-004 (ID: 1968) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV01
Título: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO COM COMPROMETIMENTO CARDIACO

Autores: Camila Ribeiro Rôla (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), Aline Barbosa Lima (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), Bianca Lopes Cunha (HGF, Fortaleza, CE, Brasil), Lara Mattos Brito Silva (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), Mariella Almeida Moreira (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: JUSTIFICATIVA: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica autoimune do tecido conjuntivo, de etiologia multifatorial, podendo acometer múltiplos órgãos (articulações, pele, células, vasos sanguíneos, rins e cérebro). O acometimento cardiovascular é comumente encontrado a longo prazo e tem importância significativa na morbimortalidade e no prognóstico do doente, sendo as manifestações mais prevalentes, doença coronariana, doenças do miocárdio e pericárdio, e ainda, serve como guia da necessidade de terapêutica imunossupressora. RELATO DE CASO: Mulher, 25 anos, há 2 anos com quadro de prostração, hiporexia, artralgia de médias e pequenas articulações, alopecia não cicatricial, prurido disseminado, rash malar que piorava com exposição solar, perda de peso de 18kg em 6 meses,

e eventuais quadros febris, procurou atendimento medico e foi diagnosticada com LES, iniciando tratamento com Hidroxicloroquina 400mg/dia; Prednisona 20mg/dia, com melhora dos sintomas. Um ano após, ao tentar redução dessas medicações, iniciou um quadro vômitos diários, pós prandiais com restos alimentares, sem sangue ou muco, associado a um episódio de febre, plenitude gástrica, hiporexia e dor abdominal em hipocôndrio direito. Evoluiu em 3 dias, com resolução de tais sintomas mas apresentando edema generalizado, dispneia aos pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Com esse quadro procurou auxilio médico em um Hospital de Fortaleza. Ao exame físico, encontrava-se hipotensa, creptos em terço médio dos pulmões, turgência jugular, refluxo hepatojugular e edema MMII 4+/4. A conduta inicial baseou-se em medidas para alivio dos sintomas congestivos (Furosemida + VNI + Betabloqueador + Digoxina + IECA + Diurético) e investigação etiológica de descompensação do LES, buscando possíveis etiologias renais (nefrite lúpica) ou cardíacas (miocardite ou pericardite?). Descartada a hipóstese de nefrite lúpica em atividade. Ao ECOTT, foi evidenciado hipertensão pulmonar severa, porém AngioTC tórax descartou TEP agudo/crônico. Devido a hipótese de miocardite lúpica (ECG com sobrecarga das câmaras, troponina negativa, CKMB positiva) paciente foi pulsada com prednisona 1mg/kg por 5 dias, tendo evoluído com importante melhora clinica, porém persistência de Hipertensão pulmonar grave associada a insuficiência tricúspide severa ao ECOTT. Paciente conduzida com hipertensão pulmonar tipo 1 de etiologia lúpica com proposta de cateterismo direito para guiar terapêutica. CONCLUSÃO: Acometimento cardíaco no lúpus pode ser leve, manifestando-se como derrame pericárdico, à grave, se apresentando como miocardite lúpica/ insuficiência cardíaca aguda. A avaliação clinica correta complementada com ECOTT permitiu identificar sinais de descompensação cardíaca direita e esquerda agudas e complicadas com hipertensão pulmonar graves e que devem guiar o tratamento com imunossupressor.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Hipertensão pulmonar; Doença autoimune; Acometimento cardiovascular.

EP-005 (ID: 1114) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV01
Título: A INSUFICIENCIA CARDIACA (ICC) EM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC), CURSA MUITO MAL, RESULTANDO EM UM NUMERO MAIOR DE HOSPITALIZAÇOES

Autores: JOSE MARIA BONFIM MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), ISABEL MARIA BONFIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), ROSANE ALICE BONFIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), HELMUT POTI MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), MAGGY POTI MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: FUNDAMENTOS: Temos poucos dados sobre as taxas de hospitalizações por ICC em pacientes portadores de IRC. Pouco encontramos na literatura pacientes neste perfil. OBJETIVOS: Nós examinamos através deste estudo, as taxas de internações por ICC, re-hospitalizações dentro de um universo de pacientes portadores de IRC em variáveis progressões. MÉTODOS: Este estudo foi realizado no setor de Ecocardiograma do HGF de Fortaleza, de setembro de 2016 a setembro de 2018. 120 pacientes, 40 do sexo masculino e 60 do sexo feminino, portadores de IRC. Diagnostico realizado através da Creatinemia (Cr), Filtração Glomerular (FG) Foram divididos em 3 (três) grupos. Grupo A: pacientes C 6, FG 45-60; Grupo B: pacientes com Cr entre 6 a 12, FG <45 ML/MIN; Grupo C: paciente em hemodiálise em fila de transplante. Eram dosados: Depuração de Cr, Microalbuminuria e eletrólitos. Todos pacientes eram submetidos a Ecocardiograma 2D com aferição da Fração de Ejeção (FE), Stroke Volume(SK) e Débito Cardiaco(DC) e Indice Cardiaco (IC). Cada paciente tinha de realizar pelo menos dois exames, de acordo com as novas re-hospitalizações. RESULTADOS: As taxas de hospitalizações foram maiores nos pacientes com baixa FG > 45 ml/min/ e ICC. O ponto de corte para a gravidade da IC foi FE < 40%. Os pacientes do Grupo C com FE > 35% tiveram uma mortalidade maior do que todos 35% (p< 0,0501) As taxas de hospitalizações por ICC teve taxa de 25,4 % . Em dois anos de estudo a progressão da IRC foi associada a maiores riscos. Usamos o Hazard ratio(RR) ,sendo 1 hospitalização 1,93: ICC 95%; 1,38 A 2,67; mais hospitalizações HR: 2,14; ICC : 1,30 a 3,54. Nos óbitos por todas as causas: 1 hospitalização HR 2,23: ICC 1,7 A 2,8; DUAS ou mais: HR 3,08; ICC 2,3 a 4,19. CONCLUSÃO: Dentro de um grupo de IRC as taxas de hospitalizações e de re-hospitalizaçoes foram maiores em pacientes com IRC e ICC mais graves. A ICC cursa muito mal na presença de IRC. Embora não seja o objetivo deste trabalho, mas os pacientes melhoraram de sua Fe (p< 0,005) após a realização de transplante renal. A prevenção e o tratamento da ICC deve ser prioritárias e vistas com maior cuidado nos pacientes portadores de IRC.

Palavras-chave: INSUFICIENCIA CARDIACA;INSUFICIENCIA RENAL CRONICA;INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

EP-006 (ID: 1955) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV01
Título: ANEMIA EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA: AUMENTO DA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR

Autores: BRENO COTRIM REIS (UFC , GUANAMBI, BA, Brasil), JHONYSON ANTONIO OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA DO NORTE, CE, Brasil), WYLSTON MORAES CALDAS FILHO (UFC, PARNAÍBA, PI, Brasil), GABRIEL DE LUCAS PERES (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LEANDRO

CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), FERNANDO FURTADO DE MELO NETO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), PAULO CARVALHO XIMENES ARAGÃO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LARA VIANA DE PAULA CABRAL (UFC, fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A anemia constitui-se uma frequente comorbidade em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC), relacionando-se com o aumento do número de desfechos de pior prognóstico em pacientes descompensados, aumentando, também a mortalidade. OBJETIVOS: Avaliar a relação entre anemia e mortalidade em pacientes com IC descompensada. MÉTODOS: Este é um estudo do tipo transversal, realizado com paciente internados na UTI do Hospital do Coração Padre José Linhares Ponte, em Sobral-CE, por descompensação aguda de IC, no período 01 de Janeiro de 2016 e 31 de Abril de 2019. Após a assinatura de um termo de consentimento, os pacientes foram agrupados quanto à presença ou não de anemia – sendo considerado como valor de referência em homens a hemoglobina sérica inferior a 13g/dL e, em mulheres, inferior a 12g/Dl. Os pacientes foram acompanhados de forma longitudinal durante a internação, podendo-se, dessa forma, constatar aqueles que evoluíram para óbito e aqueles que evoluíram para alta. Foram incluídos no estudo 433 pacientes com IC descompensada, sendo que, destes, 185 (42,8%) possuíam anemia e os outros 248 (57,2%) não. Para a comparação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o x de Pearson, com correlação de continuidade quando necessário. Para comparar médias entre grupos, foi utilizado o teste t de Student, conforme fossem respeitados ou não os pressupostos paramétricos. Para isso, utilizou-se a plataforma Openepi para calcular os dados e identificar a sua significância estatística, utilizando-se um nível de significância de $p < 0,05$. RESULTADOS: Foi constatado que no grupo que tinha anemia, 42 (22,7%) evoluiu para óbito intra-hospitalar e os outros 143, ou permaneceram internados até o presente estudo, ou receberam alta hospitalar; enquanto que no grupo sem anemia, o total de óbitos foi 8 (3,2%) e os demais 240 ou foram de alta hospitalar, ou permaneceram internados até o momento do estudo. CONCLUSÃO: Constatou-se, portanto, que a presença de anemia aumentou substancialmente a mortalidade dos pacientes com IC descompensada do estudo, que, geralmente, possuíam quadro clínico de maior gravidade, com piora do débito cardíaco em decorrência da anemia.

Palavras-chave: anemia, mortalidade, insuficiência cardíaca.

EP-007 (ID: 1144) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV01
Título: HABITOS DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA AVALIADOS PELO PROGRAMA DE BOAS PRATICAS CLINICAS

Autores: Francisco Ariel Santos da Costa (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Fabiene Lima Parente (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Paloma Custódio Francelino (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Joaquim David Carneiro Neto (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa (Hospital do Coração de Messejana, Sobral, CE, Brasil), Dafne Lopes Salles (Hospital do Coração de Messejana, Sobral, CE, Brasil), Fabiara Lima Parente (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares figuram no cenário nacional e internacional como as principais causas de morbimortalidade em pacientes de forma heterogênea, em aproximadamente um terço dos óbitos. Estas afecções são um conjunto de patologias que acometem o sistema cardíaco em suas diferentes funções, sendo a Doença Arterial Coronariana (DAC) uma delas e que levam a desfechos graves e eventos cardiovasculares maiores como a morte por Infarto Agudo do Miocárdio. A autonomia do paciente portador de DAC no seu processo saúde-doença faz parte de um dos aspectos essenciais para o êxito na adesão ao tratamento, seja medicamentoso, seja de adesão de boas práticas à saúde, sendo o desconhecimento do impacto dos fatores de risco modificáveis o obstáculo principal para comportamentos negligentes e de risco. Este estudo se propôs a avaliar os hábitos de vida de 255 pacientes com esta patologia, internados no Hospital do Coração de Messejana: Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, no período de 2016 à 2018, recrutados a partir do instrumento Care Report Form (CRF) do Programa de Boas Práticas Clínicas (BPC), projeto multicêntrico com o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e American Heart Association (AHA). RESULTADOS/DISCUSSÃO: Quanto aos hábitos de vida, foi possível observar que 63,6% fazem ou já fizeram uso de cigarro, 50,2% fazem ou já fizeram uso de bebida alcoólica e 3,2% fazem ou já fizeram uso de algum tipo de droga ilícita, não sendo especificadas quais. Quanto à realização de atividades físicas, excluindo-se atividades laborais, apenas 10,2% informaram realizar algum tipo de exercício, já com duração maior ou igual a 30 minutos apenas 9% destes, observou-se também significativa queda (apenas 3,5%) quanto se estas atividades seriam realizadas três ou mais vezes durante a semana. CONCLUSÃO: Foi possível observar que grande parte da amostra analisada é adepta de práticas deletérias e fatores de risco para o surgimento e progressão da DAC, bem como foi evidenciado a baixa adesão de boas práticas de autocuidado, fatores que estão diretamente relacionados ao processo de adoecimento cardiovascular.

Palavras-chave: Doença da artéria coronariana; Doenças cardiovasculares; Autocuidado.

EP-008 (ID: 1215) | Área: Intervencionista
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV01

Título: USO DA OXIGENAÇAO POR MEMBRANA EXTRA-CORPOREA COMO SUPORTE HEMODINAMICO E RESPIRATORIO EM UM PACIENTE SUBMETIDO A PLASTIA DE VALVULA MITRAL E TRICUSPIDE: RELATO DE CASO

Autores: Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital de messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital de messejana , Fortaleza, CE, Brasil), Karina de Vasconcelos Norões (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana Leão Moraes (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Saullo Alcântara Mendes (Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Cajazeiras, PB, Brasil), Alicy Antônia da Silva Araújo Freitas (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Sabrina Maria Lima Bezerra (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ívina Mourão Lobo Melo (Universidade Federal do Ceará - UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), Lucas Castro do Nascimento (Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A oxigenação por membrana extra-corpórea (ECMO) é uma forma de circulação prolongada que promove a troca entre oxigênio e gás carbônico diretamente do sangue, sendo importante no fornecimento de suporte hemodinâmico e ventilatório. Existem dois tipos de configuração de ECMO: V-A (veno-arterial) e V-V (venovenosa). RESULTADO E DISCUSSÃO: Paciente, masculino, 27 anos, portador de insuficiência mitral e tricúspide, foi internado, no dia 23.03.19, em um hospital de Fortaleza, com dispneia aos pequenos esforços e paroxística noturna, ortopneia, palpitações, leve desconforto precordial em pontada sem irradiações, sudorese, parestesia de membros e anasarca. Apresentava ausculta cardíaca com ritmo cardíaco irregular, em dois tempos, bulhas hipofonéticas, sopro sistólico em foco mitral (+2/6+), irradiando-se para linha axilar posterior, e freqüência cardíaca de 92 batimentos por minuto. O ecocardiograma (ECO) revelou valva mitral de cúspides espessadas, com falha de coaptação e refluxo grave, refluxo tricúspide importante e aumento importante biatrial (Volume do Átrio Esquerdo Indexado = 528ml/m3 / Volume do Átrio Direito Indexado = 120ml/m3) e das dimensões dos ventrículos. Dois meses após a internação, realizou plastia de válvula mitral e tricúspide. No transoperatório, ocorreu distensão ventricular, necessitando de inotrópicos e vasopressores em doses elevadas, sendo instalada ECMO venoarterial (V-A) central e com bomba centrífuga por persistência de choque circulatório secundário à falência aguda de ventrículo direito (VD). Somado a isso, no pós-operatório, evoluiu com coagulação intravascular disseminada, necessidade de múltiplas transfusões, atelectasia de pulmão esquerdo e necessidade de instalação de oxigenação extracorpórea por membrana venovenosa (ECMO V-V), canulação central e assistência circulatória com bomba centrífuga. Na ECMO V-V, utilizada neste caso, o sangue é retirado de uma veia central, passa pela membrana extracorpórea onde é realizada a troca gasosa e retorna por uma veia central, facilitando a função pulmonar. Dessa forma, trabalha como terapia de resgate definitiva para pacientes com hipoxemia refratária, ajudando a resolver a hipoxemia e a hipercapnia, permitindo pressões de platô mais baixas e resultando em resistência vascular pulmonar reduzida. Assim, melhora a instabilidade hemodinâmica associada à falência do VD. A ECMO V-A, em que o sangue retorna para o sistema arterial e fornece suporte hemodinâmico, além do suporte ventilatório, foi indicada como suporte cardíaco relacionada ao choque cardiogênico refratário, a despeito de volume intravascular adequado e medicações endovenosas inotrópicas e vasopressoras. CONCLUSÃO: A ECMO tem se tornado uma ferramenta de grande importância para o suporte de pacientes com grave disfunção cardíaca e/ou pulmonar, visto que pode ser utilizada em pacientes graves como ponte para decisão, recuperação, terapia de destino ou transplante.
Palavras-chave: Extra-corpórea, Plastia, Hemodinâmica.

EP-009 (ID: 2015) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV02
Título: AVALIAÇAO DA ADEQUAÇAO DA PRESCRIÇAO DE INIBIDORES DA ECA E BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA PARA O DIABETICO NA ATENÇAO PRIMARIA

Autores: Matheus de Lucena Holanda (Universiadade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Beatriz Feijó de Andrade (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Veras Porto (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Lucca Viana Moreira (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Lorena Maia Moura (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medina Néri (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli da Costa Lino (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Geraldo Bezerra Júnior (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: Os inibidores da enzima conversora de angiotensina II (IECA) e os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) são medicamentos que tem como função a vasodilatação da arteríola eferente glomerular, aumentando o fluxo sanguíneo renal, sendo, portanto, consideradas drogas nefroprotetoras. Pacientes portadores de doença renal de qualquer etiologia ou diabéticos hipertensos, mesmo os sem doença renal do diabético (DRD), têm seu uso recomendado. O objetivo deste trabalho é avaliar o uso de IECA e BRA em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) na atenção primária à saúde (APS). Resultados/discussão: Foram avaliados 128 usuários com DM2 em um estudo transversal realizado de Janeiro a Outubro de 2017 em uma unidade de APS de Fortaleza - Ceará. Os pacientes eram em sua maioria do sexo feminino (68%) e da cor parda (62,2%), tinham média de idade de 56 ±10 anos e apresentavam um tempo médio de diagnóstico de DM2 de 07±06 anos. A maioria dos indivíduos (68%) referiam ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com um tempo médio de diagnóstico

de hipertensão de 10,84±9,67 anos e 18,75% dos pacientes eram portadores de DRD, sendo 50% no estágio 1, 25% no estágio 2 e 25% no estágio 3A. A pressão arterial (PA) sistólica média dos indivíduos foi de 133±18 mmHg, a PA diastólica média foi de 84±13 mmHg, a creatinina plasmática média foi de 0,77±0,20 mg/dL, a TFG média obtida pelo método CKD-EPI foi de 92,79±17,24 mL/min/1,73m2 e a microalbuminúria média foi de 24,59±58,23 mg/24h. Considerou-se prescrição adequada de IECA ou BRA quando os indivíduos diabéticos eram portadores de DRD (microalbuminúria ≥ 30 mg/24h e/ou TFG < 60mL/min/1,73m2) e/ou de HAS e faziam uso de uma das duas medicações. Dentre os diabéticos hipertensos, 57,9% estava em uso de IECA ou BRA. Quanto aos portadores de DRD, 69,6% estavam em uso de uma dessas drogas. Conclusões: A maior parte dos diabéticos avaliados era de hipertensos e uma pequena parte deles era portadora de DRD, sendo estes últimos, em sua maioria, em estágios iniciais da doença. A despeito disso, nem todos eles usavam drogas nefroprotetoras, apesar de haver recomendação formal para tal. Podemos inferir que este fato deve estar relacionado a uma possível inércia terapêutica dos profissionais médicos, quando da otimização do manejo da HAS e da doença renal no paciente diabético, uma vez que os IECA e os BRA são drogas de fácil acesso nas farmácias da rede da APS. Desta forma, faz-se necessária a realização de medidas que visem a uma melhor capacitação dos profissionais voltada para a condução adequada da HAS e da doença renal no diabético na APS, evitando a progressão da doença e o acometimento de demais órgãos-alvo e, por conseguinte, reduzindo a morbi-mortalidade destes indivíduos.

Palavras-chave: Risco cardiovascular, Diabetes, IECA, BRA e Atenção primária à saúde.

EP-010 (ID: 1986) | Área: Cirúrgico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV02
Título: PANORAMA DA HIPERTENSAO PRIMARIA NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS.

Autores: Leonardo Barros Bastos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Luiz Valério Costa Vasconcelos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Igor Quezado Araújo De Andrade (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Marina Isidório Cruz Macêdo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Hallana De Lucena Araújo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), John Kennedy Torres De Alencar (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Clara De Fátima Marques Pimentel (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Parahyba Diogo De Siqueira (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A hipertensão artéria primaria é o tipo de hipertensão mais comum no brasil abrangendo, na sua maioria, indivíduos no estágio I (pressão arterial sistólica entre 140 e 160mmHg e pressão arterial diastólica entre 90 e 100mmHg) e mesmo em estágios mais avançados (estágio II — PAS até 180mmHg, PAD até 110mmHg) (Oigman, 2014). Apresenta elevada mortalidade e morbidade no pais, se não houver o tratamento adequado por parte do paciente. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, utilizando as variáveis faixa etária, região, óbitos, internações e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Segundo dados do DATASUS, entre o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, ocorreu 11.648 óbitos devido a Hipertensão Essencial Primária. Nas regiões Nordeste e Sudeste estes óbitos foram mais prevalentes, contabilizando respectivamente um total de 4.646 e 4.574 e em relação as regiões com menos prevalência destaca-se Centro-Oeste (794), Norte (1.042) e Sul (592), podendo notar também uma leve prevalência no sexo feminino (6.163) do total de óbitos que no sexo masculino (5.485, bem como na faixa etária de 80 anos e mais (3.712), tendo o maior número de óbitos. No quesito internações houve um total de 777.704, havendo um predomínio de internações no sexo feminino (460.309) e no sexo masculino (317.395), pode se observar uma dominância de internações na faixa etária 60 a 69 anos (173.842) em comparação com as demais faixas etárias que são de menor de 1 ano (1.380), 1 a 4 anos (965), 5 a 9 anos (1.005), 10 a 14 anos (2.198), 15 a 19 anos (6.648), 20 a 29 anos (26.245), 30 a 39 anos (52.961), 40 a 49 anos (102.674), 50 a 59 anos (150.872), 70 a 79 anos (158.264) e 80 anos e mais (100.650). Além disso, as internações na região Nordeste (286.780) possuem o maior número de internações quando comparadas as outras regiões e com menor número de internações encontramos esses números na região Centro-Oeste(67.834). Ademais as taxas de mortalidade por cor/ raça encontramos em sua maior prevalência no indígenas (1,82), consequentemente na cor/ raça preta (1,76) tendo sua menor prevalência na cor/ raça amarela (0,81. CONCLUSÃO: Portanto, é possível afirmar que a Região Nordeste foi a que teve mais óbitos (4.646) por hipertensão essencial primária, seguida por uma diferença muito pequena da região Sudeste (4.574), enquanto que a região com menor prevalência foi a Sul (592). Também é possível inferir, que o número de internações foi muito maior na faixa etária de 60 a 69 anos (173.842), seguida da faixa entre 70 a 79 anos (158.264) e então por 50 a 59 anos (150.872) e a menor entre 1 a 4 anos (965). Assim, demonstrando a necessidade de intervenções de saúde pública pelas autoridades competentes principalmente na faixa etária de maiores de 50 anos e moradores das regiões Nordeste e Sudeste.

Palavras-chave: hipertensão arterial, epidemiologia, doenças cardiovasculares.

EP-011 (ID: 1798) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV02

Título: SARCOMA CARDIACO PLEOMORFICO: ENTIDADE RARA DENTRE OS TUMORES CARDIACOS – RELATO DE CASO.

Autores: Ingrid Alves de Freitas (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Larissa Chagas Corrêa (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana de Freitas Vasconcelos Sugette (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Glaylton Silva Santos (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Suellen Maria de Sousa Rodrigues Maia (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Pedro Alberto Martins Freire Filho (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Rebeca Viana Brígido de Moura (Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medina Néri (Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli Oliveira da Costa Lino (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: As neoplasias malignas cardíacas são entidades raras, com incidência bastante reduzida e que frequentemente apresentam-se com quadro clínico inespecífico, podendo mimetizar outras condições. Correspondem a 25% dos tumores cardíacos, podendo ser primários ou metastáticos, e o diagnóstico é realizado com o auxílio de métodos de imagem. Arritmias, alterações no sistema de condução e outras complicações como isquemia por obstrução do fluxo coronariano podem ocorrer. Dentre os tumores malignos, o sarcoma de músculo cardíaco é o tipo histológico mais frequente, e apresenta comportamento agressivo, principalmente em sua forma pleomórfica, com potencial de disseminação e invasão local, bem como alta taxa de recorrência. O tratamento se dá através da exérese da lesão associada a radio e quimioterapia. Resultados / Discussão: Relata-se caso de paciente de 44 anos que iniciou subitamente quadro de tosse e palpitações. Após 3 dias evoluiu com piora do quadro e procurou atendimento médico em pronto-atendimento de hospital de referência apresentando sinais clínicos de insuficiência cardíaca descompensada e ao eletrocardiograma evidenciou-se Flutter Atrial de alta resposta ventricular. Ecocardiograma evidenciou aumento importante do átrio esquerdo, função biventricular preservada e massa atrial de ecotextura heterogênea, medindo 7,7 x 1,5 cm, fixa ao septo interatrial, adentrando o ventrículo esquerdo e determinando obstrução ao fluxo da mitral, sugerindo mixoma atrial. Foi submetido a exérese de tumor cardíaco, executado com dificuldade técnica e possivelmente com resíduo tumoral in loco. Histopatológico compatível com sarcoma pleomórfico. Evoluiu após a cirurgia com bradiarritimia, necessitando de marca-passo, e com proposta de seguimento em centro oncológico. Conclusão: Os tumores cardíacos malignos são entidades raras, porém o diagnóstico deve ser realizado precocemente devido o alto potencial de disseminação e de complicações associadas. A cirurgia isoladamente não previne o risco de recorrências, e deve ser associada a radio e quimioterapia para o tratamento.

Palavras-chave: Tumor Cardíaco, Sarcoma, Neoplasia.

EP-012 (ID: 1889) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV02
Título: SINDROME DE BEHÇET E SUAS REPERCUSSOES CARDIOPULMONARES: RELATO DE CASO

Autores: Larissa Ferreira Lopes (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ivan Lucas Rocha Liberato (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), José Leonardo Gomes Rocha Júnior (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Gardênia Liberato Ponte Farias (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Maurício Costa Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Christiane Bezerra Rocha Liberato (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Síndrome de Behçet é um acometimento inflamatório, sistêmico, crônico e autoimune, caracterizado por ser uma vasculite de caráter inespecífico, ao qual acomete vasos de diferentes calibres e em múltiplos órgãos. As apresentações clínicas mais comuns incluem aftas recorrentes em mucosa oral, úlceras genitais, lesões dermatológicas e uveítes. Entretanto, as manifestações cardiopulmonares descritas na literatura são raras e compreendem, principalmente, endocardite, miocardite, pericardite, trombos intracardíacos, infarto miocárdico, aneurisma de aorta ascendente, regurgitação aórtica e aneurisma de artéria pulmonar. Há relatos na literatura de endomiocardiofibrose envolvendo ventrículo esquerdo e direito, provavelmente como sequela da vasculite do endocárdio e miocárdio. Resultados/Discussão: F.P.S. , sexo masculino, 29 anos. Relata que há cerca de um ano e meio iniciou quadro de tosse com hemoptise, dispneia, dor em braço esquerdo associada a paresia em hemiface direita, além de febre e calafrios. Ao exame físico apresentava lesões acneiformes no dorso e úlceras em regiões genital e palato. Quanto aos exames complementares, o Ecocardiograma (ECO) transtorácico e transesofágico revelaram átrio direito dilatado com paredes hipertrofiadas, válvula tricúspide espessada, mobilidade reduzida e estenose importante, imagem sugestiva de trombo na veia cava superior. Na Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciado aneurisma sacular em artéria lobar inferior direita e sinais de tromboembolismo pulmonar crônico. A Ressonância Magnética de tórax revelou espessamento do átrio direito e da válvula tricúspide, presença de tecido fibroso subvalvar e imagem sugestiva de trombo organizado na cavidade atrial com congestão da veia cava inferior. O diagnóstico da doença de Behçet foi feito com base nos dados clínicos e exames realizados. Iniciado pulsoterapia com corticóide e ciclofosfamida, após terceiro ciclo do tratamento paciente relatou melhora da hemoptise e o ECO transtorácico revelou diminuição do espessamento da parede atrial direita e melhora da estenose tricúspide. Conclusão: A síndrome de Behçet possui repercussão de caráter sistêmico, ao qual o envolvimento cardiopulmonar pode indicar um mau prognóstico, alertando para um diag-

nóstico cada vez mais precoce e eficaz. Assim, a realização da conduta terapêutica adequada torna-se fundamental para a melhora substancial dos sintomas e regressão do quadro, objetivando evitar o aparecimento de complicações potencialmente irreversíveis.
Palavras-chave: Ecocardiografia; Síndrome de Behçet; Doença cardiopulmonar.

EP-013 (ID: 1119) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV02
Título: MIXOMA ATRIAL COM CONTRAINDICAÇAO CIRURGICA: UM RELATO DE CASO

Autores: Raquel Mourisca Rabelo (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Maria Rilda Loiola de Vasconcelos (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Alexandre Mourão Feitosa Freitas Campelo Filho (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Thiago Alves Viana (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Auro Sílvio Braga Lemos Peixoto da Silva (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Fabríolo José Gomes da Frota Filho (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Carlos Eduardo Barros Moraes (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Carlos Caike Fernandes Corrêa (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Luzia Keyne Sousa Carneiro Frota (UNINTA, Sobral, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O Mixoma Cardíaco é o mais comum tumor cardíaco primário benigno, apesar de raro. Afeta adultos entre 30 e 60 anos e tem maior prevalência no sexo feminino. Manifesta-se como uma massa atrial polipoide intracavitária séssil que surge normalmente do septo interatrial, mas pode ter origem em qualquer câmara cardíaca. As manifestações clínicas clássicas podem ser uma tríade com sintomas obstrutivos, embólicos e sintomas constitucionais. Geralmente não há sopro à ausculta, mas podemos encontrar o chamado "tumor plop", um ruído diastólico característico quando o Mixoma se move através da valva mitral ou tricúspide. O Ecocardiograma Transtorácico (ECO-TT) é a modalidade não invasiva de escolha para o diagnóstico, com uma sensibilidade de 100%. O padrão-ouro para o tratamento é a cirurgia sob circulação extracorpórea. As principais complicações durante o procedimento são por fenômenos embólicos ou morte súbita. A taxa de recidiva é muito baixa e está relacionada à história familiar. Relato: Trata-se de uma mulher de 88 anos, procedente de Sobral-CE que iniciou quadro de dor em dorso há 3 anos, com piora aos esforços, que a fez buscar atendimento médico no Posto de Saúde da Família. Durante a consulta apresentou síncope, quando foi levada ao Hospital do Coração de Sobral. Evoluiu com piora da dor torácica que referia em pontada, contínua e sem irradiação. Foi solicitado eletrocardiograma e cateterismo cardíaco para investigação de doença arterial coronariana, ambos sem alterações significativas. Realizou ECO-TT que evidenciou imagem ecogênica de contornos definidos no interior do átrio esquerdo, medindo 4,6 x 3,2 cm, sugestivo de Mixoma Atrial, associado a insuficiência mitral e tricúspide de grau discreto. Foi optado por conduta conservadora devido ao alto risco cirúrgico, de acordo com o EuroSCORE, sendo indicado o acompanhamento através de ECO-TT periódico. A paciente recebeu alta hospitalar após estabilização clínica em uso de Anlodipino 5mg. Em junho de 2019, realizou o último ECO-TT, evidenciando leve crescimento do Mixoma Cardíaco para 5,0 x 3,5 cm. Hoje, encontra-se sintomática, com dispneia pós-prandial, edema em membros inferiores e persistência da dor torácica que piora aos esforços. Conclusão: O tratamento previsto para o Mixoma Cardíaco é cirúrgico e faz-se a avaliação do risco operatório pelo Sistema Europeu de Risco em Operações Cardíacas (EuroSCORE). A paciente foi classificada como alto risco (escore >6), o que contraindica intervenção cirúrgica, optando-se por tratamento clínico de suporte.
Palavras-chave: mixoma, euroscore, intervenção cirúrgica, massa atrial.

EP-014 (ID: 1507) | Área: Cirúrgico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV02
Título: QUADRO CLINICO ATIPICO ASSOCIADO AO DIVERTICULO DE KOMMERELL

Autores: Adriano Lima Souza (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Acrísio Sales Valente (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Bruno Araújo (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O divertículo de Kommerell é uma condição rara que ocorre com arco aórtico à esquerda e origem anômala de artéria subclávia direita ou arco aórtico à direita com origem anômala de artéria subclávia esquerda (sendo a última apresentação ainda mais rara), podendo ocasionar compressão de estruturas mediastinais ou romper espontaneamente. Observam-se sintomas, como disfagia, dispneia, estridor, pneumonia recorrente ou dor torácica. Paciente do sexo masculino, 14 anos, há dois anos, com queixa de epigastralgia intensa associada à síncope, dispneia e edema em hemicorpo superior. Realizou investigação diagnóstica com Holter, sem anormalidades; ecocardiograma, evidenciando arco aórtico à direita e sugerindo artéria subclávia esquerda aberrante; sendo confirmado e evidenciado o divertículo de Kommerell na Tomografia de tórax. Resultados/discussão: Realizada cirurgia de ligadura da Artéria subclávia esquerda com ressecção do divertículo. Houve resultado satisfatório no pós-operatório com evolução para melhora dos sintomas. Ao nível da origem da artéria subclávia esquerda aberrante, raramente pode ocorrer o desenvolvimento dessa anomalia. O tratamento, em geral, é cirúrgico e bastante complexo. Os exames de imagem pré-operatórios são extremamente importantes para o planejamento da cirurgia, que depende da distribuição anatômica das estruturas locais, do tamanho e da extensão do aneurisma. Conclusão: Há relevância clínica devido ao aumento da mortalidade associada à sua ruptura, à morbidade causa-

da pela compressão das estruturas mediastinais e à complexidade da cirurgia.
Palavras-chave: Divertículo, Kommerell, compressão.

EP-017 (ID: 2003) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV03
Título: ANALISE DO PERFIL CLINICO EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.

Autores: LARA VIANA DE PAULA CABRAL LARA CABRAL LARA CABRAL (ufc, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÂO: A insuficiência cardíaca é uma doença de alta prevalência, responsável por grande número de hospitalizações e altas taxas de mortalidade em nosso país. Nesse trabalho, escolhemos analisar dentre os pacientes com IC descompensada aqueles que eram tabagistas. Escolhemos essa variável por ser importante fator deletério ao sistema cardiovascular e que merece maior análise em consequência do grande número de pacientes fumantes. METODOLOGIA: Durante o período de dez/2015-abril/2019 , os pacientes internados em um hospital terciário no interior do Ceará, em Sobral, com quadro de IC descompensado foram registrados em um banco de dados contendo variáveis como : sexo, idade, sintomas , dentre outros. Foram selecionados 58 pacientes dessa lista que eram tabagistas, importante fator de risco de diversas doenças, incluindo as cardiovasculares, foram avaliados nesses pacientes alguns perfis clínicos como as informações de classe funcional do New York Heart Association (NYHA), que avalia limitações de atividades funcionais dos pacientes com insuficiência cardíaca, também foi identificada a queixa principal dos pacientes e a perda de peso sendo maior que 4,5 kg de perda significativa em um mês. As variáveis foram cruzadas e analisadas pelo programa de bases estatísticas EPI info, versão 3.5.4 e os resultados agrupados em tabelas para análise. Foi considerado P<0,05 como significância estatística. RESULTADOS: Dentre os 58 pacientes com insuficiência cardíaca descompensada sendo eles tabagistas foram analisados que havia predomínio do sex masculino, 77,58% eram homens. Em relação a queixa principal dos pacientes, a dispneia se mostrou com a mais recorrente, apresentando-se como primeiro sintoma em 75,86% dos pacientes. Seguindo os critérios de classificação da New York Heart Association (NYHA), 44,82% do total dos pacientes apresentavam dispneia aos mínimos esforços (classe III) e 48,27% ao repouso (classe IV), enquanto os outros 6,89% encontravam-se em uma das classificações de menor risco (I ou II). Sobre a perda de peso superior a 4,5kg em apenas um mês, 18,96% dos indivíduos analisadas apresentaram essa perda significativa. CONCLUSÃO: A insuficiência cardíaca congestiva é mais frequente no sexo masculino. A dispneia é tida como primeiro sintoma a ser observado pelo paciente e o mais frequente. Além disso, a classificação do NYHA mostra-se preocupante na maioria dos pacientes que são avaliados em níveis III e IV. Outro ponto analisado foi a perda de peso que foi apresentado na minoria dos pacientes. O perfil clínico em geral mostra a gravidade da doença do paciente e com isso é possível avaliar um possível prognóstico com os dados obtidos.
Palavras-chave: PERFIL CLÍNICO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, DESCOMPENSAÇÃO.

EP-018 (ID: 1821) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV03
Título: PACIENTE JOVEM COM LESAO TRIARTERIAL DECORRENTE DE HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO.

Autores: Geórgia Almeida Nogueira (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Reslem Feitosa Custódio (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Gomes Peixoto (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Louis Artur Fernandes Sampaio (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A hipertrigliceridemia é um dos fatores de risco mais frequentemente relacionados à doença arterial coronariana em pacientes jovens, principalmente quando associados a níveis baixos de HDL e altos de LDL, podendo aumentar o risco cardiovascular em até seis vezes nesses indivíduos. Ela pode ser de origem primária, incluindo condições genéticas como a hiperlipidemia familiar combinada e hipoalfalipoproteinemia familiar, ou secundária a diversas doenças sistêmicas e/ou estilo de vida. Segundo pesquisas, os níveis de triglicerídeos passam a ser preocupantes quando estão acima de 200 mg/dL, por ter maior associação com a ocorrência de eventos cardiovasculares. Dessa forma, devido a essa combinação e por ser um fator de risco cardiovascular corrigível, alvos terapêuticos têm sido estabelecidos para o controle da hipertrigliceridemia. Discussão: Paciente A.P.S., sexo feminino, 20 anos, foi admita no departamento de emergência de um Hospital Terciário de Fortaleza por volta de 06:00 da manhã, com quadro de dor precordial típica de início há 8 horas. Tem como antecedente patológico história de hipertrigliceridemia na infância, a qual teve seu tratamento abandonado pela paciente. No eletrocardiograma, foi evidenciado um padrão de isquemia circunferencial, indicando uma lesão triarterial. Teve como conduta realizar o cateterismo no mesmo dia, no qual foram observadas oclusões em 100% da artéria descendente anterior, 90% da artéria circunflexa e 100% da artéria coronária direita. Na hemodinâmica, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso, sendo necessários 10 ciclos de reanimação. Após o ocorrido, foi realizado o ecocardiograma, que teve como laudo contratilidade global do

ventrículo esquerdo (VE) levemente comprometida, acinesia da parede anterosseptal e anterior, hipocinesia inferosseptal e hipercinesia das demais paredes; função sistólica levemente diminuída e leve aumento da espessura das paredes do VE. Além disso, raiz aórtica e aorta ascendente dilatadas e discreta regurgitação da valva aórtica. Foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva no mesmo dia às 16 horas, com choque grave em expansão volêmica e uso de noradrenalina 1,7 mcg/kg/min e dobutamina 10,85 mcg/kg/min, pressão arterial média invasiva de 64 mmHg, saturação de oxigênio de 99% com FiO2 100% e extremidades frias. Diante desse quadro, foi realizada a passagem do balão intra-aórtico, permanecendo, assim, em observação e monitorização contínuas. Conclusão: Conclui-se que é fundamental o manejo adequado dos níveis de triglicerídeos, uma vez que o risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana se torna elevado, mesmo em pacientes jovens, como o ocorrido no caso. E por tratar-se de uma condição prevenível, é importante o acompanhamento otimizado desses pacientes, visando à boa adesão ao tratamento e, também, o diagnóstico precoce de disfunções orgânicas provocadas por essa doença.
Palavras-chave: Hipertrigliceridemia; Fatores de risco; Infarto do miocárdio.

EP-019 (ID: 1186) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV03
Título: PANORAMA DA INSUFICIENCIA CARDIACA NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS

Autores: Luiz Valério Costa Vasconcelos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Parahyba Diogo De Siqueira (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Igor Quezado Araújo De Andrade (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Hallana De Lucena Araújo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), John Kennedy Torres De Alencar (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Barros Bastos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Marina Isidório Cruz Macêdo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Clara De Fátima Marques Pimentel (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde (Bocchi,2009). Com efeito a doença possuiu uma elevada mortalidade e morbidade no pais, tendo como principais causas a doença arterial coronariana e a hipertensão arterial, que são patologias com relação direta ao estilo de vida. Portanto, o manejo dos hábitos dos pacientes deve ser analisado com cautela pelos profissionais da saúde. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, utilizando as variáveis faixa etária, região, óbitos, internações e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Segundo dados do DATASUS, entre o período de março de 2009 a março de 2019, houve um total de 979.584 internações na região Sudeste e de 556.849 na região Nordeste em comparação com as regiões de menor prevalência, no caso a região Norte (123.775) e a região Centro-Oeste (173.394), notando-se, também, uma leve prevalência no sexo masculino (1.204.292) em relação ao sexo feminino (1.143.657). No que tange aos óbitos na região Sudeste (110.955), notou-se um predomínio em relação às outras regiões, as quais possuem 51.079 óbitos (Nordeste), 42.630 (Sul), 15.669 (Centro-Oeste) e 11.871 (Norte). Observa-se, também, uma pequena diferença em relação ao sexo, sendo o número de óbitos maior no sexo feminino (116.562), em relação ao sexo masculino (115.642). Em relação à taxa de mortalidade, observou-se uma taxa maior na região Sudeste (11,33) e em seguida na região Norte (9,59), comparando-se com as de menor valor, a região Sul (8,29) e a Centro-Oeste (9,04). Concomitantemente a este dado, foi visto, também, que há uma taxa de 9,6 no sexo masculino e uma taxa de 10,19 no sexo feminino. No que concerne aos óbitos por faixa etária, é mais prevalente na faixa de 80 anos e mais (75.637), visto que tende a aumentar com a idade. Em contrapartida, é observada uma menor prevalência na faixa de 5 a 9 anos, além dos óbitos serem mais prevalentes na região Sudeste (110.955) do que em outras regiões, como a região Norte (11.871). CONCLUSÃO: Portanto, percebe-se que a região Sudeste foi a que apresentou maior número de internações por insuficiência cardíaca (979.584), apresentando um valor que é quase o dobro da segunda região com mais internações, a região Nordeste (556.849). Já a respeito do número de óbitos, a região mais acometida foram também as regiões Sudeste (110.955) e a região Nordeste (51.079), enquanto que pelo âmbito do índice de mortalidade, a região Norte ocupou o segundo lugar (9,59) enquanto a região Sudeste se manteve a mais alta (11,33). Dessa forma percebe-se a importância de uma intervenção em saúde pública principalmente na região Sudeste, que foi a mais acometida em quase todos os âmbitos em estudo.
Palavras-chave: insuficiência cardíaca, epidemiologia, sistema cardiovascular.

EP-020 (ID: 1971) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV03
Título: POS-MENOPAUSA COMO FATOR PREDITOR DO AUMENTO DE INCIDENCIA RELATIVA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EM MULHERES

Autores: GABRIEL MAGALHÃES TOQUARTO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), ANTÔNIO GABRIEL DE MOURA LOUZADA (UFC, ACARAÚ, CE, Brasil), WYLSTON DE MORAES CALDAS FI-

LHO (UFC, PARNAÍBA, PI, Brasil), PAULO CARVALHO XIMENES DE ARAGÃO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), LARA VIANA DE PAULA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), Vanessa TAVARES ARAGÃO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: O climatério compreende o período de transição entre os ciclos reprodutivo e não-reprodutivo da mulher. Sua ocorrência se dá geralmente entre os 48 e 50 anos de idade, e está relacionada ao aumento na incidência de algumas condições, como Doença Arterial Coronariana (DAC). A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma condição limitante, que afeta significativamente a qualidade e expectativa de vida de seus portadores. Objetivos: Avaliar o impacto do pós-menopausa na incidência de IC em pacientes de sexo feminino quando comparada proporcionalmente à incidência em sexo masculino na mesma faixa etária. Paciente ou Material: Estudo transversal, com 541 pacientes admitidos em hospital cardiológico por descompensação aguda de IC. As informações foram obtidas a partir da análise dos prontuários. Métodos: Para evitar a interferência de fatores externos sobre as variáveis estudadas, foram removidos, da amostragem total, portadores de DAC, diabetes melito ou outra doença sistêmica (197). Após essa primeira etapa de exclusão, os pacientes foram estratificados conforme idade, utilizando como ponto de corte a faixa etária média de ocorrência de menopausa como 48 a 50 anos (conforme estabelecido no manual de atenção à mulher no climatério/menopausa de 2008 do ministério da saúde). Devido a grande variabilidade interpessoal desse estágio fisiológico, foi acrescida à faixa etária pré-determinada 3 anos para mais e para menos como margem de segurança (45 a 53 anos). O grupo correspondente à idade situada nessa faixa (22) foi eliminado do estudo. Para comparar médias entre grupos, foi utilizado o teste t de Student. O cálculo de significância estatística foi feito no programa Epi Info, utilizando nível de significância de p <0,05. Resultados: Dos 322 pacientes remanescentes, 68 apresentavam idade inferior a 45 anos, sendo 49 (72,06%) masculinos e 19 (27,94%) femininos (Proporção homem/mulher 2,58:1). Dos 254 pacientes com idade superior a 53 anos, 148 (58,27%) foram homens, enquanto que 106 (41,73%), mulheres (Proporção homem/mulher 1,40:1). Valor de p < 0,02. Conclusão. Na amostra analisada constatou-se que, após o período de menopausa, há um aumento significativo da incidência de IC em mulheres, quando comparadas com o sexo masculino. Torna-se evidente portanto, que as alterações hormonais ocorridas nesse período, tem direta influência na saúde cardiovascular.

Palavras-chave: pós-menopausa, insufciência cardíaca, prevalência.

EP-021 (ID: 2006) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV03
Título: EVENTOS CEREBROVASCULARES EM PACIENTES COM FIBRILAÇAO ATRIAL INTERNADOS COM DESCOMPENSAÇAO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: LARA VIANA DE PAULA CABRAL LARA CABRAL LARA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), PAULO ÁTILA DA SILVA VIANA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A fibrilação atrial (FA) é um grave problema de saúde pública que afeta 1-2% da população mundial e possui associação direta com o risco de eventos cerebrovasculares. Estes fatos acabam levando à morbimortalidade e a elevação dos custos de saúde. Paralelamente, a notoriedade da Insuficiência Cardíaca (IC) como doença de alta prevalência e com impacto substancial nos custos com tratamento é indiscutível. A coexistência de ambas patologias em um mesmo indivíduo é bastante comum, podendo ser explicada pelo compartilhamento de fatores de risco, bem como de mecanismos etiológicos. OBJETIVOS: Analisar o perfil de risco embólico dos pacientes com FA internados com descompensação de IC. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo observacional e transversal em que foram avaliadas as internações de pacientes consecutivos por descompensação de IC entre 1° de janeiro a 31° de dezembro de 2016. A partir desse banco de dados, foram selecionados os pacientes com presença de FA no eletrocardiograma (ECG) e aplicado o escore de CHA2DS2-VASC que classifica os pacientes em: baixo risco, médio risco e alto risco para evento cerebrovascular. RESULTADOS: Os 131 pacientes avaliados apresentaram média de idade 65 anos (24-92a), sendo 62,6% do sexo masculino. A estratificação do risco embólico, estimado através do escore CHA2D2SVASc apresentou mediana de cinco pontos nessa população e 91% tinham escore ≥ 2 pontos. Apenas 01 paciente apresentou escore de 8 pontos. CONCLUSÃO: Na amostra estudada, a aplicação do escore CHADSVASc nos pacientes com fibrilação atrial demonstrou perfil de alto risco de eventos embólicos, implicando na utilização de terapia de anticoagulação, exceto se contraindicada (escore ≥ 8 pontos). Percebe-se a importância de classifcar todos os pacientes com fibrilação atrial, evitando possíveis eventos embólicos por meio da anticoagulação e/ou antiagregação plaquetária.

Palavras-chave: AVE, ICC, FA.

EP-022 (ID: 1938) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV03
Título: INFARTO DO MIOCARDIO EM PACIENTE JOVEM NA AUSENCIA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA OBSTRUTIVA: UM RELATO DE CASO.

Autores: Thaís Gomes Peixoto (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Geórgia Almeida Nogueira (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE,

Brasil), Reslem Feitosa Custódio (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Vitor Carneiro de Vasconcelos Gama (Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil), Yury Tavares de Lima (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O infarto do miocárdio na ausência de doença arterial coronariana obstrutiva (MINOCA) tem como prevalência aproximadamente 5% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), ainda que sua definição, diagnóstico e manejo não estejam bem estabelecidos pela carência de estudos acerca desse tema. Algumas características, todavia, podem ser investigadas visando ao estabelecimento desse diagnóstico, baseado em estudos da Sociedade Europeia de Cardiologia. Dentre elas, deve haver elevação de troponinas acima do percentil 99, ausência de lesão em coronárias à angiografia e exclusão de causas que possam sobrepor essa condição por apresentarem aumento dos marcadores cardíacos, como a ocorrência de sepse ou tromboembolismo pulmonar. As principais causas de MINOCA são ateroscleróticas, por ruptura de placa, ou por causas não ateroscleróticas, como vasoespasmo coronariano, disfunção microvascular, trombose, dissecção coronariana espontânea e distúrbios de oferta e demanda. Discussão: Paciente E.L.M., sexo feminino, 45 anos, deu entrada no departamento de emergência de um Hospital Terciário com quadro de dor torácica, dispneia e diminuição da pressão arterial. A dispneia iniciou subitamente há 1 dia, aos pequenos esforços, com piora em decúbito dorsal e melhora em posição ortostática. Após 1 hora desse quadro, apresentou dor torácica retroesternal, em aperto, ventilatória-dependente, sem irradiação, sudorese, náuseas e vômitos. Na admissão apresentava regular estado geral, acianótica, afebril, anictérica, orientada, hidratada e hipocorada (+/4+), com pressão arterial de 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 105 bpm, frequência respiratória de 35 irpm e saturação de oxigênio de 92%. Foi evidenciado no eletrocardiograma supra do seguimento ST em derivações D3, aVR e V1. Não havia alterações em ausculta cardíaca e respiratória. No mesmo dia foram realizados exames laboratoriais, cujos resultados foram: hemoglobina de 11,6 g/dL, hematócrito de 36%, leucócitos 8100/mm3, plaquetas 359.000/mm3, INR 1,2, TTPA 31,7 segundos (relação P/C 1,29), ureia 34 mg/dL, creatinina 0,9mg/dL, eRFG > 60 mL/min/1,73m2, troponina T ultrassensível 4,130 ng/mL, CKMB massa 111,50 ng/mL, proteína C reativa 9,79 mg/dL. Foi realizado, também, um ecocardiograma transtorácico, que teve como laudo disfunção diastólica estágio I e hipocinesia dos segmentos basais do ventrículo esquerdo. Em cineangiocoronariografia percutânea, foram apresentadas coronárias sem lesões. Dos antecedentes pessoais, destaca-se hipertensão arterial sistêmica, uso crônico de corticoides por dermatite atópica e história familiar de lúpus eritematoso sistêmico. Conclusão: Conclui-se que a paciente apresenta os critérios de inclusão para o diagnóstico de MINOCA, como os valores de troponina, a ausência de achados angiográficos e a clínica de IAM. É necessária, entretanto, uma investigação minuciosa para identificar a causa dessa condição, visando prevenir novos infartos e conduzir de forma mais adequada.

Palavras-chave: Doença da artéria coronariana; Infarto do miocárdio; Diagnóstico.

EP-023 (ID: 1976) | Área: Clínico

Data: 22/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV03

Título: PANORAMA DE DOENÇAS ISQUEMICAS DO CORAÇAO NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS.

Autores: Luiz Valério Costa Vasconcelos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Marina Isidório Cruz Macêdo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Hallana De Lucena Araújo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), John Kennedy Torres De Alencar (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Barros Bastos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Igor Quezado Araújo De Andrade (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Parahyba Diogo De Siqueira (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Clara De Fátima Marques Pimentel (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: As doenças isquêmicas do coração ou doenças coronarianas, são doenças que afetam as artérias coronarianas cardíacas, dificultando a circulação cardíaca, e consequentemente o aporte de oxigênio das células do coração, provocando angina ou infarto. Com efeito, essas patologias são uma das principais causas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no pais (Mansur, 2016), demonstrando dessa forma a necessidade de um maior cuidado na identificação e tratamento precoce dessa patologia, para uma melhoria na qualidade de vida da população. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, utilizando as variáveis faixa etária, região, óbitos, internações e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Segundo dados do DATASUS, entre o período de março de 2009 a março de 2019, houve um total de 40.534 mil óbitos por doenças isquêmicas do coração. Nas regiões Sul e Sudeste estas mortes foram mais prevalentes, contabilizando, respectivamente, um total de 10.177 e 17.013 em relação às regiões com menos prevalência, que são as regiões Norte (1.576), Nordeste (8.717) e Centro-Oeste (3.051), notando-se também uma leve prevalência no sexo masculino (22.455) do total de óbitos que no sexo feminino (18.07, bem como na faixa etária de 70 a 79 anos (13.206). No que tange as internações houve um total de 1.541.407, havendo um predomínio de hospitalizações no sexo masculino (909.817) que no sexo feminino (631.590), notou-se, também, uma dominância

de internações na faixa etária de 60 a 69 anos (488.529) em comparação com as demais faixas etárias, que são de 0 a 1 ano (741), de 1 a 4 anos (346), de 5 a 9 anos (317), de 10 a 14 anos (576),de 15 a 19 anos (2.192), de 20 a 29 anos (10.201), de 30 a 39 (38.221), de 40 a 49 (167.292), de 50 a 59 (408.436), de 70 a 79 (319.485) e acima de 80 anos (105.071).Além disso, as internações na região Sudeste (705.232) possuem números superiores que nas outras regiões, a região que possui os menores números de internamento é a região Norte (41.772). Ademais as taxas de mortalidade são maiores nas regiões Nordeste (3,93) e Norte (3,77), e menor na região Sul (2,19), também, essas taxas possuem uma maior predominância no sexo feminino (2,86) que no sexo masculino (2,47). CONCLUSÃO: Dessa forma, a região com maior número de internações por doenças isquêmicas do coração foi a região Sudeste (705.232) que apresenta um número 17 vezes maior que a região Norte, que apresentou o menor número de internações (41.722). Em relação ao número de óbitos, a região Sudeste apresentou o maior número de óbitos (17.013), seguida da região Sul (10.177), enquanto a região com menor número de óbitos foi a Centro-Oeste (3.051). Já no que se trata de taxa de mortalidade, a região Nordeste (3,93) e Norte (3,77), foram as que apresentaram maior taxa, quase o dobro da Região Sul (2,19).

Palavras-chave: isquemia, doença cardiovascular, epidemiologia.

EP-024 (ID: 1987) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV03
Título: RELAÇAO ENTRE MORTALIDADE E A FRAÇAO DE EJEÇAO EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIARIO NO INTERIOR DO CEARA

Autores: GABRIEL MAGALHÃES TOQUARTO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), JHONYSON ANTÔNIO OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA, CE, Brasil), CRISLAY MARIA PEREIRA FONTENELE (UFC, CARNAÚBAL, CE, Brasil), DIULIO DA SILVA PORTELA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), NATANAEL PONTE DE OLIVEIRA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), FERNANDO FURTADO DE MELO NETO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma complexa síndrome cardiovascular com elevada prevalência, sendo que seu quadro clínico frequentemente é associado à dilatação do ventrículo, à diminuição da contratilidade e remodelamento ventricular esquerdo. Os modelos fisiopatológicos conhecidos são de dois tipos: a insuficiência cardíaca com disfunção sistólica (ICDS) e a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP). Estudos epidemiológicos na comunidade mostram que a ICFEP é responsável por aproximadamente metade dos casos e é vista como uma doença de menor gravidade, dados atuais mostram sua importância clínica pelo incremento na mortalidade anual de 5% a 8%. Objetivo: O presente trabalho objetiva associar a mortalidade com a fração de ejeção (FE) em pacientes com IC internados em unidade de terapia intensiva. Material ou Paciente: Trata-se de um estudo analítico e transversal, de pacientes com IC, internados em Hospital de referência em doenças cardiovasculares no interior do Ceará. Foram avaliados 231 pacientes no período de abril de 2018 a março de 2019. Métodos: Foram colhidas as informações por meio de um banco de dados baseado em informações sequenciais de prontuários, sendo os pacientes estratificados pelo valor da FE encontrado no ecocardiograma, respeitando a classificação da Diretriz de Insuficiência Cardíaca 2018, onde FEVE ≥ 50% é normal, de 40 a 49% é disfunção leve, < 40% é disfunção importante. Em seguida, os pacientes foram separados de acordo com seu grau de disfunção e foi analisado a taxa de mortalidade de cada grupo. Resultados: Dos 23 pacientes internados por descompensação aguda do quadro de insuficiência cardíaca congestiva que evoluíram para óbito, com 16 pacientes apresentaram fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (< 40%), 5 apresentaram fração de ejeção intermediária (40-49%) e em apenas 2 pacientes foi detectada fração de ejeção preservada (> 50%). Conclusão: A partir dos dados coletados dos prontuários, é possível observar que destes 23 pacientes estudados, 69,56% apresentavam fração de ejeção reduzida, 21,73% apresentavam fração de ejeção intermediária e 8,69% foram avaliados com fração de ejeção reduzida. Portanto, nesses pacientes, a prevalência de morte foi significantemente maior nos pacientes com fração de ejeção reduzida.

Palavras-chave: fração de ejeção, mortalidade, insuficiência cardíaca.

EP-025 (ID: 1041) | Área: Intervencionista
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV04
Título: A MANUTENÇÃO DA TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA É NECESSÁRIA NOS PACIENTES QUE NORMALIZAM A FUNÇÃO VENTRICULAR?

Autores: Guilherme Van Der Linden Fialho (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Fernanda Pimentel Arraes Maia (UFC Sobral, FORTALEZA, CE, Brasil), Dante Aguiar Bonorandi Filho (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Maria Victoria Pessoa Freire (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Maria Eduarda Quidute Arrais Rocha (Unifor, FORTALEZA, CE, Brasil), Francisco Daniel Cavalcante Vidal (UFC Ceara, FORTALEZA, CE, Brasil), Rebeca Viana Brigido de Moura (UFC Ceara, FORTALEZA, CE, Brasil), Jeruza Mara de Oliveira Lima (UFC Céara, FORTALEZA, CE, Brasil), Eduardo Arrais Rocha (UFC Ceara, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamentos: Alguns pacientes quando submetidos à Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC) apresentam resposta acima do normal, com normalização da função cardíaca, sendo considerados como Hiper ou Super-Respondedores (HR). Poucas informações são conhecidas sobre a evolução destes pacientes em caso de perda da TRC. Seria a continuidade da TRC necessária após a normalização da função cardíaca? Objetivo: Descrever a evolução clínica e ecocardiográfica de pacientes Hiper-Respondedores à TRC que perderam a estimulação biventricular durante o seguimento, sendo novamente submetidos á TRC. Descrição dos Casos: Caso 1.Paciente de 76 anos, sexo masculino, portador de miocardiopatia dilatada idiopática severa e classe funcional (CF) II (NYHA). Realizou implante de marca-passo multissítio, evoluindo para CF I e com fração de ejeção (FE) de 63% . Houve perda de seguimento tardio, tendo o marca-passo parado de funcionar devido ao desgaste total da bateria, com piora da CF para II e queda da FE para 48%. Após a troca do gerador, paciente normalizou novamente a função cardíaca (55%) e a CF. Apresentou câncer de pâncreas, sendo realizado gastropancreatoduodenectomia com sucesso. Evoluiu após 10 anos do implante para óbito devido complicações tardias da neoplasia. Caso 2. Paciente sexo feminino, 66 anos, portadora de miocardiopatia dilatada idiopática. Foram realizados diversos ECOs, desde 1999 que mostravam FE entre 32 e 39% e diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE) de 80 mm, sendo submetido a implante de marca-passo biventricular em 12/03. Em 2005, a FE (59 %) e o DDVE (50 mm) normalizaram. Em 12/2007, a paciente referiu cansaço (CF II), devido ausência de captura do eletrodo de VE. Houve queda da FE (35%) e aumento do DDVE (60 mm). Optou-se por implante de novo eletrodo em VE . Após 6 meses, retomou a CF I e o ECO mostrava FE de 54% e DDVE de 49 mm. Após 16 anos do primeiro implante, a paciente continua em CF I e com FE normal. Conclusão: A Terapia de Ressincronização Cardíaca mostrou ser uma terapia necessária de forma permanente nestes pacientes ressincronizados e que evoluem com normalização da função cardíaca (hiper-respondedores), demonstrada pela normalização em 2 ocasiões dos parâmetros ecocardiográficos.
Palavras-chave: Terapia de ressincronização.

EP-026 (ID: 1994) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV04
Título: ASSOCIAÇAO ENTRE O USO PREVIO DE DIURETICOS DE ALÇA COM DISFUNÇAO RENAL GRAVE EM PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Autores: paulo CARVALHO XIMENES DE ARAGÃO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), JHONYSON ANTONIO DE OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), GABRIEL LUAN BATISTA DE ÁVILA (UFC, JUAZEIRO, BA, Brasil), LARA VIANA DE PAULA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), natanael PONTE DE OLIVEIRA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), WYLSTON DE MORAES CALDAS FILHO (UFC, PARNAÍBA, PI, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamentos: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica de elevada prevalência e impacto socioeconômico. Nos últimos anos, o aparecimento de injúria renal em portadores de IC tem emergido como um fator potencialmente associado à maior mortalidade. Dentre as medicações preconizadas para o tratamento da IC sintomática, tem-se os diuréticos de alça, fármaco que a longo prazo, podem induzir a déficit da função renal. Objetivos: Relacionar o uso crônico de diuréticos de alça com a ocorrência de disfunção renal grave (estágio IV e V de doença renal crônica) em pacientes internados por IC descompensada aguda. Material ou Paciente: Estudo transversal, com 184 pacientes internados por descompensação de IC no Hospital do Coração de Sobral (CE), no período de 1 de fevereiro a 30 de dezembro de 2018. Métodos: As variáveis clínico-patológicas foram obtidas por meio da análise dos prontuários dos pacientes, enquanto que as variáveis subjetivas (como o tempo de uso de medicação) por meio de interrogatório à beira do leito. Para evitar-se possíveis vieses, foram selecionados apenas pacientes com faixa etária equivalente (60 a 80 anos), sem comorbidades crônicas associadas além da IC (como diabetes mellitus por exemplo) e sem uso crônico de medicações sabidamente de caráter nefrotóxico. Avaliou-se, ao todo 184 pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica, com 132 (73,33%) em uso de Furosemida por, no mínimo, nos últimos 3 anos. Posteriormente aplicou-se a fórmula de Cockroft-Gault para o cálculo do ritmo de filtração glomerular estimado (RFG-e), estabelecendo como ponto de corte paramétrico o valor de 30ml/min (ponto de referência para estágios IV e V da doença renal crônica). Na análise estatística, utilizou-se o programa Epi Info, com aplicação do teste t de Student para variáveis não pareadas, além do teste de x de Pearson e método exato de Fischer, considerando nível de significância de $p<0,05$. Resultados. No grupo em uso de furosemida 25 pacientes (18,94%) desenvolveram disfunção renal grave (RFG-e < 30ml/min), enquanto que no grupo sem uso de diuréticos de alça 5 pacientes (9,52%) apresentaram deterioração grave. Valor de $p < 0,01$. Conclusão. Constata-se que a utilização prolongada de diuréticos de alça desempenha efeitos nocivos à função renal, contribuindo para o aumento de incidência de disfunção renal severa.
Palavras-chave: DIURÉTICOS, DISFUNÇÃO RENAL, INSUFCIÊNCIA CARDÍACA.

EP-027 (ID: 1202) | Área: Cirúrgico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV04

Título: FISTULA VENTRICULO ESQUERDO-ATRIO DIREITO EM ADULTO. MANIFESTAÇAO ATIPICA DO DEFEITO DE GERBODE ?

Autores: Talita Mendes Bezerra Ximenes (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Emmanuella Passos Chaves (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Acrisio Sales Valente (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Maria Suely Bezerra Diógenes (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Antônio de Mesquita (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Aloísio Sales Gondim (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O defeito de Gerbode, primeiramente relatado no ano de 1838, faz referência a uma malformação no septo ventricular associada a um defeito no folheto septal da valva tricúspide, que produz um shunt entre o ventrículo esquerdo (VE) e o átrio direito (AD). São usualmente localizados na região do septo membranoso e com entrada no AD anterior ao seio coronário. É uma alteração rara, correspondendo a menos de 1% das cardiopatias congênitas. A variante adquirida tem como causas principais: endocardite infecciosa, cirurgias cardíacas prévias ou IAM. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar-se com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com morbimortalidade significativa, sendo necessária intervenção cirúrgica precoce. O ecocardiograma (ECO) é o padrão-ouro para o diagnóstico. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 32 anos, foi internado em um hospital terciário de Fortaleza com quadro de anasarca por ICC e fibrilação atrial. Ao ECO, visualizou-se sobrecarga das quatro câmaras cardíacas, aumento das pressões em enchimento de VE, leve insuficiência de valva mitral, refluxo leve a moderado de valva tricúspide, dilatação do tronco pulmonar, comunicação VE-AD de 30 x 9 mm, posterior ao septo membranoso, causando shunt esquerda-direita moderado-importante. Não havia sinais de endocardite. Ao estudo hemodinâmico, os fluxos sanguíneos dos pulmões e circulação sistêmica apresentavam uma relação Qp/Qs de 1.875; O paciente foi abordado cirurgicamente, identificado comunicação de 1cm de diâmetro entre AD e VE, posterior ao seio coronário, sendo realizado seu fechamento com pericárdio bovino. A abordagem foi realizada sem intercorrências. Paciente segue estável hemodinamicamente em acompanhamento na enfermaria. DISCUSSÃO: Embora o defeito de Gerbode tenha sido considerado quando identificada a comunicação VE-AD ao ecocardiograma, a localização não era a usualmente descrita, em geral relacionada ao septo membranoso. Não havia também indícios de etiologia adquirida. O estudo hemodinâmico não acrescentou na identificação da etiologia, mas confirmou a repercussão hemodinâmica do defeito com as avaliações de fluxo e pressões. Mantidos os questionamentos etiológicos, não restaram dúvidas quanto à necessidade imediata de intervenção cirúrgica. A cirurgia confirmou uma localização atípica da comunicação VE-AD, posterior ao seio coronário, sem anomalias de folhetos tricuspídeos ou indícios de etiologia adquirida. CONCLUSÃO: O caso apresentado detalha uma apresentação morfológica atípica de comunicação entre o VE e o AD em adulto com provável etiologia congênita. O diagnóstico e tratamento do quadro foi efetivo e a análise cirúrgica confirmou uma localização incomum do defeito, não obedecendo as características usualmente descritas para o defeito de Gerbode, defeito similar raro descrito na literatura.

Palavras-chave: Defeito de Gerbode; Shunt Esquerdo-Direito; Fístula atrioventricular.

EP-028 (ID: 1130) | Área: Intervencionista
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV04

Título: SINDROME CORONARIANA AGUDA X CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO: UM DESAFIO DIAGNOSTICO

Autores: EDITE CARVALHO MACHADO (UECE, Fortaleza, CE, Brasil), EMMANUELLA PASSOS CHAVES ROCHA (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), ANA LUÍSA SALDANHA VENTURA MARANHÃO (UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), TICIANA ALENCAR NORONHA (UECE, Fortaleza, CE, Brasil), FREDERICO CARLOS DE SOUSA ARNAUD (Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), FILADELFO RODRIGUES FILHO (Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), ANTÔNIO FERNANDES SILVA E SOUSA NETO (Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A cardiomiopatia de Takotsubo é uma disfunção transitória do ventrículo esquerdo (VE) com, na maioria das vezes, apresentação de dor torácica, alterações no eletrocardiograma (ECG) e liberação discreta dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina, CKMB e peptídeo natriurético atrial. Prevalece em mulheres na pós-menopausa e constitui cerca de 2 a 3% dos casos em que se suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), podendo ser desencadeada por estresse físico e/ou emocional. Em relação à fisiopatologia, a estimulação simpática exacerbada é proposta como um fator central. Diferenças regionais na sensibilidade ou na inervação adrenérgica devem explicar apresentações clínicas diferentes e alterações segmentares. Alguns estudos também sugerem que o espessamento septal é um fator importante, o que resulta em balonamento no ápice, promovendo um disparo secundário para liberação adrenérgica. O diagnóstico diferencial baseia-se no estudo hemodinâmico, em que se observa a ausência de doenças coronarianas significativas e a presença de acinesia apical, associados à hipercinesia basal do VE. No ECG, a ausência de alterações recíprocas e de anormalidade na onda Q e a relação ST V4-6/V1-3 > 1 são sugestivas da síndrome de

Takotsubo. Descrição do caso: MGES, paciente feminina, 60 anos, foi admitida na emergência do Hospital de Messejana por precordialgia súbita em aperto, com irradiação para dorso e membro superior esquerdo (MSE), associada a sudorese, palidez e síncope, após abalo emocional nas últimas 24 horas. O ECG de admissão apresentava supradesnivelamento de V1-V4 e inversão de onda T em V5 e V6. A dosagem de Troponina T ultra-sensível sérica foi 0,586 ng/ml (VR até 0,025ng/ml), e a de CK-MB MASSA, 18,57 ng/dl (VR<3,77ng/ml). Levantou-se como hipóteses diagnósticas SCA com delta T prolongado ou síndrome de Takotsubo. A paciente foi conduzida com dupla antiagregação plaquetária e estatina de alta potência antes da realização do estudo hemodinâmico por coronariografia e ventriculografia, que não detectou alterações coronárias, mas uma disfunção sistólica grave de VE, o que corresponde com o diagnóstico de Takotsubo. A paciente permaneceu internada no posto para observação e evoluiu com melhora do quadro. Conclusão: A grande semelhança clínica entre as patologias em questão ratifica a necessidade de distinção diagnóstica rápida e eficaz para a adequada escolha da conduta terapêutica. No departamento de emergência, o tratamento baseia-se em medidas de suporte hemodinâmico. Mas apesar de a patogênese da síndrome de Takotsubo ainda não estar bem esclarecida, o conhecimento do fato de que os quadros são desencadeados por fatores diversos, tais como abalos emocionais, sugere controle de episódios de estresse e acompanhamento especializado.
Palavras-chave: Takotsubo; Infarto; Hemodinâmica.

EP-029 (ID: 1675) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV04
Título: ANALISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE POR DOENÇA DE CHAGAS ENTRE AS REGIOES METROPOLITANAS E INTERIORANAS NO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2008 E 2017

Autores: Emanuel Carneiro de Vasconcelos (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Coelho Brito Dias (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Bernardo Chaves Lima (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Swelen Cristina Medeiros de Lima (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Damasceno Gurjão Pessoa (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Priscila Janiele de Lima Costa (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Thomaz Alexandre Costa (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Wesla Suzy Praxedes (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Larissa Mariane Amorim Silva (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A doença de Chagas, ou tripanossomíase americana, é uma antroponose cujo agente etiológico é o Trypanosoma cruzi e que tem como vetores os insetos do gênero Triatominae. A mortalidade da doença de Chagas ocorre, principalmente, devido a disfunções cardiovasculares. Dentre estes, destacam-se taquicardia e fibrilação ventricular ou, menos frequentemente, bloqueio atrioventricular total e disfunção do nó sinusal. Dependendo do estágio da doença, as causas de morte podem variar, sendo a morte cardíaca súbita o principal fator nos estágios iniciais da doença e, nos mais avançados, predominam mortes causadas por insuficiência cardíaca. Diante da relevância dessa doença no nordeste brasileiro e levando em conta as diferenças territoriais de impacto desta patologia devido a questões relacionadas à sua transmissão e ao acesso à saúde em uma determinada região, busca-se analisar, por intermédio da plataforma DATASUS, as diferenças nos índices de mortalidade em capitais e no interior nordestinos em uma janela temporal de 10 anos, a fim de evidenciar os motivos para tais.Resultados: Houve, no nordeste brasileiro, no período de 2008 a 2017, um total de 10.287 óbitos devido a complicações da Doença de Chagas, sendo 925 em Alagoas, 6243 na Bahia, 497 no Ceará, 72 no Maranhão, 304 na Paraíba, 710 no Piauí, 1194 em Pernambuco, 154 no Rio Grande do Norte e 188 em Sergipe. Destes, 6.202 casos ocorreram nas regiões interioranas destes estados, cerca de 60,30% do total. Dos 9 estados, apenas 2 registraram a maior parte de óbitos na região metropolitana e não no interior. É possível mencionar Alagoas como o estado com o menor percentual de óbitos por Doença de Chagas na zona interiorana neste período, com apenas 16 casos (menos de 2% do total do estado), enquanto Piauí se encontra no extremo oposto, com 660 dos casos mencionados referentes à zona interiorana (quase 93% do total do estado).Discussão: Foi possível observar um predomínio dos óbitos devido a Doença de Chagas no interior dos estados, fato que, provavelmente, se deve ao predomínio de microambientes propícios a infestação por triatomíneos, vetores da doença, além da maior dificuldade da população de ter acesso a serviços de saúde que ajudem a mitigar os efeitos prejudiciais dessa patologia e que conscientizem a população sobre a prevenção correta dela. Conclusão: A partir do levantamento dos dados pode-se concluir que, como esperado, a maioria dos óbitos por doença de Chagas ocorreu no interior, provavelmente devido ao ambiente favorável ao vetor. Além disso, a subnotificação é outro fator a ser levado em consideração quando se discute sobre mortalidade em doença de Chagas, visto que grande parte dos óbitos causados por ela não são devidamente registrados. Assim, estima-se que o real número de óbitos devido à Doença de Chagas seja superior ao catalogado.
Palavras-chave: Doença de Chagas; Mortalidade; Nordeste; Região Metropolitana.

EP-030 (ID: 1997) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV04
Título: ANALISE DO IMPACTO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO CEARA.

Autores: MARIANA REBELO MATOS (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), TALITA MENDES BEZERRA XIMENES

(UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), LARISSA CRISTINA PAULA AMORIM (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), OTO MAIA PEREIRA (FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), FILADELFO RODRIGUES FILHO (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), FREDERICO CARLOS DE SOUSA ARNAUD (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), CLARISSA SANDERS COSTA (UNIFOR, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: SABE-SE QUE AS ÚLTIMAS DÉCADAS, NO BRASIL E, CONSEQUENTEMENTE, NO CEARÁ, SÃO MARCADAS PELO PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, COM MUDANÇA SIGNIFICATIVA NO PANORAMA DE MORBIMORTALIDADE, COM PREDOMÍNIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS. ENTRE ESSAS, DESTACAM-SE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES, COMO UMA IMPORTANTE CAUSA DE MORTALIDADE, IMPACTANDO DE FORMA DIRETA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO E NOS CUSTOS AO SISTEMA. ASSIM, FAZ-SE NECESSÁRIO O ESTUDO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO CEARÁ, COM O INTUITO DE DESENVOLVER POLÍTICAS PÚBLICAS EFETIVAS QUE VISEM ATUAR NOS FATORES DE RISCO POTENCIALMENTE MODIFICÁVEIS. RESULTADOS/DISCUSSÃO: TRATA-SE DE UM ESTUDO DESCRITIVO DE DADOS SECUNDÁRIOS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO CEARÁ NOS ANOS DE 1997 E 2017. FOI UTILIZADA A BASE DE DADOS NACIONAIS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM). EM 1997 OS ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES CORRESPONDERAM A 54,3% DOS ÓBITOS POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E EM 2017 À 52,7%. COM RELAÇÃO AOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS, INDICADOR QUE MEDE O TOTAL DE ANOS DE VIDA PERDIDOS PARA CADA ÓBITO PREMATURO (ABAIXO DE 70 ANOS), SEU VALOR FOI DE 67.713,5 NO ANO DE 2017. ADEMAIS, HOUVE UMA MAIOR OCORRÊNCIA DE ÓBITOS NO SEXO MASCULINO, SENDO 52,3% DO TOTAL. ANALISANDO AS TAXAS DE MORTALIDADE POR CAUSAS ESPECÍFICAS, HOUVE UM INCREMENTO DAS DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO PASSANDO DE 21,5 PARA 53,5 POR 100.000 HABITANTES. CONCLUSÃO: DESSE MODO, O PRESENTE ESTUDO REVELOU QUE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES REPRESENTAM A PRINCIPAL CAUSA DE ÓBITO NO ESTADO DO CEARÁ, QUADRO QUE REFLETE A IMPORTÂNCIA DE ATUAR DE FORMA DIRETA NOS MEIOS DE PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS, COMO TABAGISMO, HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA E DIABETES MELLITUS. ASSIM, DESTACA-SE A IMPORTÂNCIA DO FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA OS MEIOS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE, COM A AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E, CONSEQUETEMENTE, DA SUA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR, POR MEIO DE MÉDICOS, NUTRICIONISTAS, PSICÓLOGOS. ADEMAIS, FAZ- SE NECESSÁRIO AMPLIAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO CEARÁ, COM O INTUITO DE ABORDAGEM CIRÚRGICA E MEDICAMENTOSA RÁPIDA E EFICAZ, REDUZINDO, ASSIM, A MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO.
Palavras-chave: MORTALIDADE ; DOENÇAS CARDIOVASCULARES; CEARÁ; IAM.

EP-031 (ID: 1996) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV04
Título: AVALIAR A RELAÇAO DE RISCO ENTRE OS NIVEIS DE CREATININA E A FRAÇAO DE EJEÇAO REDUZIDA EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Autores: PAULO CARVALHO XIMENES DE ARAGÃO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LARA VIANA DE PAULA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), GABRIEL MAGALHÃES TOQUARTO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), CAMILA DE OLIVEIRA GREGÓRIO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), NATANAEL PONTE DE OLIVEIRA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), crislay MARIA PEREIRA FONTENELE (UFC, CARNAUBAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é atualmente uma importante questão de saúde pública mundial. A IC pode manifestar-se de duas formas quanto a fração de ejeção ventricular esquerda: IC com fração de ejeção (FE) diminuída, quando menor ou igual a 50%, ou FE preservada, quando maior a 50%. Paralelamente a disfunção renal, demarcada laboratorialmente pela elevação dos níveis de creatinina, é um importante fator preditor de prognóstico, podendo alterar o curso da insuficiência cardíaca. Objetivo: Estabelecer possível linearidade entre insuficiência cardíaca com diminuição da fração de ejeção no ventrículo esquerdo com elevação dos níveis séricos de creatinina. Material ou Paciente: Estudo analítico e transversal, no qual foram analisados 224 pacientes internados com descompensação aguda de quadro de IC em um hospital terciário de referência em doenças cardiovasculares Métodos: Os dados foram coletados a partir de prontuário de atendimento físico e virtual, com enfoque nas informações presentes no momento de internação hospitalar. 20 pacientes foram descartados por informações incipientes. Os 204 remanescentes foram estratificados conforme fração de ejeção ventricular ao ecodopplercardiograma (utilizou-se o método de Simpson para os pacientes portadores de IC com etiologia isquêmica e de Teichholz para demais situações). Para análise estatística foi utilizado o programa Open Epi com aplicação do teste qui- quadrado de Fischer. Foi utilizado como valor de referência p< 0,05. Resultados: Dos 204 pacientes aptos ao estudo, 94 apresentaram níveis elevados de creatinina e destes 65(69,15%) apresentaram redução na fração de ejeção. Enquanto que, dos 110 pacientes com níveis normais de creatinina 58 (53%) apresentaram redução na fração de

ejeção. (valor de p < 0,025). Conclusão: Em conformidade com os resultados obtidos, a elevação dos níveis séricos de creatinina mostrou congruência com a diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda em portadores de insuficiência cardíaca, salientando a importância dos cuidados para com a função renal nesses pacientes.
Palavras-chave: FRAÇÃO DE EJEÇÃO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CREATININA.

EP-032 (ID: 1828) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV04
Título: PREVALENCIA DO ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA EM CASOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO AMBIENTE PRE-HOSPITALAR E CAUSAS ASSOCIADAS.

Autores: Francisco Moises Ferreira de Sousa (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Carlos Eduardo Arruda Lima (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Vívien Cunha Alves de Freitas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Natália Cabrera Matos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Gabrielle Karen Almeida Rocha (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Leia Gadelha Teixeira (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Ana Kelle Borges de Ávila (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Clara Damasio de Lima (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil), Rogério Pinto Giesta (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tornaram-se a principal causa de mortes no estado do Ceará, representando cerca de 50,2% dos óbitos no ano de 2017. Dentre elas, destaca-se o infarto agudo do miocárdio (IAM). OBJETIVO: Identificar a prevalência do atendimento à queixa de IAM por equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no estado do Ceará. METODOLOGIA: Estudo transversal, descritivo e documental, com dados obtidos por intermédio das fichas de atendimento serviço pré-hospitalar, disponibilizados pela Sesa no ano de 2018. RESULTADOS: No ano de 2018, o SAMU realizou ao todo 14.575 atendimentos no estado do Ceará, desde causas traumáticas à psiquiátricas, revelando a variedade das causas de ocorrência. Entretanto, especificamente relacionado ao IAM, o número de atendimentos de queixas e atendimentos foi de 1.136 (7,7% das ocorrências), sendo um número relevante, por se tratar de um agravo que, se não tratada o mais precocemente possível, pode causar o óbito e diversas complicações para o indivíduo. Um dos fatores que podem ocasionar esse agravo são as doenças hipertensivas e a obesidade. Quanto à hipertensão, no Estado, no período de 1997 à 2017, respectivamente, a prevalência de hipertensos passou de 5,2 para 22,2 casos por 100.000 habitantes (326,8%), Sobre a obesidade, no mesmo período, dados do município de Fortaleza revelam o aumento de 26,5% na prevalência do excesso de peso, passando de 42,2% em 2005 para 53,4 % no ano de 2017. CONCLUSÃO: A partir das estatísticas acima, pode-se fazer uma análise entre os dados de atendimento em casos de IAM prestados pelo SAMU e os índices de hipertensão e obesidade crescentes. Cabendo aos profissionais de saúde a realização de estudos mais aprofundados para discorrer sobre a relação do atendimento à vítima de infarto e casos de obesidade e/ou hipertensão como causas associadas.
Palavras-chave: Infarto do Miocárdio, Doenças não transmissíveis, Serviços Médicos de Emergência.

EP-033 (ID: 1891) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV05
Título: ANORMALIDADES CARDIOVASCULARES PRESENTES EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM MUCOPOLISSACARIDOSE III ACOMPANHADOS NO SERVIÇO DE GENETICA MEDICA DO ESTADO DO CEARA.

Autores: Gabryel Castro Maia (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Camila Bringel (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Josevaldo Monteiro Maia Filho (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Abraão Freitas Pereira (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Carolina Souza Silva (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Joana Amaral Acioly (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Augusto César Cardoso dos Santos (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil), Henrique Gonçalves Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Mucopolissacaridose (MPS) é um erro inato do metabolismo causado por deficiência de enzimas lisossomais, levando ao prejuízo da degradação de glicosaminoglicanos. Essa doença tem caráter hereditário autossômico recessivo e sua prevalência mundial é de, aproximadamente, 1-9: 1.000.000 de habitantes. As manifestações clínicas da MPS são bastante heterogêneas, destacando-se a presença de atraso no desenvolvimento neurológico, opacidade da córnea, perda da audição, face peculiar, disostose múltipla, mobilidade articular reduzida, distúrbios do comportamento e cardiopatias congênitas. As alterações cardiovasculares encontradas nessa doença podem ter graves consequências, resultando em alguns casos em óbito dos pacientes. Este trabalho tem como objetivo relatar as anormalidades cardiovasculares presentes em pacientes diagnosticados com MPS III acompanhados no serviço de genética médica do Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza (CE). Resultados/Discussão: Foram avaliados 12 pacientes, dos quais 7 eram homens e 5 mulheres. Dos pacientes avaliados 7 foram submetidos aos exames de eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma. Apenas um paciente evidenciou, ao ECG,

distúrbios de condução, sendo esse o bloqueio incompleto do ramo direito. Além disso o mesmo paciente foi o único a apresentar, ao ECG, sugestiva hipertrofia do ventrículo esquerdo. Os demais exames de ECG não evidenciaram anormalidades cardíacas. Ao ecocardiograma, 5 pacientes mostraram insuficiência mitral com regurgitação sanguínea. Outros 5 pacientes apresentaram insuficiência aórtica de grau leve. Dos pacientes avaliados, 3 apresentaram espessamento da valva mitral. Espessamento aórtico (2) e escape aórtico (2) também foram achados comuns. Apenas um paciente apresentou miocardiopatia dilatada e rotura de cordoalhas tendíneas. Outro possuía regurgitação tricúspide e escape valvar mitral. Uma comunicação interventricular de 1,3 mm foi evidenciada em um dos pacientes. O prolapso de valva mitral apresentou-se em apenas um paciente. Os respectivos achados, nos exames complementares, vão ao encontro do que foi atestado anteriormente por Rigante, D. e Segni, G. (2002), uma vez que esses já apresentaram, em estudo, o comprometimento da estrutura cardíaca presente em pacientes com a referida doença. Conclusão: Os pacientes com Mucopolissacaridose do tipo III podem apresentar diversas alterações morfofisiológicas, entretanto conclui-se que as anormalidades de ordem cardiovascular se revelam bastante prevalentes nesses indivíduos, sendo, portanto, responsáveis pela presença de diversos sinais clínicos característicos da doença. Esse fato revela a importância de se conhecer os sinais clínicos e radiológicos dos distúrbios cardiovasculares presentes nessa doença, uma vez que esses sinais têm grande relevância para o diagnóstico da doença e para a realização de um manejo clínico adequado dos pacientes, prevenindo, dessa forma, as consequências graves da MPS III.

Palavras-chave: Anormalidades cardiovasculares, Mucopolissacaridose III, erros inatos do metabolismo.

EP-034 (ID: 1886) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV05
Título: DISFUNÇAO SISTOLICA PRECOCE DO VENTRICULO ESQUERDO DETECTADA PELA TECNICA ECOCARDIOGRAFICA DO SPECKLE-TRACKING EM UMA POPULAÇAO JOVEM DE PACIENTES COM LIPODISTROFIA GENERALIZADA CONGENITA

Autores: IVAN LUCAS ROCHA LIBERATO (Unichristus, fortaleza, CE, Brasil), LARISSA FERREIRA LOPES (Unichristus, fortaleza, CE, Brasil), JOSE LEONARDO GOMES ROCHA JUNIOR (UNICHRISTUS, fortaleza, CE, Brasil), CHRISTIANE BEZERRA ROCHA LIBERATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, fortaleza, CE, Brasil), GRAYCE ELLEN CRUZ PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, fortaleza, CE, Brasil), NATALIA BITAR CUNHA OLEGÁRIO (FACULDADE MAURICIO DE NASSAU, fortaleza, CE, Brasil), VIRGINIA OLIVEIRA FERNANDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, fortaleza, CE, Brasil), RENAN MAGALHÃES MONTENEGRO JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A Lipodistrofia Generalizada Congênita (LGC) é uma doença autossômica recessiva caracterizada pela ausência do tecido adiposo corporal e armazenamento ectópico de lipídeos em diversos órgãos. Os indivíduos afetados desenvolvem grave resistência à insulina, dislipidemia, diabetes, e cursam com mortalidade cardiovascular precoce. Exames ecocardiográficos descritos previamente na LGC utilizaram apenas o ecocardiograma convencional (ECO) e o speckle-tracking bidimensional (ST2D), nova técnica ecocardiográfica, permite detectar alterações precoces da função miocárdica. Resultados: A idade média de cada grupo foi de 14,6 ± 10.7 anos: 68,2% (n=15) tinham idade < 18 anos e 31,8% (n=7) ≥ 18 anos, sendo 59,0% (n=13) do sexo feminino. Todos os pacientes tinham hipoleptinemia, 95,4% (n=21) HDL-c baixo, 86,4% (n=19) hipertrigliceridemia, 72,7% (n=16) severa resistência à insulina, 68,2% (n=15) diabetes, 50% (n=11) esteatose hepática, 41% (n=9) hiperinsulinemia, 41% (n=9) hipercolesterolemia e 18,2% (n=4) hipertensão arterial sistêmica (HAS). Quando avaliados pelo ECO convencional, todos os indivíduos com LGC apresentaram fração de ejeção (FE) normal, 36,6% (n=8) disfunção diastólica, 31,8% (n=7) hipertrofia ventricular esquerda (HVE), 27,3% (n=6) aumento do índice de volume atrial esquerdo (IVAE), 18,2% (n=4) aumento do diâmetro sistólico do VE (DSVE) e 4,5% (n=1) do diâmetro diastólico do VE (DDVE). Comparando o grupo LGC e grupo controle, os pacientes com LGC tinham maior IVAE e índice de massa do VE (IMVE). A avaliação pelo ST2D mostrou resultados anormais do SGL em 68,2% (n=15) no grupo LGC (p <0,01). O SGL foi normal em todos participantes do grupo controle. O grupo LGC também apresentou resultados anormais na avaliação do strain longitudinal de todos os segmentos do VE (p <0,01), com exceção dos segmentos apicais. No grupo dos 22 pacientes com LGC observou-se correlação entre SGL e níveis séricos de insulina (r=0,62, p=0,007), HbA1c (r=0,57, p=0,005), glicemia (r=0,5, p=0,018) e HOMA-IR (r=0,5, p =0,021). Correlação inversa foi encontrada entre níveis séricos de leptina e SGL (r= -0,51, p=0,005). Evidenciou-se, ainda, correlação entre idade e SGL (r=0,45, p=0,03) no mesmo grupo. Conclusão: A técnica ecocardiográfica do speckle-tracking bidimensional revelou disfunção sistólica precoce do ventrículo esquerdo, apesar do estudo ecocardiográfico convencional apresentar função sistólica normal, em população jovem com LGC. A exposição precoce aos fatores de risco cardiovascular como glicemia, HbA1c e HOMA-IR elevados parecem estar relacionados ao dano miocárdico.

Palavras-chave: Lipodistrofia; Função ventricular esquerda; Ecocardiografia.

EP-035 (ID: 1865) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV05
Título: MIOCARDIOPATIA NAO COMPACTADA: RELATO DE CASO

Autores: Isabelle Maria Oliveira de Sousa (Centro Universitários Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Davi Candeira Cardoso (Centro Universitários Christus (UNICHRISTUS), fortaleza, CE, Brasil), Larissa Cristina Paula Amorim (Centro Universitários Christus (UNICHRISTUS), fortaleza, CE, Brasil), Mariana Nogueira Dantas (Universidade Federal do Ceara (UFC), fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana , fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana , fortaleza, CE, Brasil), José Mozart Ribeiro Neto (Hospital do Coração de Messejana, fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A miocardiopatia não compactada(MNC) é uma doença rara, geneticamente determinada e provavelmente surge no período embrionário com a parada intrauterina da compactação miocárdica,determinando trabeculações miocárdicas proeminentes e espessamento do miocárdio em duas camadas distintas. Neste processo, ocorre persistência de trabeculações, resultando em miocárdio espesso não conectado com a circulação coronariana. O objetivo desse estudo foi explanar sobre essa patologia, por meio do relato de caso de um portador de MNC diagnosticado no Hospital de Messejana(HM),em Fortaleza-CE. RESULTADOS: FXRS, masculino, 64 anos, pardo, hipertenso e IC compensada. Em 2017 procurou pronto atendimento no HM com dispneia,sendo evidenciado no eletrocardiograma(ECG) uma taquicardia ventricular monomórfica(TVM), reversível após cardioversão elétrica(CVE). Após a realização desse procedimento, repetido ECG, no qual foi verificado infra do segmento ST e supra em V1 e AVR.Foi indicado um cateterismo(CATE) e um ECO, uma vez do fator de risco para evolução para IAM.No CATE foi observado coronárias sem lesões obstrutivas significativas e disfunção global importante do ventrículo esquerdo (VE). No ECO evidenciou-se fração de ejeção do VE de 30%, hipocinesia global do VE e aumento das trabeculações do ápice do VE, sugestivo de MNC. Nesse sentido, foi indicado um cardiodesfibrilador implantável (CDI), evoluindo com melhora clínica e mantendo seguindo ambulatorial no HM. Em janeiro de 2019, paciente referiu sentir sete disparos pelo CDI, evoluindo com dispneia em repouso, fadiga e síncope.Após cinco dias de início do quadro,procurou auxílio em clínica, estando taquicárdico(193bpm), sendo realizado um novo ECO, que mostrou dilatação moderada de VE e AE,hipertrofia excêntrica de VE, hipocinesia médio-apical dos segmentos de VE,sendo encaminhado para o HM. O ECG da admissão mostrou uma TVM sustentada, sendo realizada CVE. Foi mantida algumas medicações da terapia otimizada da ICe anticoagulação e foi solicitada ainda uma avaliação do CDI. Após avaliação do CDI, paciente assintomático, estável hemodinamicamente, recebeu alta hospitalar. DISCUSSÃO: A MNC apresenta uma expressividade variável do quadro clínico, pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar quadro de insuficiência cardíaca(IC), arritmias e tromboembolismo sistêmico. A maioria dos pacientes apresentará, ao longo dos anos, sintomas de falência ventricular. A origem da disfunção nesses indivíduos ainda é obscura, mas acredita-se que a disfunção microcirculatória e, consequentemente, a hipoperfusão subendocárdica corrobora de forma determinante para esse quadro. CONCLUSÃO: Neste caso foi visto que o paciente apresentava achados compatíveis com o diagnóstico de MNC. Enfermidade que necessita de diagnóstico precoce para que as medidas a serem tomadas sejam eficazes,valendo ressaltar que a suspeita diagnóstica deve acontecer em todos com achados de falência ventricular, arritmia ventricular e eventos embólicos.

Palavras-chave: Cardiomiopatias, cardiopatias congênitas, insuficiência cardíaca.

EP-036 (ID: 1112) | Área: Intervencionista
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV05
Título: PACIENTE COM INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA E CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTAVEL: UM RELATO DE CASO

Autores: GABRIEL VITOR LOPES DA SILVA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), VICTORIA BIANCA VIANA HOLANDA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), CARLOS JOSÉ MOTA DE LIMA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), ANA CAROLINA BRITO DE ALCANTARA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), BEATRIZ VIANA SOUTO DA SILVA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), ÉRICA UCHOA HOLANDA (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), VITÓRIA JANNYNE GUIMARÃES DE SOUSA ARAÚJO (UNIVERSIDADE CHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), RAFAEL NOGUEIRA DE MACEDO (CENTRO CARDIOLÓGICO SÃO CAMILO, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A Insuficiência cardíaca (IC) caracteriza-se pelo estado no qual o coração é incapaz de bombear para atender às necessidades metabólicas tissulares. Dentre as complicações, destacam-se as arritmias ventriculares, como a taquicardia ventricular (TV) e a fibrilação ventricular, que não apenas são fonte de sintomas como palpitações, síncope e tontura, mas também são responsáveis por cerca de 80% dos casos de morte súbita nesses pacientes. Vale salientar que a morte súbita(MS) é um desfecho comum nesses pacientes, sendo responsável por 30 a 50% dos óbitos dos portadores de IC. Assim, episódio prévio de morte súbita abortada e a TV denotam alto fator de risco para MS, sendo indicação Classe I para uso de um Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI). DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 64 anos, com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca secundária a infarto agudo do miocárdio, foi admitido com queixa de palpitação. Realizado Eletrocardiograma que evidenciou Taquicardia Ventricular. (Figura 1) Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, sendo realizado um ciclo de reanimação cardiopulmonar, com retorno à circulação

espontânea após desfibrilação. Durante o internamento, foi realizado Ecocardiograma, o qual apresentou hipocinesia global do ventrículo esquerdo e Fração de Ejeção de 30%. O paciente permaneceu internado por 14 dias após a implantação de um Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI), obtendo melhora clínica significativa, e seguindo em acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: Estudos documentam a efetividade do uso do CDI em restringir o risco de TVs e MS em pacientes de elevado risco, quando comparado aos antiarrítmicos. Dentre as indicações para a implante de CDI destacam-se o risco estatístico e o status clínico do paciente. Assim, têm-se que a indicação Classe I (Alto risco) para o CDI se baseia em critérios como: sobreviver a uma PCR devido FA ou TVS com instabilidade hemodinâmica (FEVE <35%), como visto no paciente em questão que apresentava TVS e evento de PCR, junto a IC e FEVE<30%. As Classes IIa e IIb referem-se aos de risco intermediário com possível indicação de CDI, e a III de baixo risco, sem indicação de CDI. CONCLUSÃO: A análise desses fatores para a intervenção com o CDI é de extrema importância para evitar a progressão da doença, pois em pacientes com insuficiência cardíaca, o benefício do CDI reside na capacidade de intervir direta e automaticamente no evento que se estima ser responsável pela morte da metade dos pacientes com essa doença, a morte súbita por arritmia ventricular e, além disso, melhorar a sobrevida dos pacientes em uma relação de 48% a 78% do seguimento na terapia.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca Congestiva; Taquiarritmia; Morte súbita; Parada Cardiorrespiratória; Eletrocardiograma.

EP-037 (ID: 1227) | Área: Intervencionista
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV05
Título: ABORDAGEM DE DISSECÇÃO DE AORTA NA EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO

Autores: Lara Veras Franco (Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Bianca Batista Diniz Freitas (Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Sarah Ferrer Augusto Gonçalves (Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Patrick Erique da Silva Sousa (Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Bianca Pessoa Macedo (Unichristus , Fortaleza, CE, Brasil), Mario Alves Soares Júnior (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A dissecção aguda de aorta possui baixa frequência, mas grande importância devido à alta mortalidade. Tem fisiopatologia caracterizada por súbita separação da camada média do vaso, levando à infiltração de uma coluna de sangue em um espaço virtual formado entre a íntima e a adventícia, determinando uma falsa luz e a formação de hematoma. A apresentação clínica pode variar, mas normalmente cursa com dor torácica intensa e súbita, que pode irradiar para dorso, abdome ou região cervical. Sintomas como dispneia, paresia de membros inferiores, tontura, vômitos e náuseas podem surgir. O diagnóstico de dissecção de aorta depende, inicialmente, da suspeita clínica, seguida da confirmação por exame de imagem. Resultados/Discussão: Homem, 61 anos, buscou assistência médica, devido queda da própria altura, associada a dor precordial em queimação irradiando para o dorso, paresia de membros inferiores, náuseas e sudorese. Histórico de tabagismo há 20 anos. Ao exame físico, o paciente estava taquipneico, pressão arterial no membro superior direito: 161x69mmHg enquanto no membro superior esquerdo:144x75mmHg; frequência cardíaca de 45 bpm com simetria de pulsos, enchimento capilar lentificado e bulhas cardíacas hipofonéticas. Gasometria não mostrou alterações. Eletrocardiograma apresentou ritmo sinusal sem desvio de eixo ou sinal de sobrecarga, ST dentro da normalidade. Radiografia de tórax indicou alargamento mediastinal. O paciente foi transferido para a UTI em uso de nitroprussiato e morfina. Apresentou recorrência da precordialgia, parestesia de membros inferiores e vômitos. Ultrassom FAST mostrou dissecção de aorta abdominal e flap intimal. O ecocardiograma transtorácico confirmou presença mínima de dissecção de aorta, com início a 15mm do plano da valva aórtica, se estendendo pelo arco aórtico, tronco braquiocefálico, aorta descendente e aorta abdominal, além de insuficiência aórtica leve. Angiotomografia de aorta apontou ectasia cilíndrica da aorta torácica, com dissecção desde a aorta ascendente, estendendo-se para a descendente abdominal até a A.ilíaca comum esquerda. Conclui-se o diagnóstico de dissecção de aorta tipo A aguda, estendendo até ilíaca. O paciente foi encaminhado para cirurgia cardíaca imediata. No momento, o paciente encontra-se no pós operatório imediato, em observação na UTI pós-cirúrgica, sem intercorrências. Conclusão: Os avanços do tratamento da dissecção da aorta promoveram a diminuição da sua morbimortalidade. O tratamento clínico precisa ser iniciado imediatamente, antes mesmo de se confirmar o diagnóstico e baseia-se no alívio da dor, no controle da frequência cardíaca e da pressão arterial sistêmica. A intervenção cirúrgica imediata está indicada sempre que a dissecção aórtica envolver a aorta ascendente.

Palavras-chave: Dissecção de Aorta, Emergência Hipertesiva, Aorta.

EP-038 (ID: 1204) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV05
Título: ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: KARLA PRISCYLLA FEITOSA PAIVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), BARBARA LIMA MARTINS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), AMANDA BARBOSA EVANGELISTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), MARIANA ARAUJO FERREIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), DANIELE CABRAL DIAS (UNIVERSIDADE

DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), EMANUEL ALVES NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), BARBARA ARAUJO CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), KIARELLE LOURENÇO PENAFORTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil), ISABELA MELO BONFIM (UNIVERSIDAE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica que resulta do processo progressivo de remodelagem, em que as forças mecânicas e bioquímicas alteram o tamanho, a forma e a função da capacidade do ventrículo de enchimento e bombeamento de sangue oxigenado suficiente para atender ás demandas metabólicas do corpo (SMELTZER; BARE, 2016). Aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC, e 2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano no mundo, constituindo a primeira causa de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade no Brasil. A prevalência da IC vem aumentando nos últimos anos em todo o mundo, tornando-se um grave problema de saúde pública (POFFO, 2017). OBJETIVO: Aplicar a Assistência de Enfermagem ao paciente com Insuficiência Cardíaca, desenvolvendo um cuidado mais específico de acordo com as necessidades do paciente. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de caso, realizado em um hospital de atenção terciária, localizado no município de Fortaleza-Ceará. A coleta de dados ocorreu durante os meses de Março/Abril de 2018, através de anamnese com paciente e informações obtidas com o acompanhante, exame físico e análise do prontuário. Após a avaliação dos dados colhidos na investigação, foram identificados os problemas e estabelecido os diagnósticos de enfermagem, traçando os planos de cuidados a ser realizado com o paciente. RESULTADOS: Mulher, 46 anos, casada, natural de Fortaleza, admitida por pico pressórico, com três diagnósticos na internação: insuficiência mitral severa, Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle e estenose de artéria renal unilateral (à direita), fazia tratamento inicial clínico iniciado a furosemida, aldactone, hidrocortisona, conforme prescrição médica. Estava em tratamento com anti-hipertensivo, fazendo uso de losartana. Nega tabagismo e etilismo e não realiza nenhuma atividade física. Antecedentes familiares de Diabetes Melittus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Após a consulta de enfermagem foram identificados os diagnósticos de enfermagem: Ansiedade relacionada ao procedimento invasivo e medo da morte, insônia relacionada a ansiedade e estilo de vida sedentário relacionado ao interesse insuficiente pela atividade física. De acordo com cada diagnóstico foram traçadas as intervenções, respectivamente, oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, adaptar o ambiente para promover o sono, informar sobre os benefícios à saúde efeitos fisiológicos da atividade física. Estabelecidos os seguintes resultados esperados:Aceitação do estado de saúde, bem estar pessoal, comportamento de busca da saúde. CONCLUSÃO: O profissional de enfermagem precisa sempre buscar novos conhecimentos a cerca do assunto para trazer ao paciente um tratamento de qualidade. A participação da equipe no cuidado integral ao paciente, nos mostrou a importância de identificar problemas de enfermagem, para buscar resolve-los da melhor forma, promovendo o bem estar do paciente.
Palavras-chave: Insuficiência da Cardíaca. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

EP-039 (ID: 1566) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV05
Título: CARDIOPATIA COMPLEXA EM DELEÇAO DO BRAÇO CURTO DO CROMOSSOMO 18

Autores: Josevaldo Monteiro Maia Filho (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Sérgio Rubens Lacerda Morais (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Abraão de Freitas Pereira (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Carolina de Souza e Silva (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Joyce Maria Malheiro Rodrigues (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Camila Bringel (Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil), Henrique Campos (Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Fortaleza, CE, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A deleção do braço curto do cromossomo 18 foi descrita a primeira vez em 1963, sendo suas principais características retardo mental, retardo de crescimento, dismorfismo craniofacial, incluindo microcefalia, orelhas displásicas, ponte nasal baixa, boca larga, anomalias dentárias, pescoço curto e alargado, anormalidades do coração, membros e genitália. A prevalência desta cromossomopatia é de 1-9/100.000, tendo um leve predomínio no sexo feminino (3:2). O objetivo do relato é evidenciar as principais alterações clínicas e cardiológicas na deleção do braço curto do cromossomo 18. Resultado/Discussão: Menina de 5 anos, procedente de Pacatuba-CE, admitida no ambulatório de Genética Médica num hospital público terciário do estado do Ceará. A paciente iniciou seguimento com 1 ano de idade e apresentava face peculiar, estrabismo convergente a esquerda e sopro cardíaco. Durante o pré-natal a mãe apresentou hipertensão arterial sistêmica. A criança nasceu de parto cesáreo, pré-termo, com baixo peso ao nascer (1.170 g), não havendo outros dados perinatais. Ela sentou aos 8 meses, andou aos 18 meses, falou aos 2 anos e não adquiriu controle dos esfíncteres. No Ecocardiograma, realizado quando a paciente tinha 3 anos, foi evidenciado comunicação interatrial, comunicação interventricular, estenose pulmonar e infundíbulo valvar. Foi

solicitado cariótipo, que resultou em 46 XX (14) / 46 XX del 18p21 (6). Conclusão: É importante que os cardiologistas e outros profissionais da área da saúde considerem no momento do diagnóstico de cardiopatias congênitas, a probabilidade da existência de síndromes genéticas como possível etiologia, solicitando exames complementares, visando um diagnóstico precoce dessa patologia para adequado tratamento e aconselhamento genético, podendo modificar a história natural da doença com melhor qualidade de vida para o paciente e menor morbimortalidade.
Palavras-chave: Cromossomopatias, Deleção, Cromossomo 18.

EP-040 (ID: 1972) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV05
Título: ESTUDO CARDIOLOGICO DE PACIENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI

Autores: JOYCE MARIA MALHEIRO RODRIGUES (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), JOSEVALDO MONTEIRO MAIA FILHO (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), SERGIO RUBENS LACERDA MORAIS (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), ABRAÃO FREITAS PEREIRA (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), ANA CAROLINA SOUZA SILVA (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), GABRYEL CASTRO MAIS (UNICHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil), HENRIQUE CAMPOS (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN, Fortaleza, CE, Brasil), ERLANE MARQUES RIBEIRO (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN, Fortaleza, CE, Brasil)
Resumo estruturado: Introdução: A mucopolissacaridose tipo VI (MPS VI) ou síndrome de Maroteaux-Lamy é uma doença do armazenamento lisossomal com envolvimento multissistêmico progressivo, que os lisossomos não conseguem cumprir corretamente sua função, que é digerir grandes moléculas para serem utilizadas ou reutilizadas. No caso desta doença, tais moléculas mal digeridas são os Glicosaminoglicanos (GAGs), o seu acúmulo leva ao comprometimento do sistema cardiovascular, dos ossos, articulações, vias respiratórias e das funções cognitivas. Objetivou se investigar os principais achados cardiológicos.

Resultados/Discussão: Foram analisados um total de 19 pacientes, sendo do 10 sexo masculino e nove do sexo feminino. Foram feitos ecocardiogramas(eco) e eletrocardiogramas(ecg) nos pacientes. No ecg cinco pacientes tiveram seus exames normais, tendo dois deles em um exame isolado uma taquicardia leve e uma arritmia sinusal. Um deles teve extra-sístoles supraventriculares no primeiro exame e distúrbio de condução do ramo direito no segundo exame. Do total dos pacientes, três deles, variando de sete meses intra útero a cinco anos ao primeiro exame de ecocardiograma obtiveram laudo normal. Oito pacientes obtiveram espessamento da válvula mitral com regurgitação leve e apenas um com regurgitação moderada. Um deles teve degeneração mitral com regurgitação moderada e leve aumento de átrio esquerdo. Um paciente teve espessamento de válvula aórtica e válvula mitral com insuficiência leve e insuficiência de valva tricúspide. E um com estenose e regurgitação mitral. A maioria dos pacientes analisados tiveram progressão e dentre os sinais estão válvula aórtica e tricúspide espessadas com leve refluxo, insuficiência mitral, aórtica e tricúspide leve, prolapso mitral, degeneração mixom mitral, espessamento dos folhetos mitral e aórtico, aumento do átrio esquerdo, aorta espessada, estenose aórtica, espessamento da válvula mitral, músculos papilares espessados. Em dois do total de pacientes, o ultimo exame realizados em janeiro de 2019 não houve progressão da doença. Espessamentos das valvas cardíacas, disfunções valvares e hipertrofias ventriculares estão comumente presentes; anormalidades de condução, das artérias coronárias e outros acometimentos vasculares também podem ocorrer. Conclusão: Concluímos com o presente estudo que os achados cardiológicos são de grande importância para o manejo dos pacientes com MPS VI, pois além da reposição enzimática deve ocorre o tratamento concomitante com os problemas cardiológicos advindos do acúmulo dos glicosaminoglicanos, para que haja uma melhor qualidade de vida e controle da progressão da doença.
Palavras-chave: erro inato do metabolismo, doença de armazenamento de lisossomos, doença genética, MPS VI.

EP-041 (ID: 1151) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:00:00 às 09:07:00 | TV06
Título: DIAGNOSTICO CLINICO E ECOCARDIOGRAFICO DE FEBRE REUMATICA: UM RELATO DE CASO

Autores: Raquel Mourisca Rabelo (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Ingrid Victor Almeida (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Marcos Miranda Vasconcelos (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Fabríolo José Gomes da Frota Filho (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Jaine Maria Silva Mendes (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Julia Cunto Goulart (UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Laise Torres Dias (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Luzia Keyne Sousa Carneiro Frota (UNINTA, Sobral, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Febre Reumática é a principal causa de doença cardíaca adquirida em crianças e jovens adultos. Essa doença se inicia com infecção faríngea por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, evoluindo para inflamação aguda do coração e de diversos sistemas, podendo cursar com artrite migratória, cardite destrutiva grave por lesão valvar, coreia de sydenham, nódulos subcutâneos e eritema marginatum. Estas condições, vistas como critérios maiores pela pontuação de Jones, ao juntarem-se à presença de critérios menores tais como febre, artralgia, VHS elevado e intervalo PR prolongado, podem diagnosticar a doença em fase aguda. A evolução para complicações por insuficiência mitral ou aórtica, além de distúrbios hemodinâmicos graves, podem ser preveníveis com tratamento precoce e medidas profiláticas. Na prática, os critérios de Jones são pouco aplicáveis, visto que a maioria dos pacientes não costumam

procurar atendimento médico na fase aguda da doença. Relato: A.L.P, masculino, 17 anos, natural e procedente de Sobral-CE. Admitido no Hospital Regional Norte, queixando-se de edema e dor há 1 mês em calcanhares, que impedia deambulação. Alega, ainda, histórico de epistaxe e dor abdominal em mesogástrio. Ao exame físico: FC = 55 bpm, sopro sistólico mais audível em foco mitral (6+/6+), com irradiação para focos tricúspide, pulmonar e aórtico; ictus cordis visível e palpável; frêmito toracovocal aumentado em todo hemitórax. Solicitado hemograma com ASLO, apresentando neutrofilia e elevação de anticorpo antiestreptolisina O, sugestivo de infecção estreptocócica prévia. Eletrocardiograma evidenciou sobrecarga de ventrículo esquerdo e onda T de grande amplitude. Paciente foi encaminhado ao Hospital do Coração (HC) para realizar Ecocardiograma, o qual evidenciou fração de ejeção preservada, dupla lesão mitral reumática importante (estenose e insuficiência), valva mitral espessada e mobilidade reduzida de suas cúspides com abertura em DOMO, insuficiência aórtica reumática importante, função sistólica de ventrículo esquerdo preservada e insuficiência tricúspide de grau discreto (PSAP = 35 mmHg), sugestivos de doença reumática. Iniciou tratamento com Penicilina G Benzatina (21/21 dias - 1.200.000 U), mantendo acompanhando de rotina, mas relata que aderiu ao tratamento por apenas 2 anos. Há 15 dias, retornou ao HC referindo dor em "faixa" em hipocôndrios e epigástrio, contínua, com aumento progressivo durante dois dias, de forte intensidade. Sugeriu-se continuação da antibioticoterapia. Hoje, apresenta-se assintomático, com adesão ao tratamento e aguardando liberação para procedimento cirúrgico. Conclusão: A conduta deste paciente consiste na profilaxia secundária com uso de antibioticoterapia (Penicilina G Benzatina em dose recomendada de 1.200.000 U via IM em pacientes > 20kg) por toda a vida. Além disso, por encontrar-se assintomático e com fração de ejeção preservada, o paciente está apto para realizar valvuloplastia ou a troca valvar.

Palavras-chave: febre reumática, sopro sistólico, infecção estreptocócica.

EP-042 (ID: 1137) | Área: Imagem Cardiovascular
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:07:00 às 09:14:00 | TV06
Título: INSUFICIENCIA CARDIACA DIREITA ASSOCIADA COM A OCORRENCIA TARDIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA ESQUERDA, NA PRESENÇA DE FORAME OVAL PATENTE COM FLUXO EXUBERANTE.

Autores: MARILIA ESTHER BENEVIDES ABREU (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), JORGE HENRIQUE CARVALHO ROCHA (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), ISADORA SUCUPIRA MACHADO (CESAR CALS, Fortaleza, CE, Brasil), RENAN ABREU PONTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, Fortaleza, CE, Brasil), LUANA PRISCILA GOMES SANTOS (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), ANA FLAVIA VIANA FURTADO (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), RONALDO MONT'ALVERNE FILHO (HOSPITAL DE MESSEJANA, Fortaleza, CE, Brasil), TEREZA CRISTINA PINHEIRO DIOGENES (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil), JOSE SEBASTIAO ABREU (CLINICARDIO, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Relato do caso: Paciente de 79 anos, feminina, hipertensa, diabética e coronariopata revascularizada. Há 18 meses passou a evoluir com recorrentes descompensações e internamentos por insuficiência cardíaca (IC) direita, atribuída a provável embolia pulmonar. Há seis meses foi internada com dispneia de decúbito. O ecocardiograma citava função ventricular esquerda preservada, insuficiência mitral discreta, hipertensão pulmonar e insuficiência tricúspide severas. Após três meses reinternou-se com ortopneia, dispneia paroxística noturna e anasarca. Nesta ocasião, o ecocardiograma mostrou uma insuficiência mitral moderada e confirmou a insuficiência tricúspide severa. Alta após a compensação da IC e encaminhada para tratamento ambulatorial. Em janeiro de 2019 apresentou o mesmo quadro clínico. Para melhor esclarecimento diagnóstico foi submetida a cateterismo que mostrou aumento da pressão do átrio direito (23 mmHg), da pressão sistólica da artéria pulmonar (49 mmHg), da pressão capilar pulmonar (20 mmHg) e da pressão diastólica do ventrículo esquerdo (21 mmHg). Após compensação da IC foi encaminhada ao nosso serviço realização de ecocardiograma transesofágico, sendo constatado o seguinte. Estudo das câmaras esquerdas: aumento discreto do volume atrial, ventrículo com dimensão normal, movimento paradoxal do septo e fração de ejeção (Simpson) de 57%. Insuficiência mitral moderada ao Doppler, onda E= 0,95 cm/s, E/A= 1,02 , E/e'(médio) = 11, refluxo sistólico e onda S < D ao Doppler na veia pulmonar superior esquerda. Estudo das câmaras direitas: septos íntegros, acentuado aumento do átrio e do ventrículo, strain global longitudinal do ventrículo = -29%, dilatação do anel valvar tricúspide, ausência completa da coaptação dos folhetos e severo refluxo com velocidade máxima de 3,3 m/s. O diâmetro da veia cava inferior = 2,3 cm com variação respiratória de 15%. Forame oval patente (FOP): o achado inusitado neste caso foi o exuberante shunt direita - esquerda através deste pertuito, exibindo um extenso efeito coanda. Comentários: a manifestação tardia de IC esquerda na presença de IC direita grave previamente manifesta é o oposto da evolução usual. É pouco provável que uma insuficiência mitral moderada com função ventricular esquerda satisfatória tenha determinado a IC esquerda. Provavelmente a IC esquerda foi desencadeada pela sobrecarga adicional de volume através do FOP, em paciente com insuficiência tricúspide severa e hipertensão pulmonar relevante.
Palavras-chave: Forame oval patente; Insuficiência cardíaca; ecocardiograma transesofágico.

EP-043 (ID: 2007) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:14:00 às 09:21:00 | TV06
Título: PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR DE INDI-

VIDUOS DIABETICOS ATENDIDOS NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE

Autores: Maria Stella Vasconcelos Valente (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Jairo Siqueira Filho (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Bianca Fernandes Távore Arruda (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Felipe Klezevski Pimentel (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Isabela Carvalho Studart (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medine Néri (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli da Costa Lino (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Geraldo Bezerra Júnior (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: Os diabéticos possuem risco aumentado de sofrer eventos cardiovasculares (ECV) e maior risco de óbito em decorrência deles. Esses eventos incluem a doença arterial coronariana (DAC) e o acidente vascular encefálico (AVE), os quais ocorrem com maior frequência nos diabéticos devido à associação de fatores de risco prevalentes nesta população, dentre eles hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Não está bem estabelecido, no entanto, qual o melhor escore para estratificação de risco cardiovascular (RCV) a ser utilizado na prática clínica nos indivíduos diabéticos. Esse trabalho visa caracterizar o perfil de risco segundo diferentes escores de RCV em indivíduos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) acompanhados em uma unidade de atenção primária à saúde (APS). Resultados/Discussão: Trata-se de um estudo transversal, no qual foram avaliados, de Janeiro a Outubro de 2017, 128 indivíduos com DM2 sem DCV prévia, que frequentavam uma unidade de APS de Fortaleza. Os pacientes tinham uma média de idade de 56 ± 10 anos e eram na sua maioria do sexo feminino (68%). Realizou-se a estratificação de RCV por escores derivados da coorte de Framingham, o escore de risco de Framingham (ERF) lipídios, o ERF usando índice de massa corpórea (IMC) e o escore da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), e por um escore mais específico para a população diabética, o UKPDS. O ERF lipídios mostrou maioria de alto RCV (68,8%), com um escore médio alto, de 21,39 ± 14,26% de risco de ECV nos próximos 10 anos. Pelo escore ERF IMC, cerca de 78% foram considerados de alto RCV, com um escore médio de 26,90 ± 16,38%, o que representa quase 30% de risco de ECV nos próximos 10 anos. Pelo escore da SBC, houve uma quase totalidade de alto RCV (98,4%). Apenas 1,6% dos indivíduos eram de risco intermediário e não houve participantes de baixo risco. Já pelo escore UKPDS categoria DAC, a maioria era de baixo RCV (81,3%), com um risco médio estimado de evolução para DAC de 6,98 ± 5,65% nos próximos 10 anos. Quanto ao desfecho AVE, 78% eram de baixo RCV, com um risco médio de evoluir com este desfecho em 10 anos de 6,47 ± 5,91%. Já para o desfecho AVE fatal, 100% eram de baixo RCV e possuíam um risco médio de apresentar este desfecho em 10 anos de 0,96 ± 1,02%. Conclusão: A maior parte dos indivíduos avaliados era de alto RCV pelos escores tradicionais derivados da coorte de Framingham, fato não evidenciado pela estratificação realizada pelo escore UKPDS, derivado de uma coorte de diabéticos. O uso dos escores de risco é de suma importância para avaliar o RCV da população diabética e deve ser enfatizado na prática clínica da APS. Necessita-se, no entanto, realizar estudos mais robustos visando determinar qual o melhor escore a ser utilizado na população diabética brasileira, para que seja possível realizar uma melhor avaliação dos diabéticos e, consequentemente, o desenvolvimento de estratégias mais adequadas para prevenir desfechos cardiovasculares.
Palavras-chave: Risco cardiovascular, Diabetes e Atenção primária à saúde.

EP-044 (ID: 1885) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 09:21:00 às 09:28:00 | TV06

Título: PERICARDITE AGUDA: A GRAVIDADE DA REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA PODE NÃO SE RELACIONAR A SUA ETIOLOGIA.

Autores: Michele Oliveira Silva (UERN, Mossoró, RN, Brasil), João Paulo Costa Fernandes (UERN, Mossoró, RN, Brasil), Ernani Souza Leão Neto (UERN, Mossoró, RN, Brasil), Marcos Oliveira (UERN, Mossoró, RN, Brasil), Suyane Maria Paiva Pimenta (UERN, Mossoró, RN, Brasil), Cléber Mesquita Andrade (UERN, Mossoró, RN, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A pericardite corresponde ao processo inflamatório do pericárdio, manifestando-se através de dor torácica, derrame ou atrito pericárdico, associado às alterações eletrocardiográficas. O objetivo deste estudo é descrever um caso de pericardite aguda idiopática, o qual foi conduzido como pericardite empiematosa e realizado profilaxia para doença reumática, tendo a repercussão hemodinâmica sua principal motivação. Relato do Caso: MVSP, masculino, 8 anos, natural e procedente de Pendências, RN. Em abril de 2019 iniciou quadro de faringite sem placas purulentas e febre com duração de 5 dias, medicado com dipirona e dexametasona. Após 48 horas retornou queixando-se de dor torácica retroesternal de forte intensidade. O ECG revelou taquicardia sinusal, supradesnivelamento difuso do segmento ST e infradesnivelamento do segmento PR; hemograma com leucocitose. Transferido ao hospital, apresentava-se em REG, hipocorado ++/4+, hidratado, anictérico, acianótico, febril, taquipneico e presença de turgência jugular ++/4+ a 30º; AP:MV+, reduzido em bases, sem RA; AC:RCR, bulhas hipofonéticas ++/4+, sem sopros, cliques ou estalidos, FC 109bpm e PA 90x60mmHg; abdome plano, flácido, RHA normal, doloroso difusamente à palpação profunda, fígado palpável a 3cm abaixo do rebordo costal direito; presença de edema em mmii ++/4+. O raio-x mostrava alargamento do ICT e velamento dos seios costocardiofrênicos direitos. O ecocardiograma TT evi-

denciou derrame pericárdico moderado e sem restrição ao enchimento ventricular. Optou-se por introduzir ceftriaxona, prednisona 1mg/kg, furosemida e sintomáticos. No dia seguinte, o paciente apresentava elevação de PCR e sem melhora do quadro clínico geral e da insuficiência cardíaca direita, tendo sido introduzido espironolactona e vancomicina. Evoluiu com melhora progressiva, recebendo alta no 12º dia, com diuréticos, prednisona, colchicina, além de penicilina benzatina a cada 21 dias. No 26º dia do início do quadro, o menor foi atendido no Ambulatório da FACS da UERN: assintomático, com exame físico normal. O ECG e ecocardiograma apresentavam-se normais. Discussão: Na avaliação retrospectiva, não foi possível identificar subsídios que justificasse uma pericardite empiematosa, tampouco de etiologia reumática. Admitimos se tratar de uma pericardite idiopática, sendo que a etiologia viral deva ser a responsável pelo quadro. Optou-se por suspensão dos diuréticos e da profilaxia da doença reumática, além de descontinuidade da prednisona e permanência da colchicina. A febre reumática apesar de ser comum em crianças, está associada a faringoamigdalite purulenta e não é comum desenvolver quadro concomitante de pericardite. Conclusão: A suspeição diagnóstica para o caso é de pericardite aguda com repercussão hemodinâmica pelas características clínicas e exames complementares. É importante a investigação das possíveis etiologias, bem como desenvolver a perspicácia de excluir diagnósticos improváveis, evitando terapêuticas desnecessárias.

Palavras-chave: Pericardite; Doença Reumática; Pericardite Idiopática.

EP-045 (ID: 1079) | Área: Imagem Cardiovascular
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV06
Título: CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA APICAL (DOENÇA DE YAMAGUCHI) – UM RELATO DE CASO

Autores: Pedro Italo Sampaio Braga (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Isabelle Maria Oliveira de Sousa (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Humberto Maciel Gondim Gonçalves Filho (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Tavares de Lima (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Magalhães Saraiva (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Kamila Paiva de Sousa (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Leticia Freitas Melo (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Acrisio Sales Valente (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos Jose Mota de Lima (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO Cardiomiopatia hipertrófica apical (CMA) é um raro subtipo de cardiomiopatia hipertrófica, caracterizando-se pelo espessamento da parede do miocárdio no ápice do ventrículo esquerdo, e raramente pelo ápice do ventrículo direito. RELATO DE CASO Paciente, masculino, 48 anos, natural e procedente Maracanaú, hipertenso, católico, solteiro e motorista, apresentava dispneia progressiva há um mês da admissão hospitalar. A dispnéia foi associada a dor torácica em aperto iniciada na admissão, motivando o paciente a procurar o hospital. Nega etilismo e tabagismo. Ao exame físico, regular estado geral, dispneico (+/4+), acianótico, anictérico, mucosas hidratadas e normocoradas. Aparelho cardiovascular apresentava frequência cardíaca de 78 batimentos por minuto, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas com sopro sistólico em foco mitral (2+/6+). Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido em base esquerda. Ao exame abdominal, apresentava ruídos hidroaéreos presentes, flácido e indolor à palpação, sem visceromegalias. Presença de edema de membros inferiores (+/4+) e pulsos periféricos palpáveis. Diante disso, exames complementares foram solicitados, sendo o principal o ecocardiograma transtorácico (ETT) evidenciando câmaras cardíacas com dimensões intracavitárias normais, hipertrofia de região médio-apical, obliterando ápice de ventrículo esquerdo (VE), sugestivo de CMA (Yamaguchi), função sistólica do ventrículo esquerdo preservada. Fração de ejeção=79% e disfunção diastólica leve do VE por déficit de relaxamento. DISCUSSÃO: O critério diagnóstico da CMA consiste na demonstração, com base em um ecocardiograma ou ressonância magnética, de hipertrofia assimétrica predominantemente confinada em ápice de VE, tendo a espessura de parede apical ≥ 15 mm e uma relação entre parede apical e parede posterior ≥ 1,5 mm. Sabe-se que 54% dos casos de CMA são sintomáticos, sendo o sintoma mais comum a dor no peito, seguido por palpitações, dispneia e síncope. Novos sopros são comuns, achado presente em nosso paciente. No ECG, os achados mais frequentes são as ondas T negativas nas derivações precordiais, ocorrendo em 93% dos pacientes, seguido de hipertrofia do VE em 65% dos casos. Ondas T negativas com uma profundidade > 10mm são encontradas em 47% dos pacientes com CMH. Em nosso paciente, o ECG demonstrou hipertrofia ventricular esquerda e ondas T negativas profundas. O ecocardiograma mostra hipertrofia do ápice de VE, consistindo em uma ferramenta útil para o diagnóstico inicial. CONCLUSÃO: A Yamahuchi consiste em uma doença rara, que, em algumas situações, pode ser identificada esporadicamente ou pode ocasionar um quadro clínico de dispneia, dor torácica e síncope, como no caso apresentado. Assim, é fundamental o uso de ferramentas, como o Eletrocardiograma e o ETT para o seu correto manejo.

Palavras-chave: Cardiomiopatia Hipertrófica. Eletrocardiografia. Ecocardiografia.

EP-046 (ID: 1893) | Área: Cirúrgico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV06
Título: CIRURGIA DE BLALOCK-TAUSSIG EM RN COM

TETRALOGIA DE FALLOT NO PRIMEIRO MES DE VIDA: RELATO DE CASO

Autores: Nayane Barros de Souza (UniFanor/ Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Flávia Correia de Souza (UniFanor/ Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Nistiane Almeida do Nascimento (UniFanor/ Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Stephanie Mendes da Silva (UniFanor/ Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana da Costa Madeira (UniFanor/ Wyden, Fortaleaza, CE, Brasil), Rithianne Frota Carneiro (UniFanor/ Wyden, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A Tetralogia de Fallot (T4F) é uma cardiopatia congênita cianótica e comumente. Pode ser descoberta, durante a gravidez, através do ecocardiograma fetal no segundo trimestre da gestação, ou logo após ao nascimento do bebê por meio do exame fisico e anamnese. As manifestações clínicas se apresentam com sopro cárdico e cianose nas extremidades. OBJETIVO: Relatar o desfecho de um caso clinico referente ao um recém-nascido (RN) com Tetralogia de Fallot após cirurgia de Blalock-Taussig no primeiro mês de vida. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de caso realizado em novembro de 2018, em uma unidade de saúde de nível terciário, referência norte-nordeste em doenças cardiopulmonares, localizada na cidade de Fortaleza /Ce. O sujeito da pesquisa foi um RN com 5 dias de vida. A coleta de dados foi por meio de entrevista com a mãe, exame físico completo do RN e coleta de informações no prontuário. RESULTADOS E DISCUSSÕES: RN sexo feminino, atermo com 5 dia de vida, nascida de parto cesariano com 39 semanas. Apgar 5/6/7, P: 2:700g com 49cm. Admitida na unidade, provinda de uma determinada maternidade, acompanhada da mãe com hipótese de diagnostico (HD) tetralogia de fallot, suspeitado após o nascimento. Dispneica, cianótica, hipossaturando e bradicardia FC: 98bpm, SPO2 88%. Ausculta pulmonar com roncos difusos, ausculta cárdica com sopro cárdico próximo a borda eternal esquerda. O ecocardiograma (ECO) mostrou ausência de fluxo na via de saída do ventrículo direito (VSVD), atresia pulmonar com comunicação interventricular e estenose valvar da artéria pulmonar discreta. Paciente foi submetido a cirurgia paliativa de Blalock-Taussig (shunt da artéria subclávia para a artéria pulmonar). RN manteve estabilidade hemodinâmica durante todo o período intraoperatório. Após a cirurgia, encaminhada a Unidade de terapia intensiva (UTI) entubada, em uso de hidratação venosa, e droga vasoativa por cateter central de inserção periférica (PICC). Paciente, segue em uso de anticoagulante e antibiótico, foi extubada após 3 dia de cirurgia, segue hemodinamicamente estável com alta programada para enfermaria, após o termino do antibiótico. CONCLUSÃO: A cirurgia paliativa de Blalock-Taussig, possibilitou uma melhora no sistema circulatório, com melhora no padrão respiratório do RN, diminuindo os riscos de complicações e morte neonatal, quando a patologia não é tratada precocemente. Porém após a alta hospitalar paciente precisara ser acompanhada pelo cardiologista e submetida a cirurgia corretiva entre 6 a 12 meses de vida.

Palavras-chave: Cirurgia; Recém-nascido; Tetralogia de Fallot.

EP-047 (ID: 1249) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV06
Título: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PUÉRPERA COM CARDIOPATIA CONGÊNITA: TETRALOGIA DE FALLOT

Autores: Milena Monte Silva (Centro Universitário Ateneu , Fortaleza, CE, Brasil), Maisa Leitão Queiroz (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Samila Silva Costa (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Hellen Oliveira Santos (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Leticia Cruz Ferreira (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Maria Luiza Barbosa Batista (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Patricia Oliveira Bastos Dias (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil), Livia Paulo Pereira (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Vanessa Frota Santos (Centro Universitário Ateneu, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Tetralogia de Fallot (TF) é um tipo de cardiopatia congênita (CC) cianótica, que se caracteriza pelas seguintes alterações anatômicas: defeito do septo interventricular; cavalgamento da aorta sobre o septo interventricular; estenose pulmonar e hipertrofia ventricular direita. Essa condição leva a insuficiência do aporte sanguíneo, sendo esta, mais exacerbada em gestantes e puérperas, devido as alterações fisiológicas e hemodinâmicas que ocorrem nesses períodos. MÉTODO: Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, qualitativo, descritivo, realizado no mês de abril de 2019, mediante entrevista e análise de dados do prontuário de uma puérpera hospitalizada em uma maternidade referência da cidade de Fortaleza e posteriormente realizou-se a aplicação da SAE. Os princípios éticos envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a resolução 466/2012, sendo aprovado pelo comitê de ética, sob número de protocolo: 1.899.089. RESULTADOS: P.M.G., F, 24a, casada, procedente de Caucaia, com Fallot Total corrigido, IG compatível com 39 semanas e seis dias, G1P0A0, internada na sala de parto da unidade devido: dor em BV + TP + DMG, encontra-se no 2° D.I.H após TP por via vaginal. Evolui consciente, orientada no tempo e no espaço, verbalizando suas necessidades humanas básicas (NHB's) e hemodinamicamente estável. Dieta por via oral com boa aceitação. Deambulando. Ao exame físico apresentou: mamas flácidas e íntegras, útero contraído, loquiação fisiológica e recém-nascido (RN) em alojamento conjunto e aleitamento materno exclusivo. Deste modo, a partir das informações disponíveis da paciente levantou-se 3 diagnósticos de enfermagem, sendo estes: risco de glicemia instável relacionado a gravidez e ao controle insuficiente do diabetes; risco de debito cardíaco diminuído relacionado a alteração no volume sistólico e risco de binômio mãe e RN perturbado relacionado a altera-

ções metabólicas da glicose e regime de tratamento. A partir dos diagnósticos levantados, espera-se que: a paciente aceite seu estado de saúde atual, aceite a dieta prescrita e que tenha autocontrole do diabetes; pretende-se ainda, manter a eficácia da bomba cardíaca, corroborando assim, para manter o estado circulatório adequado e propiciar a manutenção da relação simbiótica entre a mãe e o RN. Em decorrência dos resultados esperados, observou-se a necessidade de realizar as seguintes intervenções: estimular a deambulação; reduzir a ansiedade; realizar o controle hídrico; monitorar os sinais vitais, o estado hemodinâmico e as extremidades; realizar cuidados cardíacos; utilizar medidas de precauções contra sangramento; realizar o controle glicêmico; administrar medicação prescrita e promover o vínculo entre a mãe e o RN. CONCLUSÃO: Conclui-se que as puérperas com CC, necessitam de um plano de saúde direcionado para as suas reais necessidades e que esse tenha intervenções mais efetivas, situação essa, que pode ser alcançada com a aplicação da SAE.
Palavras-chave: Tetralogia de Fallot; Cardiopatias Congênitas; Diagnósticos de Enfermagem.

EP-048 (ID: 1758) | Área: Clínico
Data: 22/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV06
Título: TERAPIA DE SUPORTE CIRCULATORIO NO CHOQUE OBSTRUTIVO SECUNDARIO AO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO – RELATO DE CASO.

Autores: PEDRO ALBERTO MARTINS FREIRE FILHO (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), JULIANA DE FREITAS VASCONCELOS SUGETTE (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), RAÍSSA MARIANNA VIANA DINIZ (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), INGRID ALVES DE FREITAS (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), GLAYLTON SILVA SANTOS (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), LÚCIA DE SOUSA BELÉM (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil), JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJIA (HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço refere-se à presença de êmbolos que causam instabilidade hemodinâmica, insuficiência ventricular direita e choque circulatório. O tratamento do choque obstrutivo relacionado ao TEP maciço baseia-se na rápida resolução dos coágulos e no suporte cardiopulmonar avançado, como o uso de suporte circulatório com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). Caso clínico/Discussão: Paciente de 17 anos, masculino, admitido com dor torácica pleurítica, dispneia em repouso de início há 10 dias associada a edema e dor em membro inferior direito. Possui histórico de trombofilia na família paterna. Sem sinais de choque na admissão. O eletrocardiograma com taquicardia sinusal, bloqueio de ramo direito e padrão S1Q3T3. Marcadores de necrose miocárdica negativos. Realizou ecocardiograma a beira leito sem sinais de disfunção de VD. Diagnosticado com TEP e iniciado anticoagulação com enoxaparina. Nas 12 horas seguintes, evoluiu com choque circulatório, sendo intubado, trombolisado com alteplase 100mg, heparinizado (heparina não fracionada) e iniciado inotrópicos e vasopressores em elevadas doses. Apresentou parada cardiorrespiratória em AESP durante a infusão do trombolítico, sendo reanimado durante 03 ciclos com retorno a circulação espontânea. Diante da refratariedade do choque, optou-se por uma terapia de suporte circulatório com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial e arteriografia com trombólise direcionada por cateter, que foram realizadas simultaneamente no laboratório de hemodinâmica. Nas 24 horas seguintes, o paciente começou a tolerar a redução dos inotrópicos e dos vasopressores. Nas 72 horas após o implante do suporte de ECMO, evoluiu com melhora clínica, laboratorial e ecocardiográfica, sendo removido o dispositivo. No dia seguinte, foi extubado e apresentou sinais de trombose arterial aguda em membro inferior esquerdo, sendo submetido a cirurgia de embolectomia arterial femoral com bypass distal com enxerto venoso. Evoluiu com intercorrências infecciosas e recebeu alta hospitalar com 40 dias de internamento, sem sequelas neurológicas, motoras ou vasculares importantes. O tratamento do TEP maciço é realizado através da redução da resistência vascular pulmonar com trombolíticos sistêmicos, trombolíticos guiados por cateter ou extração do coágulo (endovascular ou cirúrgica). Para os casos refratários ou com contraindicação à trombólise, o suporte de ECMO pode ser usado para melhorar a oxigenação, alcançar a estabilidade hemodinâmica e tratar com sucesso o choque obstrutivo secundário ao TEP maciço. Conclusão: A utilização do ECMO venoarterial no manejo de pacientes graves com choque obstrutivo secundário ao TEP maciço torna-se uma ferramenta efetiva garantindo um suporte cardiopulmonar até a estabilização hemodinâmica enquanto a terapia anticoagulante e trombolítica atua na causa base. A despeito de ser um device de alto custo, quando bem indicado obtém-se resultados satisfatórios.
Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar. Choque obstrutivo. Suporte de ECMO.

EP-049 (ID: 2011) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV01

Título: FIBRILAÇAO ATRIAL DE ALTA RESPOSTA VENTRICULAR COMO FATOR PREDITOR DE PERFIL DE INTERNAÇAO DESFAVORAVEL EM PACIENTES COM INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Autores: FERNANDO FURTADO DE MELO NETO FERNANDO FURTADO FERNANDO FURTADO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução. A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais prevalente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). A descompensação do quadro crônico configura-se como importante complicação da IC, sendo sua gravidade dependente do perfil hemodinâmico à hospitalização. Objetivos. Avaliar o impacto da FA de alta resposta ventricular sobre a prevalência de perfil hemodinâmico frio/congesto (Perfil C) em pacientes com IC descompensada. Métodos. Estudo transversal, com 304 pacientes admitidos em hospital cardiológico por descompensação aguda de IC. As informações foram obtidas a partir de banco de dados coletado por profissionais de saúde devidamente treinados e presentes no momento da admissão hospitalar. 23 pacientes foram excluídos devido à presença de outras manifestações arritmogênicas que não a FA. Os 281 remanescentes foram distribuídos em grupos com e sem FA, sendo o primeiro estratificado conforme frequência cardíaca (valor de referência adotado de 110 batimentos por minuto, em conformidade com o limite máximo preconizado pela diretriz brasileira de insuficiência cardíaca de 2018). Para todos os grupos foram calculadas as porcentagens de perfis hemodinâmicos C à internação. Para comparar médias entre grupos, foi utilizado o teste t de Student. O cálculo de significância estatística foi feito no programa Epi Info, utilizando nível de significância de p <0,05. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Protocolo n 1.957.872. Resultados. Dos 204 pacientes analisados sem FA, um total de 49 (24,02%) apresentaram-se em perfil hemodinâmico C. Dos 77 com FA, 46 foram admitidos com valores de frequência cardíaca superiores à 110 batimentos por minuto, enquanto 31 apresentaram frequência igual ou inferior a este valor. No grupo de FA com alta resposta ventricular, 30 pacientes (65,22%) enquadraram-se no perfil C, ao passo que no grupo de FA com baixa resposta ventricular 9 (29,03%) foram admitidos com esse mesmo perfil; não havendo diferença estatística entre os grupos sem FA e com FA de baixa resposta para presença de perfil frio/congesto. Houve significativa diferença estatística no grupo de FA com alta resposta quando comparado aos dois outros grupos citados, com valor de p <0,01. Conclusão. A alta resposta ventricular é fator de pior prognóstico em portadores de IC descompensada, evidenciando a importância do correto controle da frequência na redução da prevalência de perfis de maior gravidade à internação.
Palavras-chave: FA, ICC, MORTALIDADE.

EP-050 (ID: 1192) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV01
Título: INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NA AUSENCIA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA OBSTRUTIVA: UM RELATO DE CASO

Autores: Luana Oliveira Medeiros (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Camila Ribeiro Rôla (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Luciano Carneiro Suassuna (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Luciana Santos Oliveira (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Lúcia Sousa Belém (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O infarto do miocárdio na ausência de doença arterial coronariana obstrutiva (MINOCA) é encontrado em cerca de 5% a 6% de todos os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM). Geralmente, os níveis de troponina não se elevam tanto quanto na IAM com doença arterial coronariana (DAC), porém os fatores de risco prevalecem os mesmos. Para o um diagnóstico efetivo, deve-se excluir causas clinicamente evidentes de lesão miocárdica, miocardite, síndrome de Takotsubo e cardiomiopatias. Dentre as causas específicas destacam-se a ruptura de placa aterosclerótica, episódios vasoespásticos coronário epicárdico prolongados, disfunção microvascular coronariana, trombose/embolia coronariana e dissecção espontânea da artéria coronária que se relacionam diretamente com a patogênese da MINOCA. RELATO DE CASO: P.P.S, masculino, 47 anos, pintor, natural do Cedro-CE e procedente de Icó-CE. Encaminhado do hospital de Icó foi admitido no Hospital do Coração de Messejana, em maio de 2019, com dor precordial em aperto, com irradiação para MMSS, de início súbito, sem outros sintomas associados, que iniciou há cerca de 14h. No histórico pregresso, paciente referiu episódios recorrentes de angina estável aos grandes esforços, que cessava após medicações prescritas. Sem histórico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, em uso crônico de corticoide (prednisona 20mg) há mais de dez anos devido a quadro articular. Tabagista. Histórico familiar importante para Infarto Agudo do Miocárdio, pai e irmão falecidos, mãe realizou cateterismo. Irmã realizou cirurgia para troca valvar. Ao exame físico encontrava-se cooperativo, orientado, AAA, Glasgow 15, FC: 64 bpm, AC: RCR, 2T, BNF, S/S, PA 124 x 88 mmHg. Sat O2 : 100%, AP: MUV + S/ RH, FR 20 irpm. Abdome plano, flácido, RHA +, sem massa ou visceromegalias. No momento da admissão, encontrava-se Killip I. O ECG da admissão mostrou Ritmo sinusal com ZEI e supra de ST em parede anterior. parede anterior. Devido ΔT prolongado, o paciente foi encaminhado ao Cateterismo cardíaco no dia seguinte e foram observadas artérias coronárias sem lesões obstrutivas. Após realizar ECOTT constatou-se câmaras cardíacas com dimensões normais, hipocinesia apical, disfunção sistólica do ventrículo esquerdo leve (FEVE= 49% pelo método Simpson), função sistólica do ventrículo direito pre-

servada, disfunção diastólica do ventrículo esquerdo grau I, refluxo mitral discreto, refluxo tricúspide discreto; veia cava inferior fina e com cobalamento inspiratório >50%. CONCLUSÃO: Após realização dos exames e exclusão de outras doenças, concluiu-se que o paciente provavelmente possui doença aterosclerótica de microvasculatura, já que não foi evidenciado lesão obstrutiva nas artérias coronárias, mas, no entanto, possui fatores de risco para DAC.
Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio; Doença arterial coronariana; Infarto do miocárdio na ausência de doença arterial coronariana obstrutiva.

EP-051 (ID: 1179) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV01
Título: O IMPACTO DA OBESIDADE NA TRIADE DE VIRCHOW E SUA RELAÇAO COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELATO DE CASO

Autores: Alicy Antônia da Silva Araújo Freitas (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Gustavo Igor Marques Rodrigues (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana Leão Moraes (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Antônio Erisvaldo Linhares Ponte Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A obesidade é um grave problema de saúde pública que pode resultar em doenças como acidente vascular encefálico, tromboembolismo pulmonar (TEP) e infarto agudo do miocárdio. Diversas adipocinas, como a leptina e a resistina, estão aumentadas no obeso, resultando num processo pró- inflamatório e aterogênico. Por outro lado, a adiponectina, que possui efeitos antiaterogênicos e antiinflamatórios, encontra-se diminuída. Somado a isso, quando as placas ateroscleróticas se rompem, ocorre a exposição do fator tecidual subendotelial e do colágeno, o que ativa a cascata de coagulação. A obesidade também compromete a microcirculação, reduzindo o fluxo sanguíneo nos vasos, podendo levar à apoptose das células. Este relato de caso visa mostrar um caso de TEP em paciente obesa, tendo em vista que a obesidade é um dos fatores de risco para esta enfermidade. RELATO DE CASO: M.H.S, 28 anos, sexo feminino, procedente de Fortaleza. Paciente apresentou dispneia intensa e súbita há 8 horas, associado à 2 episódios de vômitos e taquicardia. Buscou atendimento médico em um Hospital Público de Fortaleza. Ao exame físico: estado geral regular, sudoreica, taquicárdica, taquidispneica, Glasgow: 15. Ausculta cardíaca: RCR, 2T, BNF, SS. Ausculta pulmonar: MVU +, s/ RA. Abdome: globoso por adiposidade, indolor, sem massas palpáveis. Extremidades: mal perfundidas, sem edema e pulsos filiformes. Paciente estava aguardando realização de miomectomia e fazia uso de anticoncepcional oral (ACO). Exames complementares: ECG: taquicardia sinusal; Troponina e D-dímero elevados; Provas de coagulação normais; Função renal e eletrólitos normais; Ecocardiograma: hipocinesia difusa de ventrículo direito (VD), dimensões das câmaras direitas aumentadas, sinais de disfunção sistólica de VD e ausência de sinais sugestivos de trombo. Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso, sendo realizado medidas de suporte avançado e trombólise química com alteplase. Ocorreu retorno da circulação espontânea após 14 ciclos. Após essas medidas, evoluiu hemodinamicamente estável. DISCUSSÃO: O TEP é considerado resultado da interação entre fatores de risco do paciente e determinadas consequências ou eventos. Em obesos, o risco de eventos tromboembólicos é cerca de 4 vezes maior e se associado ao uso de ACO é 2 a 3 vezes. O TEP e a aterotrombose apresentam fatores de risco incomum, incluindo estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade (Tríade de Virchow). Os principais fatores relacionados à aterotrombose incluem o desbalanço entre o colesterol total e frações, e o índice de massa corpórea (IMC) elevado. Com isso, estes fatores podem justificar o fato de 36,3% dos casos de TEP apresentarem-se em pacientes com IMC>30. CONCLUSÃO: Por meio da análise desse relato, propõe-se que a obesidade pode promover impacto na Tríade de Virchow, gerando fatores que predispõem o risco de TEP.
Palavras-chave: TRIADE DE VIRCHOW; OBESIDADE; TEP; ACO.

EP-052 (ID: 2014) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 | TV01
Título: RELAÇAO ENTRE PROTESE VALVAR METALICA E PERFIL DE PIOR PROGNOSTICO

Autores: CAMILA DE OLIVEIRA GREGORIO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), wylston de moraes caldas FILHO (UFC, PARNAÍBA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A doença cardíaca valvar é um grave problema de saúde pública atualmente, fazendo-se necessária a troca valvar por uma prótese que pode ser biológica ou metálica. Nesse estudo, escolhemos a prótese metálica para avaliar a evolução do paciente e entender seu prognóstico. Essa prótese é de extrema importância para a melhora na qualidade de vida do paciente e sua sobrevida. Objetivo: Avaliar o prognóstico do paciente que realizou uma troca valvar por prótese metálica. Métodos: estudo analítico, retrospectivo e longitudinal. Foram analisados 238 pacientes para compensação de IC em um hospital terciário de referência para doenças cardiovasculares no estado do Ceará. Estes foram divididos entre aqueles que realizaram troca valvar prévia e aqueles que não realizaram troca. Os dados foram colhidos a partir de prontuários de atendimento físico e virtual. Na análise estatística, utilizou-se o programa Open Epi, com aplicação

do teste Qui- quadrado e Fisher. Foi considerada uma significância de (p<0,05). Resultados:Dos 238 pacientes internados por descompensação de Insuficiência cardíaca, 21 apresentavam exposição ao risco de pior prognóstico(-mortalidade) pelo uso de prótese valvar metálica.Deste grupo,28% apresentavam risco de pior prognóstico.Entre os não expostos, ou seja não usavam prótese valvar metálica, foram 217 pacientes, apresentando o risco de 10% de apresentarem o pior prognóstico. Conclusão: O paciente que tem IC descompensada e usa prótese valvar do tipo metálica apresenta um risco de 2.8 vezes maior de ter como desfecho o pior prognóstico , a mortalidade, quando comparada a um paciente com IC descompensada e que não faz uso de prótese valvar metálica.
Palavras-chave: PRÓTESE, VALVA METÁLICA,ICC.

EP-053 (ID: 1174) | Área: Imagem Cardiovascular
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV01
Título: A FUNÇAO ATRIAL ESQUERDA (FAE) NA AVALIAÇAO DA INSUFICIENCIA CARDIACA(IC) NO CURSO DA INSUFICIENCIA CARDIACA(IC) A PARTIR DA FRAÇAO DE EJEÇAO(FE).

Autores: JOSE MARIA BONFIM MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), LUISA Cristina MATIAS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), ISABEL BARBOSA MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), ROSANE ALICE BARBOSA MORIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), HELMUTH POTI MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil), MAGGY POTI MORAIS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: FUNDAMENTOS: O VENTRICULO ESQUERDO (VE) ESTÁ PARA A FE, COMO O ATRIO ESQUERDO (AE) ESTÁ PARA A FUNÇÃO DIASTÓLICA. PACIENTES COM IC EM FASE REMISSIVA CONSEGUEM CONTROLE DA FE, MAS NÃO NORMALIZAM SUA FUNÇÃO DIASTÓLICA. MATERIAL E MÉTODOS- DE MAIO DE 2015 A JANEIRO DE 2018 110 PACIENTES COM DIAGNOSTICO DE IC FORAM SUBMETIDOS A ESTUDO ECOCARDIOGRÁFICO. 65% ERAM DO SEXO FEMININO, ENQUANTO QUE 35% ERAM DO SEXO MASCULINO. A IC TINHAM AS MAIS DIVERSAS ETIOLOGIAS. TINHAM IDADE MINIMA DE 27 E MAXIMA DE 82 ANOS COM IDADE MÉDIA DE 65 ANOS. OS PACIENTES REALIZARAM PELO MENOS 2 EXAMES. UM NO INICIO DO TRATAMENTO E OUTRO NO FIM. DIVIDIMOS ESTES PACIENTES DE ACORDO COM A EVOLUÇÃO CLINICA E O DESFECHO FINAL. A MORTALIDADE GLOBAL FOI EM TORNO DE 43%. A FAE TEVE COMO PONTO DE CORTE 45%. USAMOS O MÉTODO DE SIMPSON. RESULTADOS- DIVIDIMOS OS PACIENTES EM TRÊS GRUPOS. GRUPO A) FE 72% FAE 52% (p=ns); NÃO HOUVE MORTALIDADE; B) FE 60% FAE 30% (p< 0,004), MORTALIDADE DE 13 %; C)FE 37% E FAE 20% (p<0005), MORTALIDADE DE 32 %. CONCLUSÂO: COMO A IC É UMA PATOLOGIA QUE CURSA MAU, MESMO COM UMA OTIMIZAÇÃO DA TERAPEUTICA, A FE MESMO MELHORANDO NEM SEMPRE MUDA A HISTORIA NATURAL DA DOENÇA, SEM UMA MELHORA NA FUNÇÃO DIASTOLICA(FAE).
Palavras-chave: ECOCARDIOGRAFIA; INSUFICIENCIA CARDIACA;FUNÇAO ATRIAL ESQUERDA.

EP-054 (ID: 1961) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV01
Título: BLOQUEIOS DA CONDUÇAO CARDIACA RELACIONADOS À MORTALIDADE EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA

Autores: GABRIEL DE LUCAS PERES (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), NATANAEL PONTE DE OLIVEIRA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), DIULIO DA SILVA PORTELA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), FERNANDO FURTADO DE MELO NETO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), CRISLAY MARIA PEREIRA FONTENELE (UFC, CARNAUBAL, CE, Brasil), GABRIEL MAGALHÃES TOQUARTO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Os bloqueios da condução elétrica do coração possuem uma prevalência considerável em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), relacionando-se, muitas vezes, com piores prognósticos à internação e com aumento da mortalidade intra-hospitalar. OBJETIVOS: Avaliar a relação entre bloqueios de condução elétrica cardíaca e mortalidade em pacientes com IC descompensada. MÉTODOS: Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado com paciente internados na UTI do Hospital do Coração Padre José Linhares Ponte, em Sobral-CE, entre 01 de Janeiro de 2016 e 31 de Abril de 2019, admitidos por descompensação aguda de IC. Foram considerados como bloqueios da condução elétrica cardíaca o bloqueio divisional posteroinferior, bloqueio de ramo esquerdo, bloqueio atrioventricular de 2° grau Mobitz II e bloqueios atrioventricular total; os demais distúrbios da condução não foram incluídos no estudo por possuírem patogenia mais favorável. Mediante a assinatura de um termo de consentimento, os pacientes foram agrupados quanto à presença ou ausência de um ou mais desses bloqueios – detectados por meio de estudo eletrocardiográfico – e quanto ao desfecho final da internação, se alta ou óbito. Para tanto, os pacientes foram acompanhados de forma longitudinal durante toda a internação. Foram incluídos no estudo 452 pacientes com IC descompensada, sendo 150 (33,2%) portadores de algum dos bloqueios elencados, e os outros 303 (66,8%) não. Para a comparação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o x de Pearson com correlação de continuidade quando necessário. Para comparar médias entre grupos, foi utilizado o teste t de Student, conforme fossem respeitados ou não os pres-

supostos paramétricos. Para isso, utilizou-se a plataforma Openepi para calcular os dados e identificar a sua significância estatística, utilizando-se um nível de significância de $p < 0,05$. RESULTADOS: Apurou-se que no grupo que tinha algum bloqueio da condução, 37 (24,7%) evoluiu para óbito durante a internação, enquanto 113 (75,3%), ou havia recebido alta hospitalar, ou permanecia internado até o momento do estudo; enquanto que no grupo sem, a mortalidade intra-hospitalar observada foi de 20 (6,7%), enquanto que os demais 282 (93,3%), ou permaneciam internado até o estudo, ou já haviam recebido alta. CONCLUSÃO: Constatou-se, portanto, que a presença de bloqueios da condução elétrica cardíaca foi responsável por um incremento da mortalidade intra-hospitalar em pacientes com IC descompensada. Na vigência de algum desses bloqueios, o quadro clínico durante a descompensação tende a ser mais grave, denotando pior prognóstico para esses pacientes e aumentando o risco de óbito.
Palavras-chave: BLOQUEIO DE CONDUÇÃO, MORTALIDADE, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

EP-055 (ID: 1350) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV01
Título: COMORBIDADES ASSOCIADAS A PACIENTES PORTADORES DE SINDROME CORONARIANA AGUDA

Autores: Francisco Ariel Santos da Costa (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Dafne Lopes Salles (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Fabiara Lima Parente (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Paloma Custódio Francelino (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Joaquim David Carneiro Neto (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Fabiene Lima Parente (Hospital do Coração de Sobral, Sobral, CE, Brasil), Maria Sinara Farias (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O paciente coronariopata, em sua maioria, apresenta demais patologias associadas ao quadro da Doença Arterial Coronariana (DAC), estas podendo ser fatores preditores à este processo, bem como subsequentes ao agravo da patologia cardíaca, tais apresentações se mostram de grande impacto na morbimortalidade e desfechos clínicos nesta população, sendo um fator determinante o manejo destas doenças para a melhoria da qualidade da assistência e terapêutica ofertada ao paciente com DAC. Este estudo se propôs a avaliar as comorbidades associadas de 255 pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda, internados no Hospital do Coração de Messejana: Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, no período de 2016 à 2018, recrutados a partir do instrumento Care Report Form (CRF) do Programa de Boas Práticas Clínicas (BPC), projeto multicêntrico com o apoio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e American Heart Association (AHA). RESULTADOS/DISCUSSÃO: Quanto aos achados a respeito da prevalência de comorbidades associadas ao processo de adoecimento coronariano foi possível observar na amostra analisada que: figurando em primeira posição, 78,4% apresentaram quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguidos por Diabetes Mellitus em 39,2% dos casos e Dislipidemia (DLP) em 30,2% destes. É valido ressaltar ainda que da amostra 18,8% possuíam quadro prévio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 8,2% eram portadores de alguma classe funcional de Insuficiência Cardíaca (IC). CONCLUSÃO: Conclui-se então que o processo de adoecimento coronariano não é um fator isolado e que representa grande associação, prévia ou posterior à algum fator de risco para o seu aparecimento e/ou progressão, bem como demais processos de adoecimento cardiovasculares ou metabólicos, o que evidencia a importância de uma abordagem sistêmica e individualizada em cada caso.
Palavras-chave: Doença da artéria coronariana; Doenças cardiovasculares; Cardiopatias.

EP-056 (ID: 1217) | Área: Cirúrgico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV01
Título: CORREÇAO CIRURGICA COM ENXERTO DE DACRON EM DISSECÇAO DE AORTA DO TIPO I DE BAKEY: RELATO DE CASO

Autores: Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital de messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital de messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Karina de Vasconcelos Norões (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana Leão Moraes (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Saullo Alcântara Mendes (Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Cajazeiras, PB, Brasil), Alicy Antônia da Silva Araújo Freitas (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Sabrina Maria Lima Bezerra (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabrielle de Moura Ferreira (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ívina Mourão Lobo Melo (Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A dissecção aguda de aorta é a emergência mais comum da aorta, tendo seu desfecho determinado pelo tipo e extensão da dissecção. A manifestação clínica mais comum é a dor torácica de forte intensidade, com irradiação para dorso, abdômen ou lombar. Além disso, podem ocorrer sintomas neurológicos, decorrentes da compressão de vasos da base ou ramos medulares. RESULTADOS/DISCUSSÃO: J.R.M.S, sexo masculino, 61 anos, foi admitido em um hospital público de Fortaleza, com história de queda da própria altura após esforço físico associada a calafrios, queimação no peito com irradiação para o dorso. Tabagista de longa data, sem comorbidades. Ao exame físico admissional, apresentava-se em regular estado geral, pressão do membro superior direito igual a 151/69 mmHg e do membro superior esquerdo igual a 144/72 mmHg, além de plegia e anestesia de membros inferiores

(MMII). Apresentava radiografia de tórax com alargamento do mediastino; angiotomografia de aorta toraco-abdominal com sinais de ectasia cilíndrica da aorta (Ao) torácica, com dissecção desde o segmento da Ao ascendente, estendendo-se pela Ao descendente, abdominal, até a artéria ilíaca comum esquerda, além de sinais de dissecção do óstio da artéria renal esquerda. Ecocardiograma demonstrava valva aórtica trivalvular espessada e calcificada com boa abertura e mobilidade, sem gradiente sistólico significativo e apresentando refluxo leve. Paciente foi submetido à correção de dissecção de aorta tipo I, à correção de aneurisma de Ao ascendente (troca da Ao ascendente por tubo de Dacron) e à plastia valvar aórtica. No pós-operatório, paciente evoluiu hemodinamicamente estável, sem o uso de drogas vasoativas, porém persiste com plegia e anestesia de MMII. A classificação De Bakey, apresenta a tipo 1 como a mais comum, envolvendo aorta ascendente, arco aórtico e aorta descendente. Nas dissecções envolvendo a aorta ascendente, a intervenção cirúrgica deve ser imediata, e tem por objetivos evitar a ruptura e a morte por tamponamento cardíaco, corrigir a regurgitação aórtica quando presente, evitar a isquemia miocárdica, e redirecionar o fluxo pela luz verdadeira aos ramos supra-aórticos e à aorta descendente. Se os diâmetros da aorta ascendente e da raiz da aorta são normais, e não há desalinhamento do plano comissural da válvula aórtica nem distorção dos óstios coronarianos, a correção, envolve a interposição de um enxerto reto de Dacron, anastomosado proximalmente na porção sinotubular da aorta. A principal preocupação na correção cirúrgica dos aneurismas descendentes ou toraco-abdominais ainda é a paraplegia, sua ocorrência advém de uma ou mais das seguintes condições: duração e grau de isquemia medular, falha no restabelecimento do fluxo da medula espinhal após o reparo, e injúria de reperfusão mediada bioquimicamente. CONCLUSÃO: O diagnóstico de dissecção de aorta exige níveis altos de suspeição, para que o a abordagem cirúrgica seja precoce e garanta a sobrevida do paciente.

Palavras-chave: DISSECÇÃO, AORTA, BAKEY, ENXERTO, DACRON, CIRURGIA.

EP-057 (ID: 1920) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV02
Título: AVALIAÇAO DO USO DE AAS NA PREVENÇAO PRIMARIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM DIABETICOS DA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE

Autores: Matheus de Lucena Holanda (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Maria Stella Vasconcelos Valente (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Felipe Klezevski Pimentel (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Daniele Ferreira de Freitas (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Jairo Siqueira Filho (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medina Néri (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli da Costa Lino (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Geraldo Bezerra Júnior (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) na prevenção primária de eventos cardiovasculares na população geral é controverso. Em indivíduos diabéticos, pode-se considerar seu uso naqueles com maior risco cardiovascular, após avaliação criteriosa de seus fatores de risco. O objetivo deste trabalho é avaliar o uso de AAS na prevenção primária de doenças cardiovasculares (DCV) entre indivíduos diabéticos acompanhados na atenção primária à saúde (APS). Resultados/Discussão: Trata-se de um estudo transversal em que foram avaliados, no período de Janeiro a outubro de 2017, 128 diabéticos tipo 2 sem DCV prévia, de 30 a 74 anos, que eram usuários de uma unidade de APS de Fortaleza - Ceará. Os indivíduos tinham uma média de idade de 56±10 anos e eram na sua maioria do sexo feminino (68%). Hipertensão arterial sistêmica foi identificada em 68% dos participantes, tabagismo em 8,6%, sedentarismo em 87,5%, sobrepeso e obesidade em 88,4%, com IMC médio de 30,9 ±5,1 Kg/m2 e circunferência abdominal média de 100,98 ±11,71 cm. Os indivíduos apresentaram médias elevadas de LDL-colesterol (101,40±33,52 mg/dL), triglicerídeos (185,83±113,65 mg/dL) e colesterol não-HDL (135,78±38,13 mg/dL), considerando-se os valores de referência para a população diabética. Cerca de 92% dos participantes tinham síndrome metabólica e apenas 5,5% tinham história familiar de DAC precoce. Foi observado que 32,8% dos indivíduos faziam uso de AAS para prevenção primária de DCV, porém mais de 70% destes não possuíam indicação formal para tal uso, segundo as recomendações feitas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Conclusão: Uma parcela considerável dos diabéticos avaliados fazia uso inadequado de AAS, pois não havia recomendação apropriada para tal, embora possuíssem muitos fatores de risco para DCV. É importante atentarmos que, apesar de o AAS comprovadamente trazer benefícios para pacientes com eventos cardiovasculares prévios, isto não está bem definido com relação à prevenção primária, mesmo quando consideramos os indivíduos diabéticos. Os profissionais de saúde da atenção primária, que estão na linha de frente da atenção e cuidado ao diabético, devem estar atentos à correta indicação do AAS para estes indivíduos, para que este fármaco não seja utilizado de forma indiscriminada, o que pode levar ao aparecimento de um maior número de eventos indesejados associados a essa medicação.

Palavras-chave: Uso de AAS, Risco cardiovascular e Atenção primária à saúde.

EP-058 (ID: 1868) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV02
Título: COMPLEXO DE CARNEY: ACOMETIMENTO POR MULTIPLOS MIXOMAS - RELATO DE CASO

Autores: Larissa Ferreira Lopes (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ivan Lucas Rocha Libera-

to (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), JOSE LEONARDO GOMES ROCHA JUNIOR (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli Oliveira da Costa Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-ce, CE, Brasil), ANE KAROLINE MEDINA NERI (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-ce, CE, Brasil), Jose Humberto da Silva Junior (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-ce, CE, Brasil), Christiane Bezerra Rocha Liberato (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O complexo de Carney (CNC) é uma doença rara de caráter autossômico dominante. Seu quadro clínico é caracterizado por lesões pigmentadas em região dermatológica e mucosa, mixomas cardíacos e cutâneos, além de múltiplas neoplasias endócrinas e não-endócrinas. RESULTADOS/DISCUSSÃO: M.C.S, 49 anos, sexo feminino, costureira e procedente de Fortaleza-ce. Relata que, no início de 2017, apresentou nódulo único doloroso em região interdigital de 2º pododáctilo direito e, posteriormente, apresentou novas lesões semelhantes em pés, glúteos, panturrilhas, coxa direita e polpas digitais de 2º e 4º quirodáctilos esquerdos. Em julho de 2018, foi submetida a biópsia de um dos nódulos, sendo classificada como mixomas cutâneos. Nessa perspectiva, houve uma evolução com presença de adinamia, perda ponderal 7kg no período de 6 meses e aumento do tamanho dos nódulos, principalmente os de localização em planta dos pés e nádegas, ao qual ocasionaram maior dificuldade de deambulação. Devido ao quadro consumptivo, foi internada no Hospital Universitário Walter Cantídio para investigação detalhada. História patológica prévia de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, anemia crônica, em uso de Losartana, Puran T4 e sulfato ferroso. Ao exame clínico, além dos nódulos cutâneos, foi identificado nódulo palpável na projeção de glândula tireóide e manchas hipercrômicas em região de lábios, palato duro e pálpebra inferior esquerda. Quanto aos exames complementares, no ecocardiograma transtorácico observou-se mixoma atrial esquerdo, medindo 44x37mm, aderido ao septo interatrial, ocasionando estenose mitral de grau leve. Na ultrassonografia de tireoide, diagnosticaram-se nódulos tireoidianos bilaterais. Dessa maneira, o diagnóstico de Complexo de Carney foi baseado nos exames clínicos e complementares. Além disso, foi indicado cirurgia cardíaca para ressecção do mixoma interatrial. CONCLUSÃO: Pacientes com CNC devem ser acompanhados periodicamente com ecocardiografia, e todos os membros de primeiro grau da família devem ser investigados, objetivando um diagnóstico precoce. Além disso, embora os mixomas atriais esporádicos normalmente sejam tratáveis adequadamente com ressecção cirúrgica, as lesões hereditárias tendem a recorrer com uma taxa de 20%, comumente em sítios distintos do local primário de implantação. Por isso, torna-se necessário um amplo e minucioso acompanhamento clínico, mesmo após as intervenções realizadas.

Palavras-chave: Complexo de Carney; Ecocardiografia; Mixoma.

EP-059 (ID: 1999) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV02
Título: PANORAMA DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO NOS ULTIMOS 10 ANOS.

Autores: Leonardo Barros Bastos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Luiz Valério Costa Vasconcelos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Parahyba Diogo De Siqueira (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Igor Quezado Araújo De Andrade (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Hallana De Lucena Araújo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), John Kennedy Torres De Alencar (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Clara De Fátima Marques Pimentel (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Marina Isidório Cruz Macêdo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: "O infarto agudo do miocárdio é uma patologia causada pela redução no número de cardiomiócitos causada por uma isquemia prolongada, sendo essa isquemia causada por uma trombose ou vasoespasmo sobre uma placa aterosclerótica." (PESARO, 2005). Apresenta elevada mortalidade e morbidade no país, sendo o rápido atendimento e diagnóstico precoce o principal fator de redução de sequelas causadas por essa doença. Com efeito, essa doença possui forte influência do estilo de vida, sendo a possibilidade de incidência bastante variável. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, utilizando as variáveis faixa etária, região, óbitos, internações e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Segundo dados do DATASUS, entre o período de março de 2009 a março de 2019, houve um total de internações de 949.071, sendo 602.435 internações no sexo masculino, enquanto que notou-se 346.636 internações no sexo feminino, o que demonstra uma prevalência entre o sexo masculino. No que tange aos óbitos, é mais prevalente na região Sudeste (55.282) e menos prevalente na região Norte (4.831), com um total de 111.397 óbitos, sendo 49.339 do sexo feminino, em contrapartida com os óbitos no sexo masculino, os quais se configuram em 62.058. Em relação à taxa de mortalidade, observou-se um taxa total de 11,74, sendo 10,30 no sexo masculino e uma taxa de 14,23 no sexo feminino. No que concerne aos óbitos por faixa etária, é mais prevalente na faixa de 70 a 79 anos (32.488). Em contrapartida, é observada uma menor prevalência na faixa de 5 a 9 anos (5). CONCLUSÃO: Portanto, a partir dos dados analisados, podemos destacar que das 949.071 internações por infarto agudo do miocárdio, 63,47% foram homens (602.435) contra 36,53% de mulheres (346.636), logo, podemos inferir que os homens apresentaram quase o dobro dos casos em relação as mulheres (173,79%). A região onde foi constada maior nú-

mero de óbitos foi a região Sudeste (55.282), apresentando um número aproximadamente 11 vezes maior que a região Norte (4.831), que foi a região com menor número de óbitos.
Palavras-chave: infarto agudo, doenças cardiovasculares, epidemiologia.

EP-060 (ID: 1831) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 | TV02
Título: SINDROME CORONARIANA AGUDA COM ACOMETIMENTO DE TCE – CASOS CLINICOS E AVALIAÇAO DE DESFECHO.

Autores: Larissa Chagas Corrêa (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Ingrid Alves de Freitas (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Glaylton Silva Santos (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), João Luiz de Alencar Araripe Falcão (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Jairo de Carvalho Santos (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), José Ribamar de Andrade Junior (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Arthur Rafhael Amorim Alves (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Fernanda Brito Sabino Freitas (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli Oliveira da Costa Lino (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O Tronco da Coronária Esquerda (TCE) é responsável pelo suprimento sanguíneo de cerca de 75% do miocárdio, sendo sua importância funcional dependente do padrão da circulação coronária (dominância direita ou esquerda), da presença de obstrução na artéria coronária direita, e da existência de enxertos arterial e venoso distais em pacientes já submetidos a revascularização cirúrgica (condição denominada tronco protegido). Relatamos 2 casos de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e acometimento isolado de TCE, com seus desfechos clínicos fatais a despeito de suporte intensivo. Caso 1: CBP, 48 anos, com quadro de dor precordial típica há 2 semanas, piora 3h antes da admissão neste hospital, associada a dispneia. Eletrocardiograma (ECG) evidenciou supra do segmento ST (SST) em parede anterior. Cateterismo mostrou lesão de 100% em óstio de TCE sem lesões em outros vasos; realizado implante de stent farmacológico (SF) com fluxo TIMI 3, além de terapia com ácido acetilsalicílico (AAS), Ticagrelor, Agrastat® e Heparinização plena. Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou fração de ejeção (FE) 39%, acinesia apical do ventrículo esquerdo e de paredes anterior e septal. Evoluiu com choque cardiogênico, necessidade de altas doses de inotrópico e ventilação mecânica, sendo optado por passagem de balão intra aórtico (BIA). Evoluiu com picos febris e piora do quadro hemodinâmico, evoluindo a óbito após 8 dias de internamento. Caso 2: FESL, 34 anos, com quadro de dor precordial típica, sudorese e dispneia, admitido neste hospital com mais de 24h de queixas, ECG evidenciou SST em parede anterior. Cateterismo mostrou lesão de 100% em óstio de TCE sem lesões em outros vasos; realizado implante de SF com fluxo TIMI 2, além de terapia com AAS, Clopidogrel, Agrastat® e Heparinazação plena. Evoluiu com choque cardiogênico, em uso de altas doses de inotrópico, sendo também optado por passagem de BIA. ECOTT mostrou FE 25%, hipocinesia de paredes septal e lateral, acinesia apical e de parede anterior. Evoluiu com choque séptico e óbito após 11 dias de internamento. Discussão: O desfecho a curto prazo de pacientes com IAM complicando com choque cardiogênico devido acometimento do TCE permanece insatisfatório, com taxas de mortalidade próximas a 50%. Atualmente a intervenção coronariana percutânea é permitida, contudo questões clínicas como idade, presença de diabetes melitus, necessidade de BIA e Killip≥III admissional são fatores preditores independentes de desfechos MACE a curto prazo (até 1 mês do evento). Conclusão: Lesões que acometem o TCE não protegido frequentemente predispõem a significativo grau de isquemia, com disfunção ventricular esquerda severa ou arritmias potencialmente letais. A despeito do suporte intensivo ideal ofertado, as taxas de mortalidade intra-hospitalar e precoce permanecem elevadas, ressaltando a gravidade e a necessidade de atenção especial neste tipo de evento isquêmico.
Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, Síndrome Coronariana Aguda, Tronco de Coronária Esquerda, Intervenção Percutânea.

EP-061 (ID: 1754) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV02
Título: ANALISE DO CUSTO DAS INTERNAÇOES POR INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESTADO DO CEARA DE 2015 A 2019

Autores: Artur Queirós Azevedo (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Bernardo Chaves Lima (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Thais Colares Silva (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Thais Pimentel Barbosa (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), José Roberto Gomes Francilino Filho (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Hyan Staytskowy Magalhães Martins (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Tainan Paula Lima (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Joyce Santiago Honorato (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Emanuel Carneiro Vasconcelos (Faculdade de Medicina - UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crônica causada por alterações cardíacas, estruturais ou funcionais, que levam a pressões intracardíacas elevadas ou a um débito cardíaco reduzido. No Ceará, cerca de 20% de todas as internações relativas a doenças do aparelho circulatório foram por

causa de insuficiência cardíaca. Sendo assim, os custos das internações por essa morbidade são responsáveis por uma parcela significativa do orçamento hospitalar cearense. Diante da importância dessa doença no Ceará, busca-se, por meio da análise de dados obtidos na plataforma DATASUS, evidenciar os impactos financeiros dessa morbidade no estado, no período de janeiro de 2015 até abril de 2019. Resultados/Discussão: A análise dos dados evidenciou que o valor total das internações por insuficiência cardíaca foi de R$41.264.649,83, o que equivale a 10,76% do total destinado a doenças do aparelho circulatório e a cerca de 1,73% dos gastos totais do sistema de saúde (R$2,38 bilhões). O Estado do Ceará evidenciou-se como o estado do Nordeste com o 3º maior gasto com IC, devido ao alto número de internações na unidade federativa. No período analisado, R$26,5 milhões dos gastos totais ocorreram apenas em Fortaleza, que corresponde a 64% dos gastos totais, evidenciando a importância da cidade como um centro de saúde no estado, e desse valor, mais de 45% foi utilizado no Hospital de Messejana, o maior centro de referência de doenças cardíacas da unidade federativa. Outro município com gastos significativos foram Brejo Santo, com um custo total de R$1,56 milhões. De janeiro de 2015 a abril de 2019, a faixa etária para a qual a maior quantidade de verba foi destinada foi de 70 a 79 anos, com R$10,247 milhões investidos, seguida pela faixa de 60 a 69 anos, com R$10,185 milhões. Para pessoas acima de 60 anos, foi investido um total de R$28,442 milhões, o que corresponde a 68% dos gastos. Essa distribuição assimétrica é justificada pelo maior risco de doenças cardiovasculares que a idade proporciona ao indivíduo. Ademais, 57,7% do valor total foi destinado a internações de homens.No primeiro trimestre de 2019, o gasto com internações foi de R$1.443.291,41, demonstrando uma queda substancial em comparação ao mesmo semestre dos anos anteriores. No ano de 2018, por exemplo, esse gasto foi de R$ 2.512.632,23. Esse decréscimo de aproximadamente 42,4% deve-se à diminuição do número de internações por IC, e afetará de forma positiva os gastos anuais com essa morbidade Conclusão: Por meio da análise dos dados coletados, depreende-se que e os gastos hospitalares de internações por insuficiência cardíaca estão decrescendo de forma sucinta desde 2015. No Período analisado, houve um ápice de gastos no ano de 2016, e o menor valor anual registrado foi em 2018. De acordo com a análise do primeiro trimestre em relação ao mesmo período de anos passados, há uma boa expectativa com relação a diminuição das despesas hospitalares públicas de forma geral para o ano de 2019.

Palavras-chave: DATASUS Insuficiencia Cardiaca.

EP-062 (ID: 1707) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV02
Título: AVALIAÇAO DA ADEQUAÇAO DA PRESCRIÇAO DE ESTATINAS PARA PACIENTES DIABETICOS NA ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE

Autores: Vinícius Coelho Garcia (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Carolina Costa Freire (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Isabela Carvalho Studart (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Antônio Victor Gouveia dos Santos (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Lorena Maia Moura (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medina Néri (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli da Costa Lino (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Geraldo Bezerra Júnior (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: Atualmente, a terapia com maior validade por estudos clínicos para redução da incidência de eventos cardiovasculares (CV) é o uso das estatinas, por meio da redução do LDL-colesterol (LDL-c), principalmente quando associada com a realização de atividades físicas. As estatinas estão indicadas como primeira opção terapêutica de prevenção primária e secundária de eventos CV, tornando-se de considerável relevância a avaliação dos aspectos de indicação e prescrição adequadas dessas medicações no contexto da atenção primária à saúde (APS). O objetivo deste trabalho é avaliar a adequação da prescrição de estatinas a pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) acompanhados na APS. Resultados/Discussão: Este é um estudo transversal realizado com 128 indivíduos portadores de DM2 acompanhados na APS no município de Fortaleza-Ceará, durante os meses de Janeiro a Outubro de 2017, nos quais a média de idade era 56±10 anos e o tempo médio de diagnóstico de DM2 era 7±6 anos. Foi realizada estratificação de risco cardiovascular (RCV) pelo escore da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que evidenciou uma maioria de indivíduos de alto risco (98,4%) e uma minoria como risco intermediário (1,6%), não havendo indivíduos de baixo RCV. No tocante ao uso de estatinas, tendo em vista a abordagem das dislipidemias, 40,6% dos indivíduos referiram seu uso. Quanto à análise dos valores lipídicos, observa-se que os pacientes apresentavam médias elevadas de LDL colesterol (101,40±33,52 mg/dL), triglicerídeos (185,83±113,65 mg/dL) e colesterol não-HDL (135,78±38,13 mg/dL), considerando-se os valores de referência para a população diabética de alto risco. Quanto à avaliação da adequação da prescrição de estatinas, evidenciou-se que apenas 19,5% dos pacientes tinham recomendação adequada da estatina e a grande maioria deles (80,5%) não estavam adequadamente tratados, apresentando-se fora do alvo de colesterol LDL-c para a categoria de risco obtida através do escore da SBC. Conclusão: Os pacientes diabéticos avaliados eram de alto RCV e apresentavam-se em sua maioria dislipidêmicos. Apesar disso, a maior parte dos diabéticos não estavam adequadamente tratados com estatinas. Este fato aponta para uma possível dificuldade no manejo da dislipidemia na APS, o que pode se jus-

tificar por apenas dispormos de estatina de potência no máximo intermediária na rede municipal de medicações da APS em Fortaleza ou por uma possível inércia médica para realizar o manejo adequado desta condição. É necessário, portanto, haver uma melhor formação médica voltada para o manejo da dislipidemia na APS, para que os pacientes possam ser adequadamente tratados e para que esta medida de importante impacto na redução de eventos cardiovasculares possa ser de fato implementada na atenção básica.
Palavras-chave: risco cardiovascular, estatinas na atenção primária e adequação da prescrição de estatinas.

EP-063 (ID: 1858) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV02
Título: ESCLEROSE TUBEROSA COM RABDOMIOMA: RELATO DE DOIS CASOS

Autores: Ana Camila Bringel (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Abraão de Freitas Pereira (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Josevaldo Monteiro Maia Filho (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Carolina de Souza Silva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Joyce Maria Malheiro Rodrigues (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Sérgio Rubens Lacerda Morais (Unichristys, Fortaleza, CE, Brasil), Henrique Gonçalves Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE, Brasil)
Resumo estruturado: Introdução: A esclerose tuberosa é uma condição genética autossômica dominante onde há uma mutação nos genes TSC1 ou TSC2, levando a alterações em um complexo de proteínas supressoras tumorais e causando a formação de hamartomas, durante a organogênese, em diversos órgãos. O acometimento cardíaco da esclerose tuberosa gera rabdomiomas mais prevalentes em pacientes de até 4 anos de idade, aumentando a incidência de arritmias. A ausência de sinais patognomônicos dificulta o diagnóstico, que pode levar à presença de tumores cardíacos desde o período fetal. O objetivo desse trabalho é analisar e ressaltar a presença de rabdomioma em pacientes com esclerose tuberosa. Resultados: Caso 1: Menino de 1 mês e 11 dias de idade, procedente de Jijoca, CE. Pais não consanguíneos, teve pré-natal sem intercorrências, nascido a termo com apgar de 8 e 9, pesando 3.835 gramas. O exame físico de ausculta apresentou sopro cardíaco, sem outras alterações. Aos 13 dias de idade foi realizado um exame ecocardiográfico, que evidenciou rabdomioma. Caso 2: Menino de 7 meses e 24 dias de idade, procedente de Pindoretama, CE. Pais não consanguíneos, pré-natal sem intercorrências, nascido a termo de parto vaginal e sem alterações nos marcos do desenvolvimento. Apresentou-se com estrabismo convergente à esquerda, mancha infra-ocular avermelhada no olho direito e manchas hipocrômicas generalizadas. Exame de tomografia computadorizada revelou pontos de calcificação intracraniana. Ecocardiograma indicou tumor em ventrículo esquerdo, subvalvar mitral, estendendo-se para folheto anterior, de 16x22mm. Também foi encontrado um tumor no ventrículo direito, de 6x6mm. Discussão: Os rabdomiomas são detectados geralmente no segundo ou terceiro trimestre da gestação, quando as massas adquirem maiores diâmetros (TWORETZKY, 2003). Embora sejam tumores benignos, havendo inclusive relatos de casos com regressão do tumor ainda no período pré-natal, a frequente associação dos rabdomiomas à esclerose tuberosa (50 a 80%) altera o prognóstico dos pacientes afetados (KING, 2005). Conclusão: Rabdomiomas estão presentes na maior parte das crianças com esclerose tuberosa, sendo o tumor cardíaco sem potencial maligno mais comum em pacientes jovens. A associação dos rabdomiomas a essa condição genética é mais comum quando há múltiplos hamartomas, frequentemente localizados dentro da cavidade cardíaca, próximos ao septo interventricular. O exame ecocardiográfico é o método radiológico de escolha para o diagnóstico cardíaco dessa condição genética e deve ser realizado em pacientes com histórico familiar de esclerose tuberosa ou em hipótese de tumor intracardíaco na criança menor de 4 anos.
Palavras-chave: Esclerose Tuberosa, Rabdomioma, Hamartoma, Mutação.

EP-064 (ID: 1840) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV02
Título: Trombose precoce de stent coronariano por má adesão terapêutica: Relato de Caso

Autores: Arthur Rafhael Amorim Alves Esmeraldo (Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Larissa Chagas Corrêa (Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Olavo Napoleão de Araújo Neto (Unichristus, Fortaleza , CE, Brasil), Fernanda Brito Sabino Freitas (Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza , CE, Brasil), Emanuele Tavares Sales De Araújo (Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza , CE, Brasil), Isabela Rodrigues Brandão (Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza , CE, Brasil), Ana Maria Lima Carneiro De Andrade (Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte , CE, Brasil), Rebeca Viana Brígido De Moura (Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza , CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: As principais diretrizes em cardiologia, atualmente, recomendam o uso da dupla antiagregação (DAPT), por um ano, para os pacientes submetidos à angioplastia transluminal coronária (ATC) com colocação de stent no contexto de Infarto Agudo do Miocárdio com supra do segmento ST (IAMCSST). A cessação precoce da DAPT pode ocasionar efeitos deletérios como trombose de stent e novos eventos cardíacos. Relato de caso: Pacien-

te, masculino, 65 anos, hipertenso de longa data sem tratamento, apresentando uma carga tabágica de 55 maços/ano, foi submetido a uma angioplastia com colocação de stent farmacológico em artéria coronária direita (ACD), devido a um IAMCSST em parede inferior. Após estabilização clínica, paciente recebeu alta hospitalar com as devidas orientações para a continuidade do tratamento farmacológico (inclusive em uso da DAPT com AAS e Clopidogrel) e com uma proposta de ATC eletiva para colocação de novos stents farmacológicos em artérias descendente anterior (ADA) e circunflexa (ACx). Porém, após não aderir ao tratamento farmacológico proposto, num período de 14 dias, apresentou um novo quadro de precordialgia, sem irradiação, associada a dispneia importante e súbita, o que o fez procurar atendimento na Unidade de Pronto Atendimento. Ao eletrocardiograma (ECG), observou-se IAMCSST de parede inferior, sendo encaminhado ao serviço hospitalar. Apresentava delta T de cinco horas desde o início da dor, sendo imediatamente levado ao laboratório de hemodinâmica para realização de cineangiocoronariografia urgência, onde evidenciou-se uma obstrução de 100% em terço proximal da ACD, devido a uma trombose intra-stent. Ainda apresentava as lesões no sistema esquerdo: 90% de obstrução na ACx em seu terço médio, obstrução de 99% no ramo marginal da ACx, além de 50% de obstrução no terço médio da ADA. Optou-se pela realização de uma nova ATC com colocação de dois stents farmacológicos para a ACD, observando-se ainda, uma alta carga trombótica, sendo iniciado o inibidor da GPIIbIIIa (Tirofiban). Após o procedimento, o paciente evoluiu com persistência da dor torácica, porém sem alterações ao ECG, sendo estabilizado clinicamente, recebendo alta hospitalar, com programação de abordagem das outras lesões em segundo momento. Conclusão: A DAPT é uma terapia necessária e benéfica no tratamento pós-IAMCSST com colocação de stent. Uma das principais consequências da sua cessação é a trombose do stent, como visto no caso explicitado. Novos estudos são necessários para o desenvolvimento de estruturas que contenham mecanismos que possam manter sua patência por maiores períodos.

Palavras-chave: Dupla antiagregação plaquetária, IAM, Stent.

EP-065 (ID: 2008) | Área: Intervencionista
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV03
Título: INTERVENÇAO CORONARIANA PERCUTANEA RELACIONADA A AUMENTO DO RISCO DE DOENÇA RENAL CRONICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores: LARA VIANA DE PAULA CABRAL LARA CABRAL LARA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), CAMILA TELES NOVAIS (UFC, CACULÉ, BA, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), jhonyson antomio OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Insuficiência Renal (IR) é uma síndrome clínica caracterizada por decréscimo da função renal com acúmulo de metabólitos e eletrólitos no organismo. Define-se por uma redução na taxa de filtração glomerular (TFG), com subdivisão em aguda e crônica, em vista do tempo de desenvolvimento. São classificados como grupo de risco para o desenvolvimento da IR: diabéticos, hipertensos, portadores de doenças cardiovasculares, história familiar de insuficiência renal, portadores de outras doenças renais e, ainda, aqueles submetidos a procedimentos invasivos contrastados. Objetivo: Estimar e analisar a função renal pela taxa de filtração glomerular (TFG) em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) que já foram submetidos à intervenção coronariana percutânea (ICP). Método: Estudo retrospectivo, analítico e transversal, com análise de 255 prontuários de um hospital terciário com coleta dos dados: histórico de ICP, sexo, cor da pele, idade e o primeiro valor de creatinina sérica após admissão hospitalar. Estimou-se a TFG (mL/min/1.73m) a partir do The CKD-EPI Creatinine Equation (2009) com conseguinte divisão em 5 grupos, referentes aos estágios de doença renal crônica (National Kidney Foundation). Utilizou-se o Epi Info, versão 7,0 a fim de identificar significância estatística ($p<0,05$). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Protocolo n 1.957.872, Resolução nº 466. Resultados: 27 pacientes foram excluídos por dados insuficientes. Dos 228 incluídos, 84 (36,8%) já foram submetidos à ICP. Destes, 4,8% possuíam TFG maior ou igual a 90, contra 38,06% dos pacientes não submetidos. Além disso, 28,6% possuíam TFG entre 60 e 89; 49,9% entre 30 e 59; 14,3% entre 15 e 29 e apenas 2,44% com TFG menor que 15 no grupo submetido à ICP. Nos isentos de ICP, 21,4% possuíam TFG entre 60 e 89; 26,3% entre 30-59; 10,04% entre 15 e 29 e apenas 4,2% possuíam TFG menor que 15. Em termos gerais, tomando a TFG<90 como corte para disfunção renal, obteve-se um risco nos expostos à ICP de 95.24% e em não expostos de 61.94%, diferença de risco de 33.29% (IC95%), $p<0,01$. Conclusão: ICP prévia mostrou ser fator de risco para IR, em concordância com as evidências. Estudos em UTI têm demonstrado o alto índice de mortalidade de pacientes com IRA, muitos de início pós-internação, acometendo principalmente pessoas com comorbidades e doentes críticos.

Palavras-chave: CATETERISMO, INSUFICIÊNCIA RENAL, DAC.

EP-066 (ID: 1540) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV03
Título: PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DA FEBRE REUMATICA NOS ULTIMOS 10 ANOS

Autores: Luiz Valério Costa Vasconcelos (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza , CE, Brasil), Igor Quezado Araújo De Andrade (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Barros Bastos (Uni-

versidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Marina Isidório Cruz Macêdo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Ana Clara De Fátima Marques Pimentel (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), John Kennedy Torres De Alencar (Universidade de Fortaleza (Unifor) , Fortaleza, CE, Brasil), Hallana De Lucena Araújo (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil), Fernando Parahyba Diogo De Siqueira (Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza , CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória, sistêmica, deflagrada pelo agente infeccioso Streptococcus -hemolítico do grupo A, que ocorre em pessoas geneticamente predispostas (Pereira, 2017). É uma doença de caráter autoimune, que possui como manifestação clínica comum a cardite, gerando muitas sequelas crônicas, que podem ser incapacitantes. Ademais, é uma patologia de baixa incidência na população, sendo mais presente na parcela da população mais jovem. Metodologia: Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, utilizando as variáveis faixa etária, região, óbitos, internações e taxa de mortalidade. RESULTADOS: Segundo dados do DATASUS, entre o período de março de 2009 a março de 2019, houve um total de 39.844 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por febre reumática aguda nas 5 regiões do Brasil. As autorizações foram mais prevalentes na região Nordeste (15.438) e na faixa etária de 50 a 59 anos (6.022) e menos prevalentes na região Sul (3.662) e na faixa etária menor que 1 ano (247) . Em relação aos óbitos, eles foram maiores, proporcionalmente, na região nordeste, com um total de 343, e em pacientes com 70 a 79 anos sendo menores na região Norte (56), e na faixa etária de 5 a 9 anos. A região que apresenta maior taxa de mortalidade é a região Centro-Oeste (2,46), e a maior taxa por faixa etária fica entre 80 anos ou mais, a região com menor taxa de mortalidade é a região Norte (1,19), assim como pacientes com 5 a 9 anos. Conclusão: Portanto, é possível inferir que a região em que ocorreram mais internações hospitalares por febre reumática aguda no tempo analisado foi a região Nordeste (15.438), enquanto que a região com menor número de internações foi a região Sul (3.662). Já no que tange o âmbito dos óbitos, a região Nordeste continuou como a mais acometida (343) enquanto que a região menos acometida foi a Norte (56).

Palavras-chave: febre reumática, epidemiologia, doença cardiovascular.

EP-067 (ID: 1931) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV03
Título: POCUS NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISPNEIA NO DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA: UM RELATO DE CASO.

Autores: Geórgia Almeida Nogueira (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Reslem Feitosa Custodio (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Vitor Carneiro de Vasconcelos Gama (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Gomes Peixoto (Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil), Yury Tavares de Lima (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A dispneia é uma das situações mais angustiantes para o paciente na sala de emergência. Um diagnóstico imediato nem sempre é possível, e muitas vezes o exame físico e a radiografia à beira do leito apresentam falhas, levando à necessidade de exames complementares mais sofisticados que retardam o manejo do paciente. A Ultrassonografia é uma das opções para o diagnóstico de patologias pleuropulmonares, tanto na emergência quanto na unidade de terapia intensiva, constituindo parte do chamado Point Of Care UltraSound (POCUS). Tendo se tornado uma ferramenta crucial na emergência, hoje existem protocolos bem definidos para tal. Dentre eles, o protocolo Ultrassonografia Pulmonar à beira leito na Emergência (BLUE) demonstrou elevado rendimento diagnóstico em pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda. Discussão: Paciente L.S.S., masculino, 20 anos, deu entrada na emergência de um Hospital Terciário com quadro de dispneia progressiva, que persistia há 11 dias, associada à dor torácica em pontadas, sem irradiação ou relação com estresse e exercício físico. Na admissão, apresentava bom estado geral, escala de coma de Glasgow de 15, acianótico, anictérico, afebril, hidratado, normocorado, com pressão arterial de 120/90 mmHg, frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 26 irpm e saturação de oxigênio de 99%. Não havia alterações na ausculta cardíaca, mas na pulmonar foram identificadas crepitações em todo o hemitórax esquerdo, além de murmúrio vesicular reduzido em seu terço inferior, e abolido em terço inferior do hemitórax direito. No exame abdominal, apresentava como achados a manobra de piparote positiva e hipertimpanismo. Foi evidenciado, ao raio X, uma significativa área cardíaca, e no eletrocardiograma, observou-se um padrão de baixa voltagem difusa e alternância do eixo do complexo QRS, sugerindo derrame pericárdico. Dos antecedentes pessoais, destaca-se o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, com uso de risperidona, biperideno e carbonato de lítio. Como o paciente não apresentou semiologia típica de patologia específica, optou-se por utilizar o POCUS, o qual evidenciou, à janela apical, quatro câmaras, um extenso derrame pericárdico sem sinais de tamponamento cardíaco (restrição diastólica de câmaras direitas), além de extenso derrame pleural bilateral, principalmente à direita, corroborando o exame físico. Conclusão: Neste caso, o uso do POCUS foi essencial para o diagnóstico diferencial do quadro de dispneia, queixa co-

mum no departamento de emergência, e que exige, na maioria das vezes, exames complementares para melhor elucidação e manejo do quadro. Após atendimento inicial e com as imagens do POCUS, o paciente foi admitido no serviço para melhor investigação diagnóstica, mantendo-se sob monitorização devido risco iminente de tamponamento cardíaco e necessidade de intervenção imediata (pericardiocentense), que, na ocasião, também poderia ser guiada pelo POCUS, evitando complicações inerentes ao procedimento.

Palavras-chave: Dispneia; Derrame pericárdico; Diagnóstico diferencial; Ultrassom; Protocolos clínicos.

EP-068 (ID: 1978) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 | TV03
Título: RELAÇAO ENTRE MORTALIDADE EM PACIENTES COM IC DESCOMPENSADA CORRELACIONANDO A ETIOLOGIAS

Autores: GABRIEL MAGALHÃES TOQUARTO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), CAMILA DE OLIVEIRA GREGÓRIO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), CRISLAY MARIA PEREIRA FONTENELE (UFC, CARNAÚBAL, CE, Brasil), DIULIO DA SILVA PORTELA (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), LARA VIANA DE PAULA CABRAL (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), PAULO CARVALHO XIMENES DE ARAGÃO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A insuficiência cárdica (IC) é definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares. Os principais sintomas são dispnéia, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, palpitações, síncope, e dor torácica. Esta síndrome geralmente é desencadeada por DAC, infarto do miocárdio, hipertensão, valvulopatias, doença cardíaca congênita e cardiomiopatia. OBJETIVOS: Relacionar a mortalidade por insuficiência cardíaca descompensada correlacionando as etiologias isquêmica, hipertensiva, valvulopatia, idiopática, cardiomiopatia e congênita em pacientes atendidos no Hospital do Coração em Sobral, entre o período de julho de 2015 a abril de 2019. Material ou Paciente: 326 pacientes internados por IC descompensada no hospital do coração no período de julho de 2015 a abril de 2019, MÉTODOS: A partir de dados do banco de IC da liga de cardiologia da UFC Sobral,entre o.Analisando as seguintes etiologias de IC descompensada nesses pacientes: isquêmica, hipertensiva, valvulopatia, idiopática cardiomiopatia e congênita. E relacionando-as com o número de óbitos durante o internamento no hospital. RESULTADOS: Dos 326 pacientes, 44 foram de etiologia hipertensiva(13%), 52 de valvulopatia (16%),123 idiopática (38%), 38 cardiomiopatia (12%),66 isquêmica (20%) e 3 congênita(1%).Do total de pacientes, 24 chegaram á óbitos, destes, houveram 7 óbtitos decorrentes de etiologia idiopática, 10 isquêmica,3 cardiomiopatia,3 valvulopatia e 1 hipertensiva. CONCLUSÕES: Dos 326 pacientes internados por IC descompensada no HC em Sobral, no período de julho de 2015 a abril de 2019, houveram 24 óbitos, correspondendo a 7,4% dos pacientes.Deste grupo a mortalidade foi maior nos pacientes com etiologia isquêmica representando 15% dos pacientes internados com IC descompensada por etiologia isquêmica,seguido pela mortalidade de 7,9% dos pacientes internados por cardiomiopatia,mortalidade de 5,8% em pacientes internados por valvulopatia, mortalidade de 5,7% em pacientes internados por etiologia idiopática,e mortalidade de 2,3% em pacientes internados por etiologia hipertensiva. Logo,a etiologia que apresentou maior taxa de mortalidade nos pacientes do HC internados por IC descompensada no período de julho de 2015 a abril de 2019,foi a isquêmica,embora representando apenas 20% das internações por IC descompensada neste mesmo período.

Palavras-chave: ETIOLOGIA, MORTALIDADE, INSUFCIFIÊNCIA CARDÍACA.

EP-069 (ID: 1832) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV03
Título: MIOCARDITE VIRAL EM ATLETA: RELATO DE CASO

Autores: Ícaro Cavalcante Dias Araújo (Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil), Luís Henrique Correia Lima de Oliveira (Clínica Dr. Dimas, João Pessoa, PB, Brasil), Davi Tito Pereira Moreira (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), José Igor de Carvalho Freitas (Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil), Lúcio Soares e Silva Neto (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Nilo Matos Cunha Júnior (Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE, Brasil), Igor Jungers de Campos (Universidade Federal do Ceará, Mogi das Cruzes, SP, Brasil), Gisele Lima Oliveira Medeiros (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Antônio Romério Leite de Macêdo (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A miocardite, nome dado à inflamação do tecido cardíaco independente da causa, está entre os 78 motivos de internação por motivo cardíaco, identificados pelo DATA SUS em todo o Ceará. Dentre as causas mais comuns de miocardite está a exposição viral, em que a sua patogênese resulta em agressão cardíaca seguida de resposta imunológica do hospedeiro na forma de inflamação do miocárdio, podendo ter seu diagnóstico dificultado pela presença de sorologia viral negativa. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Trata-se de um paciente do sexo masculino, 36 anos, branco, atleta amador, casado, católico. Paciente assintomático refere incapacidade de ganho de rendimento após mais de um ano de treinos frequentes, percebida de forma gradativa. Relata perda de rendimento próximo ao limite final de provas de endurance, com ausência de sintomas secundários ao esforço físico. Em julho de 2015,

foi diagnosticado com bloqueio do ramo esquerdo, fração de ejeção ventricular baixa (FEVE = 29%), menor que o valor de referência, acima de 58%. Ventrículo esquerdo apresentou dilatação importante. Tais exames foram solicitados visto que o paciente apresentou baixa capacidade aeróbica relativa a um atleta, na ausência de alterações visíveis no eletrocardiograma. Além disso, em exame de angiotomografia computadorizada, observou-se circulação coronariana com dominância direita e ausência de anomalia de origem. Não relata hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias e tabagismo. Refere ausência de prática de exercícios durante o período após diagnósticos até julho de 2017, quando apresentou melhora da fração de ejeção ventricular (FEVE = 48%). Durante esse período, o paciente fez administração de Losartana, Caverdilol e diuréticos. Atualmente, o paciente apresenta-se assintomático e mantém atividade física em exercícios para hipertrofia muscular e corrida, com restrição de intensidade do exercício conforme exaustão. Relata que o fator psicológico, desencadeado por ausência de diagnóstico preciso, interfere, por vezes, negativamente nos treinos. Não faz tratamento farmacológico desde seu diagnóstico de melhora, na metade do ano de 2017. O paciente tem uma solicitação de ressonância magnética do coração, que ainda não foi realizada, mas que tem como objetivo avaliar FEVE e presença de realce tardio. Desde o início do acompanhamento médico do paciente, houve a sugestão de um quadro de Miocardite Viral, contudo exames de sorologia mostraram-se negativos, dificultando, assim, o diagnóstico preciso. CONCLUSÃO: Nesse relato, pelas manifestações clínicas tem-se a hipótese de que a causa do quadro assintomático é Miocardite Viral. Por esse ponto, isso se configura em uma situação incomum, uma vez que o paciente com Miocardite Viral diagnosticada e tratada rapidamente pode ter as incapacitações criadas por ela eliminadas, o que não aconteceu efetivamente. Esse contexto torna o relato apresentado ainda mais relevante, promovendo auxílio diagnóstico à comunidade científica.

Palavras-chave: Miocardite Viral; Atleta; Cardiologia Esportiva.

EP-070 (ID: 1213) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV03
Título: ANEMIA HEMOLITICA SECUNDARIA A DISFUNÇAO DE PROTESE MECANICA MITRAL: RELATO DE CASO.

Autores: Isabela Rodrigues Brandão (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Francisco Emanuel Lima Silva (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Isabelle de Sousa Pereira (Universidade Federal do Cearáa, Fortaleza, CE, Brasil), Helayne Moreira Claudino (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Lia de Oliveira Domingues (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Lucas Henrique Duarte Sobreira (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital do Coração de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Em 1954, foi reportado, pela primeira vez, caso sobre anemia hemolítica associada à prótese valvar cardíaca, permitindo o reconhecimento dessa complicação. A hemólise após troca valvar ocorre, atualmente, em 5-15% dos pacientes e pode prescindir de reoperação em até 19% dos casos. RELATO DO CASO: Paciente, sexo masculino, 64 anos, com história de cardiopatia valvar com dupla prótese valvar: prótese valvar mitral e prótese valvar aórtica, ambas mecânicas (cirurgia em 1997), com dupla troca anterior por próteses biológicas (1987). História prévia de acidente vascular cerebral isquêmico há 17 anos. Há 1 ano, refere queixa de dor nas costas, hiporexia, perda de peso involuntária e dispneia a médios esforços, que evoluiu, este ano, para dispneia a pequenos esforços. Com estas queixas, foi admitido em setor de emergência de hospital terciário. Exames laboratoriais na admissão: hemoglobina = 5,7 g/dL, hematócrito = 18,6%, LDH = 2325, ferritina = 26,59 ng/dL, ferro = 44 ug/dL, bilirrubina direta = 1,49 mg/dL, bilirrubina indireta = 2,94 mg/dL, bilirrubina total = 4,43 mg/dL, contagem de reticulócitos = 6,58%. Ecodopplercardiograma evidenciou dilatação importante de átrio esquerdo, hipertrofia excêntrica de ventrículo esquerdo (VE), função sistólica de VE preservada, prótese mecânica mitral disfuncionante (área valvar de 1,95 cm ; presença de refluxo paraprotético de localização mais posterior e medial, considerado grau moderado – leak de 0,4cm), valva tricúspide com cúspides espessadas e refluxo em grau moderado, prótese aórtica normofuncionante, valva pulmonar com discreto refluxo. Paciente foi diagnosticado com insuficiência cardíaca (IC) descompensada (classificação funcional = IV, perfil C), fibrilação atrial valvar, insuficiência tricúspide importante (pressão sistólica da artéria pulmonar = 40 mmHg) e anemia por hemólise intravascular secundária a disfunção de prótese metálica mitral. Foi indicada, então, cirurgia de troca valvar mitral. DISCUSSÃO: O mecanismo de anemia ocorre se o fluxo turbulento gerado pela prótese defeituosa for suficiente para lesar as hemácias, mediante a intensa energia cinética despejada sobre elas. A hemólise pode ser predisposta por: presença de regurgitação paravalvar (principal fator de risco), prótese mecânica, muitas trocas valvares e alto impacto da fração de sangue regurgitante no átrio esquerdo. Por vezes, a hemólise pode apresentar-se com sintomas subclínicos; é essencial que o médico esteja atento ao surgimento de sinais e sintomas da anemia hemolítica (icterícia, dispneia aos esforços e fadiga). O aparecimento de quadro de anemia em paciente cardiopata pode gerar descompensação da IC e aumento da morbimortalidade dos pacientes. Diante da gravidade dessa complicação, é essencial que haja acompanhamento médico vigilante de pacientes portadores de valvas cardíacas, bem como instruí-los sobre sintomas sinalizadores desse acometimento.

Palavras-chave: Prótese mitral mecânica; anemia hemolítica; miocardiopatia valvar.

EP-071 (ID: 1930) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV03
Título: Dissecção de aorta em paciente gestante com Síndrome de Marfan – desfecho favorável em situação de alta mortalidade

Autores: GLAYLTON SILVA SANTOS (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil), JULIANA DE FREITAS VASCONCELOS SUGETTE (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil), RAÍSSA MARIANNA VIANA DINIZ (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil), INGRID ALVES DE FREITAS (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil), JOSÉ HUMBERTO DA SILVA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Fortaleza, CE, Brasil), ISABELA THOMAZ TAKAKURA GUEDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Fortaleza, CE, Brasil), ANE KAROLINE MEDINA NÉRI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Fortaleza, CE, Brasil), MÁRIO LUIZ GUERRA DE CASTRO (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil), LÚCIA DE SOUSA BELÉM (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: A Síndrome de Marfan (SM) é uma doença do tecido conjuntivo que envolve principalmente o sistema cardiovascular. Os problemas mais graves incluem dilatação da raiz da aorta e dissecção. Durante a gravidez, estado circulatório hiperdinâmico e inibição da deposição de colágeno e elastina pelo estrógeno, aumentam significativamente o risco. Caso: M.T.R.P, 24 a, sexo F, em investigação para SM, devido estigmas semiológicos, ECO prévio com dilatação da aorta e história familiar, apresentou, em 23/4/19, dor interescapular aguda, de forte intensidade, contínua, sem fatores de melhora e piora ou outros sintomas associados. Paciente encontrava-se em seu 8o mês de gestação. Nega episódios prévios e intercorrências durante a gestação. Procurou atendimento médico, sendo aventada a hipótese de Síndrome Aórtica Aguda, tendo realizado angioTC de tórax(23/4/19), que evidenciou: dilatação aneurismática da aorta ascendente, medindo 5.0x5.2x4.9cm (LxTxAp), sem trombos ou dissecção. Arco aórtico e aorta torácica descendente com morfologia e diâmetros preservados, destacando-se "flapping" de dissecção no segmento proximal da aorta descendente, iniciando-se cerca de 9mm após emergência da artéria subclávia esquerda, estendendo-se por cerca de 2,5cm. Restante da aorta descendente normal. Realizado parto cesariano dois dias depois, sem intercorrências. Houve melhora da dor após a realização do parto. Encaminhada ao Hospital Universitário em 20/5/19, sendo realizado ECO dia 24/5/19, que evidenciou FE: 66%; dilatação aneurismática da aorta torácica com possível imagem de flap de dissecção em torno de 12mm distal à bifurcação da artéria subclávia esquerda. Seios de valsalva: 46mm, segmento próximo à junção sinotubular: 50mm; arco aórtico: 26mm; aorta torácica descendente: 24mm; aorta abdominal-segmento proximal: 35mm; contratilidade normal do ventrículo esquerdo; valva aórtica dilatada, sem estenose e apresentava jato regurgitante <25% e valva mitral com redundância do folheto anterior, refluxo leve; refluxo tricúspide mínimo; PSAP: 29mmHg. Pela gravidade do quadro, foi internada. Apresenta história familiar para SM, biótipo longilíneo, dedos com aracnodactilia, pectus escavado, escoliose, Z-escore 7,86. No dia 7/6/19, foi transferida a hospital referência em cardiologia para abordagem cirúrgica. Realizou cirurgia de Bental, sem intercorrências no transoperatório. O tratamento da aorta descendente foi conservador. Paciente evolui clinicamente estável, asintomática. Discussão: A principal causa de morte na SM é a insuficiência aórtica aguda e dissecção da aorta. A paciente foi encaminhada já com a gestação em curso, sem planejamento prévio, fato infelizmente comum em nossa realidade, o que impossibilitou a realização de aconselhamento genético e demais esclarecimentos pré-concepção. Complicações como dilatação rápida da aorta e dissecção aórtica podem ocorrer em qualquer momento durante a gravidez ou mesmo no pós-parto, mas mais frequentemente no terceiro trimestre.
Palavras-chave: síndrome de marfan; dissecção de aorta; gestantes.

EP-072 (ID: 1188) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV03
Título: INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA E ELEVAÇAO DE PROTEINA C REATIVA:

Autores: Germana Linhares Almeida (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Natália Stefani Ferreira (Universidade Estadual do Ceará, Fortalezace, CE, Brasil), Juliana Rolim Fernandes (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Jefferson Luis Vieira (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Laura Escossia (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Glauber Gean Vasconcelos (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Gyslane Vasconcelos Sobral (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Juan Cosquillo Mejia (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Joao Davi Souza-Neto (Hospital Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) tem a inflamação como um de seus muitos pilares fisiopatológicos. Relatamos o caso de uma paciente com quadro de IC descompensada e aumento acentuado e persistente de proteína C reativa (PCR). RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 22 anos, listada em prioridade para transplante cardíaco por miocardiopatia não compactada, apresentando piora gradual apesar do uso de inotrópicos (classificação Intermacs 2). Durante a internação, exames laboratoriais apontaram elevação acentuado e persistente da PCR (14mg/dL, no dia se-

guinte 16mg/dL), sem sinais localizatórios de infecção (febre, tosse, disúria, etc.). Pela gravidade da paciente, foram coletadas culturas e iniciados antibióticos. Os valores da PCR permaneceram elevados, com pequena alteração após a introdução do antimicrobiano (11mg/dL, posteriormente 10mg/dL e após 48 horas 8,38mg/dL). A procalcitonina não estava disponível inicialmente, mas quando executada após cinco dias de antibiótico resultou abaixo de 0,2mg/dL, indicando que apesar do aumento da PCR (que atingiu 17mg/dL na mesma amostra), não havia processo infeccioso. Finalmente, as culturas coletadas indicaram não ter havido crescimento bacteriano. A paciente pôde então ser reativada na fila de transplante cardíaco, mas dada à piora hemodinâmica foi implantada ECMO como ponte para transplante, recebendo o enxerto após três dias. DISCUSSÃO: A PCR é um marcador precoce e inespecífico da resposta aos processos infecciosos ou inflamatórios, e tem sido utilizada como adjuvante para o diagnóstico de infecção, sendo útil ainda para monitorar a resposta ao antimicrobiano. Seus níveis costumam aumentar de forma exponencial em resposta a estados infecciosos, decrescendo rapidamente se tratamento eficaz. Recentemente tem sido apontada como marcador de mau prognóstico em pacientes admitidos com insuficiência cardíaca. No registro asiático ATTEND, aumentos da PCR acima de 11,8mg/dL na admissão de pacientes hospitalizados por IC associaram-se a maior mortalidade em curto prazo. CONCLUSÃO: o aumento de PCR deve ser lembrado como um marcador independente de mau prognóstico em pacientes com IC descompensada, e pode ainda confundir o examinador quanto à presença de infecção, principalmente em pacientes mais predispostos (caquéticos, em uso de cateteres endovenosos, etc.). Nestas situações, o padrão sustentado de aumento da PCR, como um platô, e valores normais de procalcitonina podem elucidar a questão.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca, proteína C reativa, infecção.

EP-073 (ID: 1917) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV04
Título: CARDIOPATIAS CONGENITAS NA SINDROME DE DOWN – UMA REVISAO DE 307 CASOS NO CEARA

Autores: Francisco André Gomes Bastos Filho (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Joana Amaral Acioly (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Augusto César Cardoso Dos Santos (UFRGS, Rio Grande do sul, RS, Brasil), Henrique Gonçalves Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, fortaleza, CE, Brasil), Sergio Rubens Lacerda Morais (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital infantil Albert Sabin, fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: A Síndrome de Down é uma das doença genéticas mais prevalentes no Brasil com cerca de 300 mil afetados e com incidência estimada em 1/600 nascidos vivos. Ela é caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, sendo que 95% dos casos ocorrem por trissomia simples, 3% por translocação e 2% por mosaicismo. Embora existam inúmeras malformações em um paciente com trissomia do 21, a cardiopatia congênita está presente em aproximadamente 50% dos afetados e é um dos principais fatores de prognóstico quanto à sobrevida dos pacientes, sendo umas das principais causas de morbidade e mortalidade nos primeiros 2 anos de vida. Dentre as alterações cardíacas, as mais comuns são: comunicação interatrial, comunicação interventricular e defeito do septo atrioventricular total .Objetivamos com este trabalho Identificar as principais cardiopatias congênitas na Síndrome de Down em pacientes do Ceará. Metodologia: Estudo quantitativo, seccional, transversal e descritivo a partir de revisão de prontuários médicos dos afetados com Síndrome de Down atendidos no Hospital Albert Sabin (Fortaleza–CE) entre 1995 a 2019. Para análise dos dados foi utilizado o Software Microsoft Excel. Resultados: Foram consultadas 307 pacientes(181M;125F;1 I) com a primeira consulta realizada com a idade média de 18 meses (máx:224,9;min:0,0), 10 68%) fizeram ecocardiograma com média de idade de 13 meses(máx:134,2;min:0,0), sendo desconsiderados 21 por não terem dado. 160 (76%) apresentaram alterações (93M;67F),principalmente, de forame oval patente 73(45%) (51M;22F), comunicação interatrial 52(32%) (14M;29F) e persistência do canal arterioso 39 (24%),(19M;20F) comunicação interventricular 35, defeito do septo atrioventricular 10 e 63(34M;29F) pacientes tiveram mais de 1 alteração. Conclusão: O ecocardiograma deve ser prescrito a todos os recém nascidos com diagnóstico de Síndrome de Down , visto que , as cardiopatias congênitas têm alta prevalência. No Ceará , diferente de outras pesquisas em demais populações, o forame oval patente foi o mais prevalente, com a concomitância de mais de uma alteração cardíaca e a comunicação interatrial. Vale ressaltar , ainda, a alta média de idade para a realização do ecocardiograma e da primeira consulta , o que pode acarretar sérias consequências ao paciente, pois com o reconhecimento precoce da cardiopatia congênita pode ter um impacto positivo na qualidade de vida dos afetados

Palavras-chave: Sindrome de Down . Cardiopatia congênita . Ecocardiograma.

EP-074 (ID: 2000) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV04
Título: FIBRILAÇAO ATRIAL COMO FATOR PREDITOR DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA COM PERFIL HEMODINAMICO FRIO/CONGESTO

Autores: PAULO CARVALHO XIMENES DE ARAGÃO (UFC, FORTALEZA, CE, Brasil), BRENO COTRIM REIS (UFC, GUANAMBI, BA, Brasil), LEANDRO CORDEIRO PORTELA (UFC,

SOBRAL, CE, Brasil), JOAQUIM DAVID CARNEIRO NETO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil), GABRIEL LUAN BATISTA DE ÁVILA (UFC, JUAZEIRO, BA, Brasil), JHONYSON ANTONIO OLIVEIRA MARQUES (UFC, GUARACIABA, CE, Brasil), VANESSA TAVARES ARAGÃO (UFC, SOBRAL, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A fibrilação atrial (FA) é a manifestação arritmogênica mais frequente em portadores de insuficiência cardíaca (IC). A descompensação de quadro crônico configura-se como importante causa de morbimortalidade nessa síndrome, com significativo impacto socioeconômico. Objetivos. Avaliar o impacto da FA sobre as taxas de mortalidade por IC descompensada com perfil hemodinâmico de pior prognóstico (perfil frio/congesto ou perfil C) em unidade de terapia intensiva (UTI). Material ou Paciente: Estudo transversal, com 328 pacientes admitidos em hospital cardiológico por descompensação de quadro de IC, com perfil C à admissão, no período de 01 de agosto de 2016 a 30 de dezembro de 2018. Métodos: As informações foram coletadas diretamente dos prontuários dos pacientes. Foi escolhido o perfil C por sua maior gravidade e correlação com FA. Inicialmente foram eliminados do estudo os portadores de diabetes melito, infarto do miocárdio prévio e doença renal em estágio terminal (totalizando 132 pacientes), por tais condições associarem à maiores índices de mortalidade, podendo mascarar os resultados finais do estudo. Os 196 pacientes remanescentes foram estratificados em grupos com e sem FA, sendo analisadas a evolução e desfecho dos mesmos durante permanência em UTI. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas descritas com média e desvio padrão. Para a comparação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o teste de x de Pearson. A comparação das médias entre grupos foi feita através do teste t de Student, enquanto que para cálculo dos dados e de significância estatística utilizou-se o programa epiinfo, utilizando nível de significância de p <0,05. Resultados. Da amostragem estudada, contendo 196 pacientes, 56 (28,57%) apresentaram FA, sendo a mortalidade em número absoluto de 15 (26,79%). No grupo sem FA, o número absoluto de óbitos foi de 23 (16,42%), de um total de 140 pacientes. Valor encontrado para p <0,015. Conclusão. Pôde-se constatar que a FA influi diretamente em maiores taxas de mortalidade quando em pacientes com perfil crítico à internação, representando acréscimo aproximado em 10% nos índices de óbito. Diante disso, convém salientar a importância da correta abordagem terapêutica em pacientes com quadro crônico de IC, especialmente se descompensações episódicas frequentes.

Palavras-chave: FIBRILAÇÃO ATRIAL, MORTALIDADE, INSUFCIÊNCIA CARDÍACA.

EP-075 (ID: 1218) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV04
Título: MIXOMA ATRIAL COMO ACHADO INCIDENTAL EM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA INVESTIGAÇAO DE AGRESSAO TORACICA: RELATO DE CASO

Autores: Talita Mendes Bezerra Ximenes (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Isadora Memoria Aguiar Ferreira (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Nicolle Vichnevski Alencar Araripe Nunes (Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Isabela Rodrigues Brandão (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Felipe Morais Lima (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Arthur Rafhael Amorim Alves Esmeraldo (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O mixoma é um tumor cardíaco primário raro, que acomete o átrio esquerdo em até 80% dos casos. Essa afecção está mais relacionada ao sexo feminino, predominando entre a terceira e a sexta décadas de vida. Ao acometer a câmara esquerda, tende a causar mais sintomas sistêmicos inespecíficos, distúrbios da condução, embolização e obstrução, resultando em dispneia, dor precordial, palpitações, síncope e edema; nos casos raros de acometimento de átrio direito, a sintomatologia tende a só aparecer em casos mais avançados. O diagnóstico ocorre de forma incidental, na maioria das vezes, sendo o ecocardiograma transtorácico (ETT) o exame de maior sensibilidade na detecção desses tumores. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino de 57 anos, previamente hígida, sofreu agressão física por familiar a domicílio em região costovertebral e, por queixa de dor persistente em região de trauma, foi submetida a uma tomografia computadorizada de tórax, a qual percebeu integralidade de estruturas superficiais, mas visualizou abaulamento em átrio esquerdo, sendo, então, encaminhada ao hospital terciário de Fortaleza referência em cardiologia para elucidação diagnóstica. Realizado um ETT, o qual evidenciou presença de massa tumoral no átrio esquerdo, medindo cerca de 3,9x2,8 cm, móvel, pediculada, originando-se em septo interatrial compatível com diagnóstico de mixoma atrial. Após nove dias de internação hospitalar, passou por cirurgia para exérese do tumor, evoluindo sem intercorrências. DISCUSSÃO: O diagnóstico incidental do mixoma pós-trauma retrata uma forma atípica da apresentação da doença por se apresentar de maneira totalmente assintomática, visto que, em tumores localizados ao átrio esquerdo, os pacientes tendem a apresentar tipicamente com sintomas de obstrução local, como dor torácica, dispneia e síncope, embolizações arteriais, além de arritmias e, até mesmo, morte súbita, quando ocorre infiltração de células tumorais nas vias de condução. CONCLUSÃO: Apesar de raros, os mixomas podem se apresentar apenas como uma massa atrial inespecífica visualizada em exames de imagem que nem sempre causarão repercussões clínicas,

mas que, logo que diagnosticados, têm indicação de excisão cirúrgica breve.
Palavras-chave: Trauma torácico; Tomografia Computadorizada; Mixoma Atrial.

EP-076 (ID: 1988) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 | TV04
Título: OS BENEFICIOS DA TECNOLOGIA M-HEALTH NA SAUDE

Autores: Flávia Correia de Souza (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Nayane Barros de Souza (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Nistiane Almeida do Nascimento (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Stephanie Mendes da Silva (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Emerson de Sousa Portela (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil), Joélia Rodrigues da Silva (Centro Universitário Fanor Wyden, Fortaleza, CE, Brasil)
Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: É inevitável a incorporação de tecnologias na área da saúde, seja na produção do conhecimento, na assistência ao paciente ou nas estratégias de promoção à saúde. Em 2005, a OMS lançou o Observatório Global para eHealth ou Global Observatory for eHealth (GOE), com o objetivo de promover a inovação por meio de informações estratégicas e estudos de Tecnologia da Informação e Comunicação dentro do contexto da saúde. Com a utilização de aplicativos nos smartphones, a partir da evolução da telefonia móvel, implementaram-se vários serviços por celular para atender às necessidades das pessoas. Na área da saúde essa tecnologia é denominada mHealth ou saúde móvel, que se configura no uso de tecnologias móveis em ambientes de saúde pública e serviços de saúde. OBJETIVO: O presente estudo visa analisar os benefícios da tecnologia m-Health na prática da assistência em saúde. MÉTODOS: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, utilizando as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciElo) Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Analise de Literatura Medica (MEDLINE) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de maio de 2019. Foram selecionados os artigos disponíveis, na íntegra, publicados entre o período de 2014 a 2019 em idioma português e inglês, que obtivessem evidências sobre a temática em estudo. Foram encontrados 14 artigos, dos quais apenas 4 responderam os critérios de inclusão do estudo. A pergunta norteadora da pesquisa foi: Quais os benefícios da tecnologia mHealth para o serviço de saúde. RESULTADOS: Quando se trata de incorporar tecnologias a uma determinada prática, pensa-se logo na resolubilidade, nos benefícios a todos os envolvidos. A implementação da tecnologia móvel no setor saúde oferece benefícios diversos como: a diminuição do custo operacional, evitando assim desperdício de recursos; ampliação da assistência oferecendo maior acesso às informações; recursos de monitoramento remoto oferecendo mais precisão na tomada de decisão; apoio ao diagnóstico, contribuindo com a telemedicina; e o empoderamento social por meio da educação em saúde. CONCLUSÃO: As tecnologias mHealth têm demonstrado sua relevância nas práticas de assistência e promoção da saúde, além de se caracterizarem como uma importante estratégia de marketing que pode atender a diversos requisitos de desejos e necessidades dos cidadãos. Em suma, aduz a necessidade de investimento em pesquisas nessa área com foco na melhoria da sistematização do cuidado em saúde
Palavras-chave: Tecnologias em Saúde; Enfermagem; Internet.

EP-077 (ID: 1937) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV04
Título: AMILOIDOSE CARDIACA ISOLADA: RELATO DE CASO

Autores: Caio Magalhães Barbosa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Magalhães Saraiva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Caio Antonio Borges Girão Silva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Isabelle Maria Oliveira De Sousa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Kamila Paiva De Souza (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Tavares De lima (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Humberto Maciel (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos José Mota De Lima (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Acrísio Sales Valente (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A amiloidose abrange um grupo de desordens de múltiplas etiologias consequentes a depósitos extracelulares de proteínas betafibrilares insolúveis, o depósito amilóide, que causam dano estrutural do tecido. O acometimento cardíaco, onde o miocárdio se torna firme e menos complacente, é polimórfico e pode estar presente em qualquer tipo de amiloidose sistêmica, com ou sem manifestações clínicas associadas, sendo mais comum em idosos. A diminuição da área cardíaca associada a baixas voltagens no ECG e no ecocardiograma indicando acometimento infiltrativo e restritivo são fatores sugestivos para diagnóstico de amiloidose cardíaca.Resultados/Discussão: Paciente masculino, 81 anos, negro, iniciou há cinco anos quadro de episódios recorrentes de dispnéia aos esforços de caráter progressivo e edema de membros inferiores e abdome, necessitando frequentemente buscar atendimento médico de urgência, com melhora clínica após estabilização do quadro agudo. Na última visita ao setor de urgência, apresentou-se com quadro clínico de insuficiência biventricular com tosse seca, dispnéia ao repouso e edema de extremidades. Ao exame físico, apresentava bulhas hipofonéticas, B4, crepitações finas teleinspiratórias em dois terços inferiores dos pulmões. À investigação com exames complementares, foi realizado eletrocardiograma que evidenciou baixa voltagem nas derivações periféricas, ausência de hipertrofia de ventrículo esquerdo, atraso de condução intraventricular ou arritmias. Foi realizado Ecodopplercardiograma transtorácico, cujos achados foram compatíveis com cardiomiopatia

restritiva do tipo infiltrativa com espessamento da parede septal e de ventrículo esquerdo, granulações de aspecto cintilante ao nível de miocárdio do ventrículo esquerdo e hipocinesia do ventrículo esquerdo, resultado sugestivo de amiloidose cardíaca. A amiloidose é uma doença sistêmica cujas manifestações clínicas apenas são evidentes após considerável infiltração tecidual, de forma que a presença de alterações no ecocardiograma são sugestivas de doença em estágio avançado. O acometimento cardíaco na amiloidose se manifesta, em geral, na forma primária da amiloidose e frequentemente cursa com internamentos repetidos por insuficiência cardíaca e está associada a pior prognóstico. Apesar de o diagnóstico de amiloidose cardíaca apenas ser confirmado após realização de biópsia tecidual, o ECG e o ecocardiograma são exames mais utilizados na prática clínica para avaliara progressão de acometimento cardíaco. Conclusão: Diante de quadros de insuficiência cardíaca é sempre fundamental determinar a etiologia, para que haja um tratamento e acompanhamento adequado do paciente. Neste caso, é evidente o importante papel de exames complementares, principalmente do ecocardiograma, para a investigação e diagnóstico etiológico.

Palavras-chave: Amiloidose, Ecocardiograma, Insuficiência Cardíaca, Cardiologia, Amiloidose Cardíaca.

EP-078 (ID: 1943) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV04
Título: CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇAO EM OBESO MORBIDO – RELATO DE CASO

Autores: Gabriel Magalhães Saraiva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Caio Magalhães Barbosa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Caio Antônio Borges Girão Silva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Pedro Ítalo Sampaio Braga (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Leonardo Tavares De Lima (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Humberto Maciel (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Letícia Freitas Melo (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos José Mota De Lima (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Acrísio Sales Valente (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, tem-se observado um aumento relevante do número de indivíduos obesos pelo mundo todo. A obesidade, aos poucos, passou a ser tratada como doença e caracteriza uma nova epidemia mundial. O número de brasileiros obesos ou com excesso de peso tem vindo a aumentar devido às modificações alimentares e à cada vez maior sedentariedade da população. Este aumento do número de pessoas obesas tem implicações médico e sócio econômico importante. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Mulher, 59 anos, portadora de obesidade mórbida (PESO: 149, IMC:43,2), hipertensa, diabética, dislipidêmica e tabagista, com história de doença arterial coronariana em 2007 com implante de stent em coronária D. Há aproximadamente 3 meses vinha com angina classe II segundo a Canadian Cardiovascular Society. A dor estava associada à dispnéia progressiva, (NYHA II). Já havia sido indicado em outro hospital a cirurgia bariátrica, porém após resolução do problema cardiovascular. O ecocardiograma mostrava disfunção ventricular (FE = 37%), além de acinesia antero-septal e apical do VE e hipocinesia importante de parede anterior. A coronariografia evidenciava lesões críticas e proximais em Descendente anterior e Coronária Direita, não abordáveis por técnicas percutâneas. Optado por revascularização do miocárdio, implantado mamária interna esquerda em descendente anterior, sem circulação extracorpórea. Evoluiu no pós-operatório com difícil desmame da ventilação mecânica, sendo extubada apenas no terceiro dia após. Teve alta da UTI após 6 dias. Evoluiu com melhora da dor e da dispnéia e o novo ecocardiograma mostrou melhora da disfunção ventricular (FE = 50%). Inúmeras patologias estão associadas à obesidade, entre elas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Neoplasias (colorretal, próstata, mama, ovário e útero), doenças cardiovasculares, desordens endócrinológicas, dislipidemia, apnéia do sono, PickWick, artropatias, colelitíase, hemorróidas, esteatose hepática, maior predisposição a Trombose Venosa. O fato de haver a relação clara com a doença coronariana e com outros fatores de risco cardiovasculares, faz com que esse grupo de pacientes seja frequente na prática cardiológica. CONCLUSÃO: A obesidade mórbida é uma doença crônica crescente em todo o mundo e que traz consigo uma série de comorbidades, entre elas a doença arterial coronariana. O tratamento cirúrgico desses pacientes traz uma série de complicações como aumento do tempo de internação hospitalar, permanência de UTI, tempo de ventilação mecânica, incidência de IRA, arritmias atriais; com discutível aumento na mortalidade. O caso da nossa paciente exemplifica tal temática, e que apesar de todas as possíveis complicações descritas na literatura, houve um resultado favorável. Deve-se salientar a importância de um maior cuidado nesses casos, reconhecendo e tratando precocemente tais complicações.

Palavras-chave: Cardiologia, Obesidade Mórbida, Hipertensão, Síndrome Metabólica, Cirurgia de Revascularização.

EP-079 (ID: 1146) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV04
Título: MIOCARDITE COMO CONSEQUENCIA DA CHIKUNGUNYA: UM RELATO DE CASO

Autores: Beatriz Viana Souto Da Silva (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Érica Uchoa Holanda (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Vitória Jannyne Guimarães De Sousa Araújo (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos José Mota De Lima (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Carolina Brito De Alcantara (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Vitor Lopes Da Silva (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Victoria Bianca Viana Holanda (Universidade Christus, Fortaleza, CE, Brasil), Rafael Nogueira De Macedo (Centro Cardiológico São Camilo, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução A Chikungunya vem sendo cada vez mais relacionada ao acometimento cardiovascular. Tal comprometimento ocorre devido à penetração do vírus nos miócitos, culminando em miocardite e cardiomiopatia dilatada. As manifestações cardíacas incluem desde dor retroesternal e dispneia até descompensação da insuficiência cardíaca, podendo ocasionar choque e arritmias. Dentre as alterações eletrocardiográficas, destacam-se os distúrbios de repolarização. Descreveremos o caso de paciente com miocardite por Chikungunya que evoluiu com insuficiência cardíaca. Descrição do caso Paciente do sexo feminino, 62 anos, diabética, hipertensa e dislipidêmica foi admitida em quadro de edema agudo de pulmão. Queixa prévia de dispneia progressiva aos mínimos esforços, precedida por quadro exantemático febril e artralgia importante há 1 mês. ECG revelou ritmo sinusal com alterações difusas de repolarização ventricular com fenômeno de Plusminus de V4 a V6 e D1 e AVL. Realizou cateterismo esquerdo que mostrou lesão ostial de 80% na marginal e lesão de 50% no terço médio da descendente anterior. Ventriculografia esquerda mostrou hipocinesia difusa com disfunção sistólica importante e regurgitação mitral leve. Ecocardiograma transtorácico mostrou disfunção moderada do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção (FEVE) de 38% e hipocinesia difusa apical e septal. A ressonância magnética cardíaca mostrou dilatação discreta das câmaras esquerdas (IVDFVE= 100 ml/m , IVSVFE=70 ml/m , DDFVE= 6cmm e DSFVE =4,9cm), disfunção sistólica ventricular esquerda importante com FEVE= 28%, movimento paradoxal do septo interventricular e área de fibrose mesocárdica no segmento inferosseptobasal, sugerindo miocardiopatia inflamatória com miocardite prévia.Sorologia para arboviroses mostrou IgM e IgG positivo para Chikungunya. Após estabilização clínica, foi submetida a reabilitação cardiopulmonar. O teste cardiopulmonar máximo inicial apresentou alterações discretas de repolarização ventricular, VO2 máximo de 13,7ml/kg/min com FC de 146bpm. Limiar anaeróbico de 6ml/kg/min sob FC de 101bpm. Ponto de compensação respiratória de 9,2ml/kg/min sob FC de 92bpm. Atualmente, paciente estratifica-se como NYHA I. Discussão Ainda não se sabe qual o real mecanismo de envolvimento cardíaco na Chikungunya. Acredita-se que o vírus penetra no miocárdio e gera dano direto nas fibras musculares, enquanto leva a um dano secundário por uma reação de hipersensibilidade e necrose, aumentando o processo inflamatório e de transição. Essas alterações favorecem a passagem de miocardite para miocardiopatia dilatada, como foi relatado no caso acima. O quadro clínico é bastante variado, incluindo dor precordial, tontura, desmaio, sudorese, entre outros. Conclusão Portanto, concluímos que há necessidade de alto índice de suspeita clínica de arboviroses em pacientes com queixas cardiovasculares inespecíficas em áreas endêmicas.

Palavras-chave: miocardite, reabilitação cardíaca, vírus Chikungunya.

EP-080 (ID: 1875) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:21:00 às 16:28:00 | TV04
Título: PERCEPÇAO DE USUARIOS DE TERMINAL DE ONIBUS SOBRE PRESCRIÇAO DE MEDICAMENTOS PARA HAS E COMPLICAÇOES DA DOENÇA QUANDO NAO CORRETAMENTE TRATADA

Autores: Calisto Dantas de Medeiro Neto (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Marcus Vinicius Monteiro de Oliveira (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Jorge Luciano Campos Acioly Filho (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Lucas Matheus Medeiros de Castro (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Nasliene Dantas Maciel (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos Gustavo Rodrigues Domingues (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Leandro Rodrigo Pereira de Matos (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Clara Thalia Rodrigues Silva (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Amanda Madureira Silva (UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: FUNDAMENTO: A Hipertensão Arterial Sistêmica ocupa papel importante na etiologia da Insuficiência Cardíaca crônica, o que justifica tanto a prevenção desta como o controle rigoroso dos níveis pressóricos dos pacientes acometidos (Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83). Para o sucesso do tratamento, é fundamental que o paciente compreenda a importância deste. OBJETIVO: Analisar a percepção de usuários do transporte público no município de Fortaleza à respeito da prescrição de medicamentos para controle da Pressão Arterial, bem como sobre as complicações da doença quando não corretamente tratada. Trata-se de estudo observacional, quantitativo. PACIENTE/MATERIAL: Os dados foram coletados a partir de questionários aplicados com os usuários que procuraram espontaneamente stand de atendimento de projeto de extensão em prevenção de doenças cardiovasculares, montado em terminal de ônibus. Foram atendidos 65 pacientes, dos quais 24 eram sabidamente portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus (DM). Do total, 41 não haviam concluído o ensino médio, e 31 apresentaram níveis pressóricos elevados na aferição. MÉTODOS: Foi aplicado questionário que abordava dados socioeconômicos, percepção sobre a doença e adesão ao tratamento farmacológico e de mudança de hábitos. RESULTADOS: Dos 24 entrevistados que relataram ter diagnóstico de HAS e/ou DM, todos afirmaram fazer uso de medicamentos para controle das respectivas patologias. Sobre a compreensão da prescrição (motivo, efeitos colaterais e posologia), 22 responderam não compreender, o que equivale a 91%. Em relação às complicações, a longo prazo, da HAS não corretamente tratada, apenas 53% tinham conhecimento, sendo que apenas 41% dos entrevistados sabiam que HAS é uma doença crônica e que necessita de um cuidado contínuo. CONCLUSÕES: Os dados obtidos, ainda que numa escala pequena, sugerem que é interessante que haja uma melhoria na comunicação de profissionais de saúde, em especial dos médicos, com os seus pacientes. Uma vez que a adesão ao tratamento da HAS e DM

impacta de forma significativa na História Natural da Doença, é importante que os pacientes sejam conscientizados sobre a importância do tratamento, a fim de atuarem como protagonistas na prevenção das complicações que influenciam tanto a sua própria qualidade de vida.
Palavras-chave: Prevenção - Percepção - HAS - Tratamento.

EP-081 (ID: 1861) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV05
Título: AMILOIDOSE CARDÍACA: CARDIOMIOPATIA INFILTRATIVA COM COMPORTAMENTO HEMODINÂMICO RESTRITIVO- RELATO DE CASO

Autores: JOSE LEONARDO GOMES ROCHA JUNIOR (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), IVAN LUCAS ROCHA LIBERATO (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), LARISSA FERREIRA LOPES (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), CAMILO SOUZA BESSA (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), GERALDO SOUZA AZEVEDO (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), EMANUELA MARIA ARAUJO OLIVEIRA COELHO GUEDES (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), CHRISTIANE BEZERRA ROCHA LIBERATO (Universidade Federal do Ceará, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A Amiloidose é uma condição rara que se manifesta de forma isolada ou sistêmica, descrevendo um grupo heterogêneo de distúrbios que cursam com a deposição extracelular de agregados proteicos fibrilares em tecidos e órgãos. Assim, estes agregados comprometem a função de órgãos-alvo e são responsáveis por manifestar a doença clinicamente. Nessa perspectiva, no âmbito cardíaco, os depósitos proteicos resultam em uma série de acometimentos, tais como insuficiência cardíaca (IC), arritmias e síndromes anginosas. Além disso, a infiltração de nervos periféricos produz neuropatia sintomática ao passo que o depósito no sistema nervoso central pode desencadear demência ou, até mesmo, no contexto vascular, hemorragia cerebral. RESULTADOS/DISCUSSÃO: A.D.S. , 76 anos, alfabetizado, aposentado e procedente de Fortaleza-CE. Paciente com queixa principal de dispneia aos mínimos esforços iniciada em março de 2019, associado febre e tosse produtiva com secreção muco-esverdeada. Internado no Hospital Universitário Walter Cantídio no início de maio, sem melhora do quadro pulmonar, também queixava-se de vertigem postural oscilatória, iniciada há 6 meses, mas que, ultimamente, vinha a prejudicar seriamente a deambulação e a qualidade de vida. Paciente com história patológica prévia de hipertensão arterial sistêmica, neuropatia diabética e episódios de convulsões tônico-clônicas. Quanto aos exames, Eletrocardiograma apresentou baixa voltagem difusa, Ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica ventricular importante, aumento biatrial, função sistólica preservada, disfunção diastólica grau II, Derrame Pericárdico (DP) moderado e strain global longitudinal (SGL) do ventrículo esquerdo reduzido, com aspecto de doença de depósito, Ressonância Magnética (RM) de tórax evidenciou linfadenopatia mediastinal, espessamento miocárdico do ventrículo esquerdo com realce tardio subendocárdico circunferencial, padrão sugestivo de Amiloidose Cardíaca, RM de crânio com áreas de desmielinização e infartos em hemisfério cerebelar esquerdo, pico de gamaglobulina em Eletroforese de proteínas e escala do Mini Exame do Estado Mental de 25. Paciente evolui clinicamente com sinais vitais estáveis, orientado, consciente e aguarda parecer médico para um melhor entendimento do caso. CONCLUSÃO: A Amiloidose cardíaca resulta de uma ampla gama de alterações, na qual o envolvimento cardíaco impõe pior prognóstico e tem como marca o desenvolvimento de cardiomiopatia infiltrativa com comportamento hemodinâmico restritivo. Nesse cenário, ressaltamos a importância de sua investigação entre as possibilidades diagnósticas de IC de evolução desfavorável, crônica e com etiologia desconhecida, principalmente em pacientes acima de 50 anos.
Palavras-chave: Amiloidose; Cardiomiopatia Restritiva; Ecocardiografia.

EP-082 (ID: 1944) | Área: Intervencionista
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV05
Título: HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA(HAS): UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLOGICA A RESPEITO DA COMPREENSAO DA DOENÇA, ACOMPANHAMENTO MEDICO, TRATAMENTO FARMACOLOGICO E CONTROLE DA DOENÇA EM CONTRASTE DE POPULAÇOES DE DISTINTOS NIVEIS SOCIOECONOMICOS DE FORTALEZA

Autores: Jorge Acioly (Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Marcus Vinícius (Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Lucas Matheus (Univesidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Naslie ne Dantas (Univesidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Carlos Gustavo (Univesidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Leandro Matos (Univesidade Federal Do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Clara Rodrigues (Univesidade Federal Do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Calisto Dantas (Univesidade Federal Do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil), Amanda Madureira (Univesidade Federal do Ceara, Fortaleza, Ce, Brasil)

Resumo estruturado: Fundamento: A prevalência da Hipertensão arterial sistêmica no Brasil (segundo Pesquisa Nacional de Saúde, PNS 2013, 21,4%, intervalo de 95% de confiança: 20,8%-22,0%) e a relação da doença com sua compreensão em cidadãos de bairros periféricos de menor renda (como elucida o artigo "A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas). Objetivo: Estabelecer relação entre o nível socioeconômico com o conhecimento acerca da doença, da importância do acompanhamento médico regular, do tratamento farmacológico adequado e, por fim, com o controle da pressão arterial.

Material: Questionários baseados nos testes de Morinsky-Green, Hayne e Sackett, e de Batalla(Santos et al.,2006). Método: Aplicação do questionário para dois extratos socioeconomicamente distintos da população fortalezense. Foram 39 questionários aplicados ao total em duas extensões acadêmicas realizadas pela Liga do Coração da Universidade federal do Ceará. Uma das extensões ocorreu na praça dos estressados (26 questionários) no bairro Beira-Mar (um dos maiores IDH de Fortaleza) e outro em ação junto ao Cáritas(associação de catadores de lixo) em um dos galpões de armazenamento localizado no bairro bom sucesso(uma das áreas periféricas de fortaleza) tendo, para o segundo grupo, 13 questionários respondidos. Resultado: Das 13 pessoas entrevistadas no Cáritas, 6 relatam ter HAS(46,15%), dentre as quais somente 1 entende os medicamentos prescritos(16,6%). Já na praça dos estressados, dos 26 entrevistados, 22 são hipertensos(84,6%), dentre os quais 19 conheciam sobre os medicamentos receitados(86,36%%). No Cáritas, 7 pessoas não possuíam uma percepção acerca dos órgãos afetados em pacientes com HAS(53,8%), 8 pessoas não terminaram o ensino fundamental ou eram analfabetos(61,5%) e 6 pessoas não sabiam da cronicidade da HAS(46,15%). Em relação à praça dos estressados, 10 não apresentavam compreensão acerca dos órgãos afetados com a HAS(38,4%), 11 não concluíram o ensino fundamental ou são analfabetos(42,3%) e 7 não compreendiam a cronicidade da HAS(26,9%). Conclusão: Os resultados obtidos evidenciam uma discrepância em relação à compreensão a respeito da HAS por parte das duas populações, o que é justificado pelos diferentes níveis socioeconômicos e de instrução. Apesar de os entrevistados na praça dos estressados apresentarem uma maior prevalência de HAS, a maioria conhecia os medicamentos receitados. Em contraste, os entrevistados do Cáritas possuíam um menor nível de escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, consequentemente, menor percepção acerca dos medicamentos.

Palavras-chave: hipertensão, epidemiologia, tratamento, controle.

EP-083 (ID: 1892) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV05
Título: HIPOPLASIA ISOLADA DO COMPONENTE APICAL DO VENTRICULO DIREITO: RELATO DE CASO

Autores: Letícia Freitas Melo (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Isabelle Maria Oliveira de Sousa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ana Kamila Paiva de Souza (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Pedro Ítalo Sampaio Braga (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Magalhães Saraiva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Caio Antônio Borges Girão Silva (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Caio Magalhães Barbosa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Carlos José Mota de Lima (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Acrísio Sales Valente (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO:A Hipoplasia Isolada do Componente Apical do Ventrículo Direito(VD) é uma condição rara que se caracteriza por uma alteração apenas da porção trabecular do VD. As manifestações clínicas são inespecíficas e o exame físico por vezes é normal. O objetivo desse estudo foi explanar sobre essa patologia, por meio de um relato de caso de um portador de Hipoplasia Isolada do VD. RESULTADOS:A.C.S, masculino, 44 anos, foi admitido na emergência com queixa de dispneia progressiva que, atualmente, apresenta-se ao repouso. Associado ao quadro: tosse com secreção mucoide e hemoptoicos, dor torácica ventilatório dependente, dispneia paroxística noturna, ortopneia, edema de face, de abdome e de membros inferiores (MMII), tontura, sudorese e sonolência. Ao exame físico, a ausculta cardíaca revelou ritmo cardíaco irregular, bulhas normofonéticas com presença de sopro sistólico em foco mitral (+2/6+) com irradiação para a linha axilar anterior. Extremidades com edema de MMII (+2/4+) com Cacifo positivo. O paciente foi admitido para internação hospitalar. O eletrocardiograma (ECG) evidenciou fibrilação atrial e o ecocardiograma(ECO) aumento importante do átrio direito(AD), hipoplasia da porção apical do VD (Diâmetro do anel: 55mm; diâmetro da porção do VD de 43mm; comprimento do VD de 49,5 mm; porção apical hipoplásica e dilatação da via de saída subpulmonar: 42, 5mm), sinais de disfunção sistólica do VD, pressão sistólica da artéria pulmonar subestimada pela disfunção de VD, contratilidade global e segmentar do ventrículo esquerdo preservadas em repouso com fração de ejeção de 63%, refluxo aórtico mínimo, refluxo tricúspide moderado, forame oval patente com pequeno fluxo esquerda-direita e derrame pericárdico leve. DISCUSSÃO:O VD possui três componentes distintos descritos: a via de entrada, a porção trabecular ou apical e a via de saída. A hipoplasia do VD caracteriza-se quando um desses três componentes está afetado.O componente trabecular é responsável pela morfologia normal do ventrículo, sua alteração caracteriza a Hipoplasia Isolada do VD que promove aumento na resistência à entrada do fluxo sanguíneo no VD, elevando a pressão nessa câmara cardíaca ao final da diástole e no AD.A apresentação clínica é bastante variável e depende do grau de hipoplasia. Quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva e de cianose podem ser encontrados durante a infância em casos graves. O tratamento pode se basear em intervenções precoces com anastomose sistêmico-pulmonar para casos de cianose importante, bem como em cirurgias de correção definitiva que incluem o fechamento do defeito do septo interatrial, quando o VD é de tamanho razoável, ou a correção univentricular por meio da Cirurgia de Fontan ou Glenn. CONCLUSÃO: Esse caso demonstra, portanto, a importância do ECO, aliado à anamnese e ao exame físico, na elucidação etiológica da Insuficiência cardíaca desde as causas mais comuns até as mais raras, como a Hipoplasia Isolada do componente apical do VD.

Palavras-chave: hipoplasia; ventrículo direito; ultrassonografia; cirurgia.

EP-084 (ID: 1187) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 | TV05
Título: SINDROME DO SEIO CAROTIDEO: UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PARA SINCOPES DE REPETIÇAO.

Autores: João Martins Rodrigues Neto (UECE, Fortaleza, CE, Brasil), Thiago de Gaultier Oliveira do Amarante de Paulo (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), Dalila Uchôa Sousa (UECE, Fortaleza, CE, Brasil), Allysson Wosley de Sousa Lima (UECE, Fortaleza, CE, Brasil), Raíssa Marianna Viana Diniz (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes , Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes , Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes , Fortaleza, CE, Brasil), Stela de Castro Freitas (UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, Brasil), Pedro Raphael Felício Philomeno Gomes (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: HIPERSENSIBILIDADE DO SEIO CAROTÍDEO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA SÍNCOPES DE REPETIÇÃO. INTRODUÇÃO: Czermak relatou em 1866 que o estímulo sobre a artéria carotídea, provoca bradicardia e hipotensão, mas apenas em 1927, quando Hering demonstrou o fenômeno ao pressionar isoladamente o seio carotídeo em cachorros que a teoria foi revisada. Em 1946 Nathanson detalhou as síndromes: Síndrome de Hipersensibilidade do Seio carotídeo (HSC) que corresponde à uma massagem positiva no seio carotídeo em pacientes assintomáticos, enquanto Síndrome do Seio Carotídeo (SSC) corresponde ao episódio de síncope desencadeada pela massagem ao seio durante atividades cotidianas. SSC é definida como a diminuição da frequência cardíaca e/ou pressão sanguínea arterial (PA) em resposta à massagem do seio carotídeo (MSC). Sua prevalência aumenta com a idade e é quatro vezes mais comum em homens que em mulheres. Os pacientes manifestam perda súbita de consciência com recuperação espontânea, porém podem apresentar complicação do episódio de queda. Cerca de 1/3 dos pacientes com mais de 50 anos tem quedas recorrentes ou inexplicadas com resposta positiva ao teste de MSC, não sendo incomum que os idosos não recordem do episódio. O diagnóstico é feito quando a apropriada massagem do seio carotídeo desencadeia um período de assistolia ≥ 3 segundos sem alteração da PA, caracterizando como subtipo cardioinibitório (CI) ou ocorre a queda de pelo menos 50mmHg da pressão sanguínea sistólica na ausência de bradicardia significativa, sendo esse o subtipo vasodepressor (VD). Nos casos de pausa ≥ 3 segundos associados a uma redução da PA de pelo menos 50mmHg, denominamos SSC mista. Resultados: Paciente masculino de 84 anos procura emergência com histórico de síncopes de repetição, é hipertenso em uso regular das medicações, nega comorbidades. Relata há cerca de 15 anos apresentar episódios de síncope, sem fatores desencadeantes ou sintomas premonitórios. Após o evento, que dura alguns segundos, retoma espontaneamente a consciência, sem sinais ou sintomas associados. Procurou atendimento médico em cinco ocasiões sem que fosse detectada alteração ou realizado diagnóstico. Após o último evento realizou TC de crânio sem alterações significativas, doppler de carótidas com ateromatose sem repercussão hemodinâmica, ecocardiograma com disfunção diastólica grau I de ventrículo esquerdo e insuficiência aórtica leve e TILT TABLE TESTE com ritmo cardíaco sinusal que após massagem do seio carotídeo demonstrou pausa maior que 3 segundos associado a pré-síncope, sugestivo de hipersensibilidade do seio carotídeo. Paciente foi submetido a colocação de marcapasso evoluindo satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar sem apresentar novo evento de síncope. Conclusão: A SSC apesar de pouco prevalente deve entrar no diagnóstico diferencial de síncopes de repetição principalmente em idosos, pois apesar de baixa mortalidade apresenta significativa morbidade.
Palavras-chave: Síncope; Seio Carotídeo; Hipersensibilidade.

EP-085 (ID: 1221) | Área: Intervencionista
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV05
Título: APLICAÇAO DE OXIGENAÇAO POR MEMBRANA EXTRACORPOREA VENO-VENOSA EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM SINDROME DE WEIL: RELATO DE CASO

Autores: Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital de Messeja, Fortaleza, CE, Brasil), Karina de Vasconcelos Noroes (Unichistus, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana Leão Moraes (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Saullo Alcântara Mendes (UFCG, Cajazeiras, PB, Brasil), Alicy Antonia da Silva Araújo (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Sabrina Maria Lima Bezerra (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Ívina Mourão Lobo Melo (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Lucas Castro do Nascimento (UFC, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A síndrome de Weil, que constitui uma forma clínica grave da leptospirose, pode evoluir com quadro de síndrome do desconforto respiratório agudo, manifestando-se por meio de hipoxemia ou hipercapnia refratária. Nessa perspectiva, a aplicação de oxigenação por membrana extracorpórea veno-venosa (ECMO V-V) tem sido utilizada como terapia de resgate em pacientes com disfunção respiratória importante, refratária, evidenciando resultados encorajadores. RESULTADO E DISCUSSÃO: A.S.S., 20 anos, masculino, previamente hígido, com história de mialgia, febre e odinofagia durante quatro dias, evoluindo com dispnéia intensa. Relato de exposição à enchentes. Ao exame físico: mal estado geral, anictérico, afebril, com hipossaturação grave e sangramento traqueal. Hemograma da admissão apresentando anemia, leucocitose, plaquetopenia e alteração das provas da coagulação. O

ecodopplercardiograma evidenciou aumento das câmaras cardíacas direitas. Evoluiu com radiografia de tórax demonstrando infiltrado alveolar difuso bilateral, secundário à sangramento pulmonar maciço, optando-se por implantação de ECMO V-V, ocorrendo parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso durante 5 minutos no procedimento. No decorrer da internação, foi realizado eletrocardiograma que evidenciou padrão S1Q3T3, com investigação complementar por angiotomografia, descartando tromboembolismo pulmonar. Devido piora da anemia, foi realizada transfusão de dois concentrados de hemácias. Foi efetuada hemodiálise devido à insuficiência renal aguda. Realizada sorologia IgM e definido o diagnóstico de leptospirose. Atualmente, em uso de ceftriaxona, apresentando melhora gradativa de infiltrado pulmonar. A manifestação clássica da leptospirose grave é a síndrome de Weil, evidenciando a tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente a pulmonar. A síndrome de hemorragia pulmonar é caracterizada por lesão pulmonar aguda e sangramento pulmonar maciço, representando manifestação distinta e de alta letalidade. Nesses casos, a ECMO V-V pode ser benéfica devido propiciar oxigenação sanguínea, remoção de dióxido de carbono, por meio da difusão e da perfusão, e suporte circulatório, quando apropriado, além de permitir que se realize ventilação mecânica protetora/ultraprotetora, com pressões de pico nas vias aéreas < 20-25 cm de água e volumes correntes muito baixos (0,5-1,0 ml/kg), pressão positiva expiratória final de 10-15 cm de água. CONCLUSÃO Enquanto a letalidade geral para os casos de leptospirose notificados no Brasil é de 10%, a letalidade para os pacientes que desenvolvem hemorragia pulmonar é maior que 50%. Dessa forma, a oxigenação por membrana extracorpórea é um método em expansão, que pode desempenhar um papel importante, e proporcionar resultados excelentes para os pacientes mais graves.

Palavras-chave: Sindrome de Weil, Oxigenação, Extracorpórea.

EP-086 (ID: 1928) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV05
Título: PRINCIPAIS COMPLICAÇOES APRESENTADAS POR PACIENTES PORTADORES DE PROTESE CARDIACA VALVAR MECANICA ACOMPANHADOS EM UM AMBULATORIO ESPECIALIZADO

Autores: LIDIA STELLA TEIXEIRA MENESES (HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTÍDIO , FORTALEZA, CE, Brasil), JERUZA MARA OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTÍDIO , FORTALEZA, CE, Brasil), SHERIDA KARANINI PAZ OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA , FORTALEZA, CE, Brasil), JOAO JOSE AQUINO MACHADO (HOSPITAL MONTE KLINIKUM, FORTALEZA, CE, Brasil), FRANCISCA ELISANGELA TEIXEIRA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ , FORTALEZA, CE, Brasil), CAMILA LIMA SANTOS (HOSPITAL MONTE KLINIKUM, FORTALEZA, CE, Brasil), ANA CAROLINA LOBO SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO, FORTALEZA, CE, Brasil), BERTIANE MARIA GADELHA FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER CANTIDIO, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Os pacientes portadores de prótese cardíaca valvar devem ser orientados quanto a práticas que são recomendadas nas Diretrizes Brasileiras de Valvopatias (TARASOUTCHI et al., 2011), objetivando a manutenção das próteses e prevenção de complicações. Dentre essas recomendações estão: alimentação saudável, atividade física, uso regular das medicações, seguimento da terapia de anticoagulação a longo prazo, verificação do INR regularmente, visitas regulares aos profissionais, medidas de prevenção de endocardite infecciosa, como a profilaxia antibiótica em tratamento dentário, ou trato respiratório, genitourinário e gastrointestinal. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar as principais complicações em pacientes portadores de prótese cardíaca valvar mecânica. METODOLOGIA: Estudo descritivo e transversal, desenvolvido em dois ambulatórios de anticoagulação de hospitais escola de Fortaleza/Ce. Compôs a amostra 127 pacientes com doença cardíaca valvar. Coletou-se os dados por meio de entrevista, utilizando formulários. O estudo recebeu aprovação do comitê de ética (no 422.098). RESULTADOS e DISCUSSÃO: 87,4% dos pacientes apresentaram alguma complicação após o procedimento cirúrgico. Destes, 70 (55,1%) apresentaram algum evento hemorrágico. Epistaxe foi o evento mais frequente, presente em 34,3% dos pacientes, seguido de gengivorragias (30%), equimoses (24,3%), hematúria (21,4%) e sangramento transvaginal (18,6%). Houve ainda a ocorrência de acidente vascular cerebral hemorrágico em dois pacientes (1,6%). Destaca-se que 31 pacientes (44,3%) apresentaram mais de um evento hemorrágico. Com relação aos eventos tromboembólicos, 17 pacientes (13,4%) apresentaram acidente vascular cerebral isquêmico e um paciente (5,8%) apresentou trombose venosa profunda. Estes dados são considerados preocupantes visto que as sequelas permanentes decorrentes de um evento tromboembólico são, em geral, mais graves que as complicações hemorrágicas, o índice médio anual de sangramento fatal varia de 0,07% a 0,7%, já na embolia arterial, os episódios fatais são de aproximadamente 20% ao ano, e 40% resultam em incapacidade permanente. Apenas 01 (0,8%) paciente apresentou incompatibilidade com a prótese. Com relação a endocardite, 7,1% dos pacientes apresentaram essa condição, a qual é uma doença com alta morbimortalidade e que manteve sua incidência nas últimas décadas, apesar dos progressos de diagnóstico e de tratamento. Com relação às complicações por disfunção de prótese, observou-se que 11% dos pacientes realizaram reoperações para troca valvar devido disfunção. CONCLUSÃO: Assim, diante desta realidade, é de fundamental importância que os profissionais da equipe dos ambulatórios de valvopatias, especialmente os enfermeiros, estejam atentos para as possíveis complicações nesta população além da necessidade de um acompanha-

mento contínuo no intuito de estabelecer estratégias para a adesão das orientações para o autocuidado, tornando-os mais autônomos durante o tratamento.
Palavras-chave: ENFERMAGEM, VALVAS CARDÍACAS, AUTO CUIDADO.

EP-087 (ID: 1838) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV05
Título: SINDROME DE NOONAN: RELATO DE CASO COM CARDIOPATIA CONGENITA ASSOCIADA A CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA E MIOCARDIO NAO-COMPACTADO

Autores: Maria Suely Bezerra Diógenes (Hospital de Messejana, FORTALEZA, CE, Brasil), Francisco Farias Monteiro Jr (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Leticia de Sousa Guerin (Universidade Federal do Ceará, FORTALEZA, CE, Brasil), Isabelle Maria Oliveira de Sousa (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Mariana Nogueira Dantas (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), José Mozart Ribeiro Neto (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (Hospital de Messejana, FORTALEZA, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (Hospital de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO:A síndrome de Noonan(SN) é uma doença genética autossômica dominante com incidência global de 0,04% dentre os nascidos vivos. É caracterizada por alterações faciais, esqueléticas, odontológicas, cardíacas e atraso de desenvolvimento estatural e neuropsicomotor. Malformações cardíacas, estão presentes em 60% a 90% dos relatos, sendo a estenose valvar pulmonar a mais prevalente, seguida por cardiomiopatia hipertrófica e defeito do septo atrial. O objetivo desse trabalho foi explanar sobre essa patologia, por meio do relato de caso de um paciente com fenótipo de SN diagnosticado no Hospital de Messejana(HM), em Fortaleza-CE. RESULTADOS:FRCS, masculino, 30 anos, pardo, com diagnóstico de cardiopatia congênita desde a infância, acompanhado por Insuficiência Cardíaca Classe Funcional(CF/ NYHA) II, medicado com Propranolol 40mg, de 12/12h, devido a palpitações. Apresentou piora da CF, atual II/III, palpitações, mal-estar e palidez cutânea, admitido no HM para avaliação. Foi evidenciado dismorfismo facial, pescoço alado e sopro sistólico 3+/4+, no bordo esternal esquerdo médio, sem outros achados. ECG demonstrou ritmo sinusal, sobrecarga biatrial e biventricular. Ao ECO, havia aumento leve do átrio esquerdo, hipertrofia concêntrica importante e assimétrica de ambos os ventrículos, sem evidência de gradiente de via de saída, além de trabeculações miocárdicas proeminentes com recessos intratrabeculares profundos, preenchendo critérios para cardiomiopatia hipertrófica e miocárdio não-compactado. Havia contratilidade biventricular preservada, mas com disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, além de múltiplas Comunicações Interventriculares musculares. O pescoço alado e dismorfismo facial associado às alterações cardíacas, corrobora com o diagnóstico fenotípico de SN, entretanto, a confirmação genética não foi realizada. A correção das cardiopatias congênitas não foi indicada devido à cardiomiopatia, sendo indicado tratamento clínico com betabloqueador. Não foram evidenciadas arritmias no Holter, nem no Teste Ergométrico, mas como o paciente foi considerado de alto risco para taquicardia ventricular, foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial e avaliação genética em centro especializado. DISCUSSÃO:A SN é possivelmente uma das síndromes mendelianas mais frequentes, apesar de ser subdiagnosticada pela maioria dos médicos. As maiores causas de morbimortalidade desta doença são alterações cardíacas, evidentes no paciente deste relato de caso, assim devem ser a maior preocupação. CONCLUSÃO:O caso demonstra relevância por tratar-se de paciente adulto com fenótipo de SN com cardiopatia congênita, associada à cardiomiopatia hipertrófica e miocárdio não-compactado, caso extremamente raro, sem relato na literatura, com alto risco para desenvolvimento de insuficiência cardíaca e arritmia ventricular complexa, com risco de morte súbita. Assim, o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.
Palavras-chave: Síndrome de Noonan, Cardiomiopatia Hipertrófica, Miocardio Não-Compactado, Hospital de Messejana.

EP-089 (ID: 990) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:30:00 às 09:37:00 | TV06
Título: ANALISE DO RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores: Vanessa Vieira de Sousa (UNIFAMETRO, FORTALEZA, CE, Brasil), Joab Silva Mesquita (UNIFAMETRO, Fortaleza, CE, Brasil), Ticiana Barros de Sousa Almeira (UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Alanna Tavares Pedroza (UNIFOR, Fortaleza, CE, Brasil), Francisco Elton Jones Arruda da Silva (UNIFAMETRO, FORTALEZA, CE, Brasil), Katiuscia Augusto Peixoto (UNIFOR, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: O Tromboembolismo Venoso (TEV) é considerado uma associação de doenças que inclui a Trombose Venosa Profunda (TVP), devido a cateteres venosos e centrais, o Tromboembolismo Pulmonar (TEP) representa a complicação de maior gravidade. O Enfermeiro exerce um papel de grande importância no que se refere à evolução clínica do paciente, sendo essencial o conhecimento desse profissional acerca dos fatores de risco para TEV, os primeiros sinais da doença, o sangramento decorrente do uso de anticoagulantes utilizados na terapêutica, devido ao processo de reabilitação em pacientes que estão em tratamento. A assistência de enfermagem fundamentada na utilização dos protocolos como ferramenta para a profilaxia dessa doença, possibilitando a prevenção de comorbidades na UTI. OBJETIVO: Analisar o risco de tromboembolismo venoso nos pacientes submetidos a cuidados intensivos em um hospital universitário

de Fortaleza-Ce. MÉTODOS: Trata-se de um estudo documental, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Realizado no período de julho a outubro de 2015, nas UTIs clínica e pós-operatória de um Hospital Universitário localizado em Fortaleza-CE. O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, após aprovação, o parecer foi encaminhado à gestão da instituição para autorização do início da coleta (Protocolo 1.117.425). RESULTADOS: Mais de 50% dos pacientes eram do sexo masculino e que a média de idade foi de 57,69 com variação entre 17 e 84 anos. Apenas 3,8% dos participantes apresentaram episódio de TEV durante a internação atual, mais de 50% possuíam diagnóstico cirúrgico e 85,8% da população total do estudo foram considerados como sendo de alto risco para o desenvolvimento dessa doença. Em relação às condutas terapêuticas, 45,3% realizaram apenas profilaxia mecânica, 5,7% fizeram uso apenas de medicamentos e 12,3% não possuíam nenhum tipo de profilaxia prescrita. Os fatores de risco para TEV mais prevalentes entre os pacientes clínicos participantes deste estudo foram: cateteres centrais com 79,0% respectivamente. Neste grupo, os fatores: infecção e doença respiratória grave também apresentaram porcentagens significativas de quase 50%. Os fatores incluídos em Outros foram: varizes/ Insuficiência venosa; ICC classe III ou IV; história prévia de TEV; câncer; IAM; doença inflamatória intestinal, os quatro primeiros com 4,6% e os dois últimos com 2,3% respectivamente. CONCLUSÃO: Com isso, percebe-se que apesar de os benefícios da trombo profilaxia serem amplamente comprovados na literatura, ainda é algo que não é praticada por muitos profissionais de saúde de forma satisfatória, tanto em relação à pacientes clínicos como cirúrgicos. Portanto, a implementação de programas de educação permanente, protocolos específicos para avaliação do risco de TEV com avaliação de indicadores mensais e conscientização dos profissionais envolvidos no cuidado podem ser medidas importantes para adequada profilaxia dessa doença.

Palavras-chave: Trombose; Unidades de Terapia Intensiva; Embolia.

EP-090 (ID: 1844) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:37:00 às 09:44:00 | TV06
Título: APRESENTAÇAO TIPICA DE FEBRE REUMATICA EM JOVEM : UM RELATO DE CASO

Autores: Raquel Mourisca Rabelo (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Marcos Miranda Vasconcelos (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Pedro Jeronimo Dantas (Unichristus, Fortaleza, CE, Brasil), Maria Rilda Loiola de Vasconcelos (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Lizia Maria Andrade Melo de Aguiar (UNINTA, Sobral, CE, Brasil), Gabriel Cavalcanti Lima Chagas (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Amanda Ribeiro Rangel (UFC, Fortaleza, CE, Brasil), Luzia Keyne Sousa Carneiro Frota (UNINTA, Sobral, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A Febre Reumática possui manifestações multissistêmicas e resulta de reação autoimune posterior à infecção por estreptococos do grupo A (SGA). Ressalta-se que a infecção estreptocócica é, frequentemente, subclínica, embora diversos pacientes apresentem faringite prévia por SGA. Após período de latência de, em média, 3 semanas, é comum o aparecimento de poliartrite (60%), cardite (50%) e Coreia de Sydenham (30%). Dentre as manifestações cutâneas da Febre Reumática, destacam-se eritema marginado e nódulos subcutâneos, encontrados em menos de 5% dos casos. Atualmente, o diagnóstico baseia-se nos critérios de Jones, atualizados em 2015, sendo necessário a presença de 2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores, associado à evidência de infecção prévia por SGA. Relato: Paciente feminino, 15 anos, procedente de Guaraciaba do Norte – CE, iniciou quadro de dor torácica com irradiação para membro superior esquerdo, associada à dispneia aos grandes esforços há cerca de 2 anos. Procurou atendimento no hospital de origem, onde foi realizado radiografia de tórax que estava sem alterações. Após 1 semana, evoluiu com cefaléia, febre e movimentos coreicos, os quais surgiram inicialmente em hemicorpo esquerdo, evoluindo para o direito e pescoço. Ademais, apresentou dor e edema em grandes articulações, como joelho e tornozelo, impedindo-a de deambular. Relata, ainda, surgimento de máculas eritematosas em MMII aos 9 anos, que desapareceram espontaneamente. Devido à piora do quadro, procurou atendimento particular na cidade de origem, na qual foi realizado Ecocardiograma transtorácico (ECOtt), eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais, evidenciando: valvulopatia mitral de etiologia reumática com insuficiência de grau importante, proteína C reativa reagente (+++) e velocidade de hemossedimentação de 35 mm³ na primeira hora. Foi encaminhada ao Hospital do Coração de Sobral, onde realizou novo ECOtt, evidenciando valvulopatia mitral e aórtica de etiologia reumática, insuficiência mitral de grau importante, insuficiência aórtica de grau discreto e aumento discreto do átrio esquerdo. Refere história de faringoamigdalites de repetição. Atualmente, paciente encontra-se com leves movimentos coreicos em quirodáctilos e dispneia aos esforços. Faz uso de Haldol 1g, Penicilina G Benzatina a cada 21 dias e Furosemida em dias alternados. Ao exame, apresentava sopro sistólico (4+/6+) em foco mitral, irradiando para foco tricúspide. Permanece aguardando cirurgia para troca de válvula mitral. Conclusão: O diagnóstico de Febre Reumática do caso em questão foi confirmado pela presença de infecção prévia pelo SGA, associada à presença de 4 critérios maiores e 3 critérios menores. De acordo com a idade da paciente e considerando desejo de futura gestação, espera-se a substituição de valva mitral por prótese biológica, apesar da desvantagem de sua baixa durabilidade.

Palavras-chave: Febre Reumática, Coreia de Sydenham, prótese biológica.

EP-091 (ID: 1945) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:44:00 às 09:51:00 | TV06

Título: AVALIAÇAO ECOCARDIOGRAFICA PARA ANALISE DA FUNÇAO VENTRICULAR DE POTENCIAIS DOADORES DE ORGAOS.

Autores: Sandra Nivea Reisa Saraiva Falcao (Universidade de Fortaleza, fortaleza, CE, Brasil), Joao Luiz Alencar Araripe Falcao (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Colares Silva (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Hyan S taytskowy Magalhães Martins (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Larissa Mariane Amorim Silva (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Emanuel Carneiro Vasconcelos (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Swelen Cristina Medeiros de Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Wesla Suzy Praxedes (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Tainan Paula Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: A função sistólica do ventrículo esquerdo é um aspecto de grande importância na avaliação do potencial doador de orgãos. A má manutenção do doador e a disfunção ventricular provocada pela tempestade adrenérgica da morte encefálica são as principais causas do não aproveitamento dos orgão para transplante e no âmbito cardíaco é a disfunção sistólica o principal indicador da inadequada manutenção do doador. Embora de fácil execução a beira leito, a realização rotineira do ecocardiograma na avaliação dos potenciais doadores é pouco realizada nos centros transplantadores, sendo o real impacto da disfunção ventricular pouco conhecido. OBJETIVO: : Avaliar o perfil dos pacientes potenciais doadores de orgãos parâmetros ecocardiográficos de potenciais dodores adultos (>18 anos) de coração em um estado brasileiro. METODOLOGIA: Estudo descritivo, retrospectivo, no banco de dados do setor de ecocardiografia e setor de transplante cardíaco, aonde foram obtidos dados dos potenciais doadores de órgãos do período de novembro de 2018 a maio de 2019. RESULTADOS: Foram identificados 101 potenciais doadores adultos, sendo que 25 foram submetidos a avaliação ecocardiográfica. A média de idade foi de 37 anos (16- 72 anos), sendo que 75% eram do sexo masculino. Vinte e quatro porcento dos pacientes que realizaram ecocardiograma (06) apresentavam disfunção na contratilidade miocárdica. Dos potenciais doadores com disfunção sistólica, a causa de óbito por traumatismo crânio encefálico (100%). Trinta e oito (37%) dos pacientes estudados faziam uso de drogas vasoativas no momento da avaliação. Discussão/Conclusão: O exame ecocardiográfico tem sido subutilizado na prática da avaliação de potenciais doadores para transplante cardíaco, entretanto pode fornecer importante informação para aproveitamento de órgãos, bem come minimiza a chance de utilização de enxertos inadequados.
Palavras-chave: doador, disfunção ventricular, ecocardiograma.

EP-092 (ID: 1940) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 09:51:00 às 09:58:00 |

TV06
Título: PERFIL DOS OBITOS POR CARDIOPATIA CONGENITA NO CEARA

Autores: Priscila Janiele de Lima Costa (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Thaís Colares Silva (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), José Roberto Gomes Francilino Filho (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Swelen Cristina Medeiros de Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Gabriel Damasceno Gurjão Pessoa (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Thomaz Alexandre Costa (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Bernardo Chaves Lima (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Wesla Suzy Praxedes (Universidade Federal Ceará, Fortaleza, CE, Brasil), Larissa Mariane Amorim Silva (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: As Cardiopatias Congênitas (CC) afetam cerca de 1 a cada 100 nascidos vivos, constituindo-se de uma má formação embrionária da estrutura cardíaca no primeiro trimestre da gestação. Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, no período de 2000 a 2006, o número de recém-nascidos acometidos por tal enfermidade equivale a cerca de 3 milhões por ano[1]. No Ceará, esse número se aproxima de 128.800, no ano de 2010 . Tal quantia de nascidos vivos com CC se mostra relevante no cenário de saúde pública nacional. Porém, não há estudos notórios sobre a taxa de mortalidade infantil (TMI) associada a essa malformação. Metodologia: Para tal, foram retirados dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), relacionados ao Ceará, entre os anos de 2013 a 2017, a fim de avaliar temporalmente o número de óbitos infantis por malformações congênitas (MC) na região. Foram analisados os dados referentes ao número de óbitos gerais infantis por MC e, a partir disso, o número de óbitos infantis por MC cardiovasculares, relacionando o tipo de MC cardiovascular mais prevalente em cada ano e o número de óbitos infantis ocorridos por essa anomalia em cada ano analisado, considerando os menores que um ano de idade, os sexos e as macrorregiões. Resultados: No período entre 2013 a 2017, foram registrados 1705 óbitos infantis por MC, sendo que 641 (37,5%) ocorreram por malformações cardiovasculares. Nos anos estudados, a quantidade de óbitos foram, respectivamente, 102 em 2013 e em 2014, 147 em 2015, 132 em 2016 e 158 em 2017. Quanto ao tipo de malformação, o grupo que corresponde a outras malformações cardíacas é o que mais registra óbitos com 362, seguido das malformações dos septos cardíacos que contabilizam 100 óbitos. Quanto ao tempo do óbito desde o nascimento, registram-se 177 no período neonatal precoce (0-6 dias), 134 no período neonatal tardio (7-27 dias) e 330 no pós-neonatal (28-364 dias). Com relação ao sexo, contabilizaram 375 mortes do sexo masculino, 263 do feminino e 3 ignorados. Quanto a macrorregião de saúde do Ceará, Fortaleza registrou a maioria dos óbitos, com 318, seguindo de Sobral com 135. Discussão: As CC são as MC mais frequentes e com maior mortalidade em

crianças de até 1 ano de idade. Analisando-se os dados desse trabalho, é notável a relevância de tais deformidades no contexto da saúde pública do país, uma vez que a TMI é um dos parâmetros utilizados para avaliar o desenvolvimento socioeconômico de uma nação. Em 2010, o Ceará ocupava a terceira posição em relação ao número de nascidos com CC no Nordeste, mas, para a realização desse trabalho, não foram encontrados estudos direcionados à análise quantitativa dos óbitos infantis por malformações cardíacas na região. Conclusão: Logo, visto a escassez de dados referentes à TMI por CC no Ceará, esse estudo funciona como uma análise do número de óbitos nesse estado, atuando como um incentivo para o crescimento da literatura sobre o tema, visando melhorias socioeconômicas na região.
Palavras-chave: Cardiopatia congênita. Número de óbitos. Ceará.

EP-093 (ID: 1839) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:00:00 às 16:07:00 | TV06
Título: PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR CHOQUE HEMORRAGICO EM PACIENTE COM SINDROME CORONARIANA AGUDA: UM RELATO DE CASO

Autores: Luiz Carlos Gabriele Sucupira (Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil), George Sales de Arruda (UniChristus, Fortaleza, CE, Brasil), Breno Douglas Dantas Oliveira (ABRAMED, Fortaleza, CE, Brasil), Frederico Carlos de Sousa Arnaud (ABRAMED, Fortaleza, CE, Brasil), Filadelfo Rodrigues Filho (ABRAMED, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio ocorre quando há desequilíbrio entre a oferta sanguínea e o consumo miocárdico devido a diversas etiologias. Isso causa no paciente: dor torácica, equivalentes isquêmicos, dispneia e outros sintomas. De forma geral, o tratamento baseia-se na resolução do desequilíbrio oferta/demanda do miocárdio, sendo as formas mais empregadas: a angioplastia seguida de revascularização mecânica e a fibrinólise medicamentosa. O tratamento intervencionista apresenta risco de complicação mínimo, podendo ocorrer desde novo episódio anginoso até arritmias e distúrbios vasculares. Relataremos uma complicação de sítio de punção que cursou com repercussão sistêmica. Relato do caso: FGC, 84 anos, feminino, deu entrada em serviço de emergência em hospital terciário, no dia 04/06/19, apresentando dor torácica intermitente, com duração de dois dias, irradiando para o dorso, associado a sudorese e dispneia. Os exames laboratoriais iniciais: Troponina 1,74, Ur = 106, Cr = 2,63, K = 2,9 e CkMB -massa = 20,09, sugerindo como hipóteses diagnósticas: Infarto Agudo do Miocárdio e Doença Renal Crônica. Comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica e Anemia. Refere episódio de Trombose Venosa Profunda há 3 meses, e em uso de Marevan. Foi optado pelo tratamento conservador e o cateterismo postergado. Paciente evoluiu com melhora de parâmetros clínicos e normalização laboratorial. No quinto dia de internação, apresentou quadro de dor torácica típica, acompanhada de dispneia e náuseas. O eletrocardiograma evidenciou padrão de isquemia circunferencial, levantando a possibilidade de uma suboclusão de parede inferior. Foi realizado cateterismo de urgência, que evidenciou lesões: TCE 70%, DA 80% 1/3 proximal e médio, Dg 70% 1/3 proximal, Cx 100% 1/3 médio e 90% proximal, CD lesões múltiplas 1/3 proximal e médio 90%. Durante o procedimento, paciente apresentou sangramento importante em sítio de punção (veia femoral direita) que provocou hematoma importante, levando à instabilidade hemodinâmica e parada cardiorrespiratória em AESP, e retorno da circulação espontânea após 2 ciclos. Foi realizado transfusão de dois concentrados de hemácia e um de plasma, evoluindo com melhora dos parâmetros hemodinâmicos. O laudo da Cirurgia Vascular foi de conduta conservadora no que tange ao hematoma do local de punção. Atualmente, paciente se encontra internada por tratamento de infecção, a qual apresenta melhoras consideráveis em parâmetros clínico-laboratoriais. Conclusão: Percebe-se que complicações do sítio de punção podem ocorrer, apesar da baixa morbimortalidade da angioplastia. Deve-se, então, avaliar a necessidade de anticoagulação e antiagregação antes da definição do cateterismo, principalmente em pacientes sem necessidade de intervenção emergencial, frente a essa complicação incomum.
Palavras-chave: Infarto do Miocárdio, Angioplastia, Choque Hemorrágico.

EP-094 (ID: 1907) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:07:00 às 16:14:00 | TV06
Título: PRINCIPAIS ACHADOS ECOCARDIOGRAFICOS EM PACIENTES COM MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO I

Autores: Sérgio Rubens Lacerda Morais (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Josevaldo Monteiro Maia Filho (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Francisco Andre Gomes Bastos Filho (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Ana Carolina Souza Silva (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Joyce Maria Malheiro Rodrigues (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Gabryel Castro Maia (Centro Universitário Christus, FORTALEZA, CE, Brasil), Henrique Campos (Hospital Infantil Albert Sabin, FORTALEZA, CE, Brasil), Augusto Cesar Cardoso-dos-Santos (Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil), Erlane Marques Ribeiro (Hospital Infantil Albert Sabin, FORTALEZA, CE, Brasil)

Resumo estruturado: Introdução: A mucopolissacaridose tipo I(MPS I) é uma doença rara de armazenamento lisossomal autossômica recessiva, causada por uma deficiência na enzima alfa-L-iduronidase, que está envolvida na quebra dos glicosaminoglicanos. Como os GAGs são parte integrante da válvula cardíaca e vascular de corações normais, os distúrbios da MPS proporcionam doença cardiovascular grave em indivíduos com MPS (especialmente MPS I, II e VI) com prevalência notavelmente alta, ocorrendo de 60-100%

dos pacientes. O objetivo deste trabalho foi descrever as alterações ecocardiográficas presentes em pacientes diagnosticados com MPS I nascidos no período de 1996 a 2019, atendidos em um hospital público infantil de referência em Fortaleza-CE. Resultados/discussão: Foram avaliados os prontuários de 09 crianças(6 homens) entre 6 e 1 ano(s) de vida, atendidas no ambulatório de Genética Médica de um hospital público terciário do estado do Ceará, diagnosticadas clinicamente com MPS I. Seis(06) delas eram do sexo feminino e apenas uma(01) procedente de Fortaleza, enquanto as outras do interior do estado. Os achados ecocardiográficos mostraram alta prevalência de espessamento(03) ou degeneração(04) de mitral com insuficiência valvar, espessamento com insuficiência de valva aórtica(04), insuficiência de tricúspide(03) e hipertrofia de ventrículo esquerdo(03), além de casos com prolapso de mitral(01), forame oval patente(01) e grande aumento de átrio esquerdo(01). Tais achados estão de acordo com presentes em estudos como os de BOFFI e colaboradores(2018), além de guidelines como os produzidos por MUENZER et al.(2009), que já apontam o ecocardiograma para precoce avaliação dos acometimentos cardíacos, e principalmente valvares, importantes e de alta incidência em pacientes com MPS. Conclusão: Com este trabalho descrevemos forte relação entre MPS I e diversas doenças vasculovalvalres que reafirma a importante a avaliação de especialistas nas áreas de forma precoce e conjunta para melhor orientação e seguimento de cada caso especifico.
Palavras-chave: Ecocardiografia, Valvopatia, Cardiopatia.

EP-095 (ID: 1899) | Área: Clínico
Data: 23/08/2019 | Horário: 16:14:00 às 16:21:00 | TV06
Título: STATUS CONVULSIVO E RABDOMIOLISE APRESENTANDO-SE COM PADRAO ELETROCARDIOGRAFICO TIPO "BRUGADA PHENOCOPY" – UM DILEMA DIAGNOSTICO.

Autores: Vicente Alves Giffoni (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Raíssa Marianna Viana Diniz (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Ane Karoline Medina Néri (Hospital Universitário Dr. Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil), Mário Luiz Guerra de Castro (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Lúcia de Sousa Belém (Hospital Dr. carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Pedro Alberto Martins Freire Filho (Hospital Dr Carlos ALberto Studart, Fortaleza, CE, Brasil), Glaylton Silva Santos (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Juliana de Freitas Vasconcelos Sugette (Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil), Danielli Oliveira da Costa Lino (Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, Brasil)

Resumo estruturado: INTRODUÇÃO: I.S.S, 20 anos, feminino, com histórico de cefaleia crônica, sem outras comorbidades conhecidas, apresentou quadro de perda da consciência e abalos tonicoclônicos convulsivos, sendo conduzida à unidade de pronto-atendimento, ainda em status convulsivo, seguindo-se período pós-ictal prolongado, necessitando intubação orotraqueal. Relatos do parceiro de provável uso de 20 comprimidos de propranolol de 40mg em tentativa de suicídio. Realizado eletrocardiograma admissional, com supradesnivelamento segmento ST em V1-V2, com elevação do ponto J, com parte descendente em rampa, seguindo-se de onda T negativa compatível com padrão de "Brugada". Em outas derivações apresentou QRS alargado. Procedido uso de atropina, lavagem gástrica e uso de marcapasso transcutêneo. Realizado novo ECG três horas após, com remissão de padrão. Nesse momento, gasometria arterial evidenciou acidose metabólica com hipercalemia (K>8,0 mEq/L) transitória, revertida sem medidas. Encaminhada a hospital terciário, onde realizou neuroimagem negativa para acidente vascular encefálico. Exames laboratoriais evidenciaram elevação disfunção renal, acidose metabólica e elevação importante de CPK (347.000 U/L) sendo referenciada á Unidade Terciária em Neurologia, realizando avaliação clínica, eletroencefalograma, ressonância e angiorressonância magnética de crânio, com resultados normais, sendo descartadas etiologias neurológicas centrais para status convulsivo. DISCUSSÃO: Os padrões eletrocardiográficos "Brugada phenocopy" são condições clínicas reversíveis, caracterizadas em 2012, com relatos crescentes na literatura. Possuem o mesmo aspecto da Síndrome de Brugada (tipos I e II), mas diferem substancialmente em etiologia e prognóstico. No caso descrito o padrão do ECG pode possivelmente ter sido gerado por intoxicação por beta-bloqueador (que em altas doses podem bloquear os canais de sódio) e/ou aumento transitório de potássio pela rabdomiólise. Idealmente testes confirmatórios com Ajmalina ajudariam na conclusão diagnóstica (Fenocópia versus Brugada desmascarado), porém a droga não é disponível no país. CONCLUSÃO: O conhecimento dos casos de fenocópia de Brugada faz-se importante para auxiliar a entender os mecanismos de disfunção dos canais iônicos responsáveis pela Síndrome, evitando hiper ou subdiagnósticos de Síndrome de Brugada e condutas inadequadas.
Palavras-chave: Brugada, fenocópia, convulsão, rabdomiólise, beta-bloqueador.

Normas de Publicação

Normas para Publicação da Revista Cearense de Cardilogia
Editora: Dra. Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão
Rua Tomás Acioly, 840 – sala – Joaquim Távora / Fortaleza – Ceará
CEP: 60135- 180
e-mail: cardiologiacearense@gmail.com
Contato: (85) 3246-6990 | 3246-7709

A Revista Cearense de Cardiologia é a publicação oficial da nossa Sociedade Cearense de Cardiologia. Trata-se de uma publicação semestral, registrada segunda a norma técnica internacional da International Standards Organization ISO 3297. Os trabalhos enviados para publicação na Revista Cearense de Cardiologia devem versar sobre temas cardiovasculares, por meio artigos originais, artigos de revisão, pontos de vista, relatos de caso, comunicação breve, carta ao editor, imagens e artigo especial. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas serão revisadas pelo Editor e pelo corpo editorial. Só serão encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. A aceitação será feita com base na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

Normativas:

Todos os textos devem ser enviados em Word, com fonte Arial 12, espaçamento simples.

1.1. Artigo Original – Estão incluídos aqui estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, registros, bem como pesquisa básica com animais de experimentação ou modelos in vitro. Esses artigos são submetidos à publicação espontaneamente pelos autores. Os artigos originais devem conter, obrigatoriamente, as seguintes seções: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências Bibliográficas e Resumo. O texto não deve ultrapassar 5.000 palavras, incluindo Tabelas, Referências Bibliográficas, Resumo e Abstract. Os resumos não devem exceder 250 palavras, o número de referências bibliográficas não deve exceder 25, e o número máximo de caracteres do título não deve ser superior a 100, incluindo espaços. O número máximo de tabelas, imagens ou vídeos é oito. O número máximo de autores não deve exceder a dez.

1.2. Artigo de Revisão – Compõe-se de avaliações críticas e ordenadas da literatura de temas de importância clínica. Especialistas em assuntos de interesse relevante para os leitores são, em geral, convidados a escrever essas revisões. Devem apresentar, no máximo, 6.500 palavras, incluindo Referências Bibliográficas e Tabelas. As Referências Bibliográficas devem ser atuais, preferencialmente, publicadas nos últimos cinco anos, em número máximo de 50. O número de autores não deve exceder a quatro e deve apresentar no máximo oito imagens, tabelas ou vídeos.

1.3 Ponto de Vista – É a apresentação do resumo de um artigo relevante da especialidade. Especialistas são convidados ou se apresentam espontaneamente para posicionar sua opinião a respeito de um tema científico específico, com a posição adequadamente fundamentada na literatura ou em sua experiência pessoal, descrevendo seus pontos positivos e negativos, sua aplicabilidade clínica e relevância. Devem apresentar, no máximo, 1.500 palavras, dez referências bibliográficas e no máximo duas tabelas ou imagens. O número de autores não deve exceder a oito.

1.4 Relato de Caso – Descrição de casos envolvendo pacientes ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto deve ser composto por uma Introdução breve, que situe o leitor em relação à importância do caso, e apresentar os Objetivos da apresentação do (s) caso (s) em questão, Relato de Caso e Discussão, onde são abordados os aspectos relevantes e comparados com os

disponíveis na literatura. O número de palavras deve ser inferior a 1.500, incluindo-se as referências bibliográficas, com no máximo 10 referências, duas tabelas e não mais do que quatro ilustrações. O número máximo de autores não deve exceder a seis.

1.5 Comunicação Breve – Pequenas experiências que tenham caráter de originalidade, não ultrapassando 1.500 palavras e dez referências bibliográficas. O número de autores não deve exceder a oito.

1.6 Imagens – Publicação de imagens (estáticas e/ou vídeos) inusitadas ou referentes a inovações tecnológicas em medicina cardiovascular, incluindo ecocardiograma, ultrassom vascular, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou medicina nuclear, podendo ser associados à angiografia. Permite a publicação de novas técnicas de imagem. Publicação sucinta, limitada a 100 palavras, não permitindo discussão por parte dos autores ou referências bibliográficas. O número máximo de autores não deve exceder cinco e o máximo de imagens e vídeos é dois.

1.7 Artigo Especial – Artigos não classificáveis nas categorias anteriormente descritas, mas considerados relevantes, na especialidade, pelo Conselho Editorial. Admite critérios próprios, não havendo limite de extensão ou restrições quanto ao número de referências consultadas.

Anotações

SBC
1943
SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
CARDIOLOGIA
CEARÁ

Associe-se!

Rua Tomás Acioly, 840 – Sala 703 – Joaquim Távora
Fortaleza – Ceará – CEP: 60135- 180
e-mail: cardiologiacearense@gmail.com

25º CONGRESSO CEARENSE DE CARDIOLOGIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA CEARÁ

Rua Tomás Acioly, 840 – sala 703
Joaquim Távora / Fortaleza
Ceará – CEP: 60135- 180
e-mail: cardiologiacearense@gmail.com

Realização

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA CEARÁ

Patrocínio Ouro:

Instituto de Medicina Nuclear CINTILOGRAFIA

cintipraxis medicina nuclear imagem molecular

Patrocínio Prata:

Omnimagem diagnóstico para uma vida saudável

NE CORDIS

Apoio:

Unimed Fortaleza

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SBC 1943

JUST FOR DOCTORS

SÃO CARLOS MEDICINA NUCLEAR

HOSPITAL OTOclínica Tradição em cuidar bem

SALUTE MEDICINA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Sicredi

markcontábil Sua satisfação é o que conta.

LabPasteur Medicina Diagnóstica

CLÍNICA MEDICAR

Apoio Institucional:

Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

Governo do Estado do Ceará Secretaria da Saúde

Organização:

ARX eventos