# Revista Cearense de Cardología Sociedade Brasileira de Cardiología SSN 1678-04x / Volume 14-nº 1 / Junho 2013

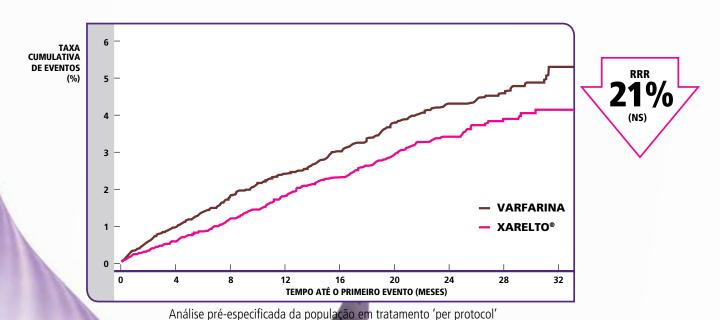






# Proteção anticoagulante aliada à comodidade posológica<sup>3</sup>

Xarelto<sup>®</sup> demonstrou eficácia similar à da varfarina. Proteção contra AVC e ES<sup>2</sup>.



Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL<sup>1</sup>



Proteção Simples para Mais Pacientes<sup>2</sup>

XARELTO®: RIVAROXABANA 10 MG/15 MG / 20 MG . REG. MS 1.7056.0048.

INDICAÇÃO: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) NÃO-VALVULAR
COM UM OU MAIS FATORES DE RISCO, TAIS COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, HIPERTENISÃO, > 75 ANOS DE IDADE, DIABETES MELUTUS, AVC ANTERIOR OU
ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO. TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO ET VP RECORRENTE E EMBOLIA PULMONAR (PP) AGÚDA
EM ADULTOS. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA
ASSOCIADA COM COAGULOPATIA E RISCO DE SANGRAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE: GRAVIDEZ E LACTROÃO. ADVERTÊNCIAS E PRECAUCÕES: NÃO RECOMENDADO EM PACIENTES RECEBERDO

TRATAMENTO SISTÉMICO CONCOMITANTE COM CETOCOZOL, RITONAVIR, DRONEDARONA; EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA <15 ML/MIN.); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PROTÉTICAS. USO COM CAUTELA: EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA 15 - 29 ML/MIN.) OU COM COMPROMETIMENTO RENAL TRATA-DOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASIA OU COM POTENTES INDIDORES DA CYPSA4; EM PACIENTES SEM PACIENTES TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASIA OU COM POTENTES INDIDORES DA CYPSA4; EM PACIENTES SOM RISCO ELEVADO DE SAR CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XAPREITO CONTÉM LACTOSE, EFEITOS INDESEJÁVEIS: ANEMIA, TONTURA, CEFALEIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, PISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTRINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁLISEA, CONSTIPAÇÃO, DIARREIA, VÓMITO, PRUHIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVAÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. POSOLOGIA: PARA PREVENÇÃO DE AVC EM FA, A DOSE RECOMENDADA É DE 20 MG UMA VEZ AO DIA, PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50 – 30 ML/MIN) DEVEM INGERIR UM COMPRIMIDO DE 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA TRATAMENTO DO TEV-A DOSE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO. E, PRAP A PREVENÇÃO DE RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO INICAL DA TVP AGUDA É DE 15 MG DE XARELTO® DO TRATAMENTO. PREVENÇÃO DE TEVA PE DE PECENCRO POR RETITOR BORDADA (CLCR < 50 – 30 ML/MIN) DEVEM INGERIOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEVA PÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATO) E JOELHO(ATI): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PA

REFERÊNCIA: 1. PERZBORN E, ROEHRIG S, STRAUB A ET AL. THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF RIVAROXABAN, AN ORAL, DIRECT FACTOR XA INHIBITOR. NAT REV DRUG DISCOV 2011;10:61–75. 2. PATEL MR ET AL. RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION. N ENGL J MED. 2011;365:883-891. 3. PATEL MR, MAHAFFEY KW ET AL. RIVAROXABAN VERSUS WARFARIN IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION. N ENGL J MED. 2011 SEP 8;365(10):883-91.

CONTRA-INDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA.

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV.

www.xarelto.bayer.com.br

L.BR.GM.2012-03-06.0729





# Revista Cearense de Cardologia SSN 1678-04x / Volume 14- rº 1 / Junho 2013



II CONGRESSO SUL-CEARENSE DE CARDIOLOGIA 13 a 15 JUNHO 2013 Juazeiro do Norte/CE

II CONGRESSO SUL-CEARENSE DE CARDIOMETABOLOGIA









Uma publicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia / ISSN 1678-04x / Volume 14 - nº 1 / Junho 2013

# **Editor**

Carlos Bellini Gondim Gomes

# Sociedade Brasileira de Cardiologia / Ceará

Diretoria Biênio 2012/2013

Presidente - Eduardo Arrais Rocha

Vice-presidente - Ana Lúcia Sá Leitão Ramos

Diretor Administrativo - Fernando Pinheiro Ramos

**Diretor Científico** - Carlos Roberto Martins Rodrigues

**Diretor FUNCOR** - Sandro Salgueiro Rodrigues

**Diretor Financeiro** - Roberto Lima Farias

Diretor de Comunicação - Carlos Bellini Gondim Gomes

Diretor de Qualidade Assistencial - José Ronaldo Mont'Alverne Filho

# **Conselho Fiscal**

Titulares:

João Luís de Alencar Araripe Falcão | Lúcia de Sousa Belém | José Sebastião de Abreu

# **Suplentes:**

Francisco Deoclécio Pinheiro | José Gerardo Mont'Alverne Parente | Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio

# **Delegados Titulares:**

Cezário Antônio Martins Gomes | Antônio Petrola Júnior

# **Delegados Suplentes:**

Marcos Antônio Freitas da Frota | Stela Maria Vitorino Sampaio

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Ceará

Rua Tomaz Acioly, 840 – sala 703 Fortaleza – Ceará – CEP: 60.135 – 180

Fone: 85 3246.6990

E-mail: cardiologiacearense@baydenet.com.br

Periodicidade: Anual

yh

# **NORMAS DE PUBLICAÇÃO**



Os manuscritos para publicação deverão ser encaminhados ao Conselho Editorial da revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Ceará e obedecer às instruções do International Commitee of Medical Journal Editors – N Engl J Med 1997; 336:309-315, como se segue:

- 1- Duas vias digitadas, com páginas numeradas em algarismo arábico. A página do rosto é o número 1, a do resumo a 2, e assim por diante. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows (inclusive tabelas), na fonte Arial, corpo 12, espaço duplo, respeitando a formatação da página A4 ou Letter, gravados em cd que deverá ser encaminhado junto com a carta de apresentação e duas cópias impressas com respectivas ilustrações (Figuras, Gráficos e Fotografias). O cd deverá ser identificado com etiqueta, contendo nome do trabalho, nome do autor e nome do arquivo com no máximo 08 caracteres.
- 2- Redação em português, de acordo com a ortografia vigente.
- 3- Carta anexa contendo: a) nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor que ficará responsável pela correspondência; b) "Consentimento por escrito" no caso de pacientes submetidos a investigações experimentais; Categoria de seção à qual o manuscrito será incluído (Caso Clínico, Comunicações Breves, Opinião Especial, Aspectos Históricos da Medicina e Cardiologia); d) Declaração, assinada pelo autor, responsabilizando-se pelo Trabalho, em seu nome e dos co-autores.
- 4- As contribuições espontaneamente encaminhadas à revista deverão enquadrar-se em uma das seguintes seções: Caso Clínico, Comunicações Breves, Opinião Especial, Aspectos Históricos da Medicina e da Cardiologia.
- 5- Os artigos originais deverão submeter-se aos requisitos recomendados para publicação em revista Biomédica títulos em português e inglês, nomes completos de autores, três "key words" (palavras-chaves), nome da instituição onde foi elaborado, resumo com limite de 250 palavras, "Abstract" (versão em inglês do resumo, em página separada), referências bibliográficas e etc.

Os artigos aceitos para a publicação poderão sofrer nova revisão editorial para maior concisão, clareza e compreensão, sem interferências nos significado e conteúdo dos textos. Os originais e CDs somente serão devolvidos por solicitação antecipada do autor principal.

Todos os trabalhos, artigos de atualização e matérias publicadas pela Revista Cearense de Cardiologia são de responsabilidade exclusiva de seus autores, assim como os conceitos neles emitidos.

A Revista Cearense de Cardiologia é abreviada para a Rev.SCC como indicador bibliográfico.

Todos os originais devem ser enviados à Revista Cearense de Cardiologia, uma publicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia - CE, Rua Tomas Acioly, 840- sala 703, Fortaleza-CE. CEP: 60135-180. E-mail: cardiologiacearense@baydenet.com.br

# **EDITORIAL**



Emoção e satisfação. São essas as melhores palavras para descrever a nossa empolgação em estar vivenciando a realização do II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e Cardiometabologia nos dias 13 a 15 de Junho, em Juazeiro do Norte. Fruto do empenho de vários cardiologistas locais, em especial dos colegas Ângelo Roncalli (Presidente da Regional Sul Cearense de Cardiologia) e Adão Justo (Presidente do Congresso), o evento fará jus à prosperidade da Região do Cariri e do brilhantismo do seu povo e da Cardiologia local.

Com uma programação vasta e direcionada para clínicos, especialistas, acadêmicos e profissionais de outras áreas da saúde, vários temas serão abordados. Palestrantes regionais e nacionais debaterão em várias mesas e conferências a doença arterial coronária e a insuficiência cardíaca, com ênfase nos métodos diagnósticos e no papel das novas terapias; as arritmias, com destaque especial para a fibrilação atrial e a sua abordagem clínica e eletrofisiológica. Vários temas livres serão apresentados e publicados nesta edição, e contarão com premiação.

De grande relevância para generalistas e especialistas será o evento de Cardiometabologia. Cientes da epidemia de obesidade e diabetes, e da sua importância na gênese das doenças cardiovasculares, colegas locais e convidados abordarão desde assuntos básicos, como o tratamento atual do diabetes e da hipertensão arterial, até temas mais complexos, como a cirurgia bariátrica na obesidade e diabetes, as tireoidopatias e as peculiaridades das doenças cardíacas e endocrinológicas na mulher.

Momentos como esses de confraternização e troca de experiências serão de grande valia para o enriquecimento científico e cultural dos profissionais da Região do Cariri, trazendo enormes benefícios para a prática médica local. Além disso, possibilitarão uma maior integração entre os colegas da região e da capital, reforçando esse elo de amizade e troca de conhecimentos. Aliás, em breve artigo, é relatada a história do maior hospital de cardiologia da região, o Hospital do Coração do Cariri.

Em brilhante artigo de revisão, Costa e colaboradores decifram os enigmas das arritmias e distúrbios de condução nas doenças reumatológicas auto-imunes. O acometimento cardíaco no envenenamento por escorpião também é relatado e bem descrito, com suas principais repercussões cardio-pulmonares.

Boa leitura e bom Congresso a todos!

Carlos Bellini G. Gomes Editor / Diretor de Comunicação da SBC-CE



# **ARTIGOS**

ARRITMIAS CARDÍACAS SECUNDÁRIAS ÀS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS AUTO-IMUNES	09
ANTICOAGULAÇÃO E FA: DEZ DICAS PRÁTICAS E ATUAIS	. 12
DISSECÇÃO DE AORTA EM ADULTO JOVEM USUÁRIO DE DROGAS E PORTADOR DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	. 13
LESÃO MIOCÁRDICA POR PICADA DE ESCORPIÃO	17
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI E SUA HISTÓRIA	20
MENSAGENS EDUARDO ARRAIS ROCHAANGELO RONCALLI RAMALHO SAMPAIOADÃO HENRIQUE RIBEIRO JUSTO	22
COMISSÕES	24
PALESTRANTES	25
INFORMAÇÕES GERAIS	26
RELAÇÃO DE EXPOSITORES	29
AGRADECIMENTOS ESPECIAIS	29
PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA	30
RELAÇÃO DE TEMAS LIVRES	
RELAÇÃO DE PÔSTERES ELETRÔNICOS	



# ARRITMIAS CARDÍACAS SECUNDÁRIAS ÀS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS AUTO-IMUNES

Autores: Danielli Oliveira da Costa Lino<sup>1</sup>, Ane Karoline Medina Neri<sup>1</sup> Rafael Macedo<sup>2</sup>, Ieda Prata Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica cardiologista do Hospital do Coração de Messejana

# Introdução

As doenças reumatológicas auto-imunes sistêmicas são condições clínicas que envolvem vários órgãos, dentre eles o sistema cardiovas cular<sup>1</sup>. Além de estruturas como o miocárdio, pericárdio e válvulas, o sistema de condução poderá ser afetado de modo significativo e implicará em pior morbi-mortalidade na apresentação clínica destes pacientes.<sup>2</sup> Desta forma é de suma importância que cardiologistas e arritmologistas, suspeitem de possíveis etiologias auto-imunes em pacientes que apresentam arritmias e, para que possam então, tomar condutas terapêuticas específicas.

Inúmeras doenças reumáticas impõem um risco aumentado para o desenvolvimento de comorbidades cardiovasculares, seja através do seu impacto na progressão da aterosclerose, seja através de trombose coronariana, vasculite, inflamação e fibrose do miocárdio<sup>2</sup>.

O envolvimento cardíaco nas doenças do tecido conjuntivo pode se apresentar como arritmias e defeitos de condução independente da presença de cardiopatia estrutural prévia. Arritmias frequentemente aparecem durante o curso da doença, embora possam apresentarse como a primeira manifestação. O mecanismo arritmogênico nem sempre é claro, mas é normalmente relacionado a inflamação e fibrose no interior do sistema de condução ou ao uso das drogas modificadoras da evolução da doença de base<sup>3</sup>.

Os distúrbios de condução atrioventricular em pacientes portadores de auto-imunidade podem ser causados pela própria atividade da doença ou por medicações. Os possíveis mecanismos relatados são: 1) infiltração primária do sistema de condução por mononucleares ou granulomas reumatóides <sup>3,4</sup>; 2) vasculite da artéria que irriga o tecido conductivo<sup>5</sup>; 3) hemorragia de um nódulo reumatóide ou extensão de uma lesão inflamatória das valvas aórtica ou mitral; 4) deposição amilóide<sup>6</sup>; 5) ou mesmo pela presença auto-anticorpos<sup>7</sup>.

# Artrite Reumatóide (AR)

A artrite reumatóide é a forma mais comum de poliartrite crônica inflamatória. Os bloqueios atrioventriculares (BAV) geralmente são raros,

com ocorrência em particular de BAV de 3º. grau e não respondem a terapia imunossupressora ou antiinflamatória, podendo até ser consequência do uso de substâncias utilizadas no tratamento da AR, tal como a cloroquina8. Os pacientes com nódulos subcutâneos e do sexo feminino são os mais acometidos. Vasculites nas artérias que irrigam o sistema de condução, hemorragias em nódulos reumatóides, extensão da infiltração nas válvulas aórtica e mitral e depósitos amilóides são possíveis mecanismos associados<sup>2</sup>. Há associação entre a presença de anticorpos e bloqueio na condução do ramo direito (descrito em até 35% dos pacientes com AR segundo Villecco et al.). Ahren et al. descrevem BAV total congênito em 0.1% dos pacientes com AR.<sup>7,8</sup>

Alterações no sistema autonômico podem ser detectados na AR através da redução da variabilidade de frequência cardíaca e determina maior risco de morte súbita e infarto do miocárdio e relaciona-se a atividade da doença. Estudos sugerem também maior prevalência de batimentos ventriculares prematuros e aumento da dispersão do QT nestes pacientes. Pacientes com AR apresentam-se com maior incidência de morte súbita que a população geral e isto se deve a maior progressão da aterosclerose nestes pacientes, com ocorrência de arritmias ventriculares e eventos isquêmicos.

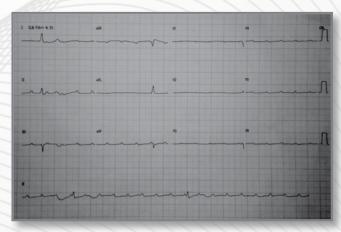


Figura 1. ECG de admissão – bloqueio atrio-ventricular total com escape ventricular extremamente lento em paciente portadora de artrite reumatóide e uso de cloroquina com quadro de sincope de repetição.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Residente de cardiologia do Hospital do Coração de Messejana

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup>Chefe do setor de arritmia e eletrofisiologia do Hospital do Coração de Messejana



# Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O LES é uma doença auto-imune sistêmica, com acometimento de múltiplos órgãos, sendo os distúrbios do ritmo pouco frequentes (10% dos pacientes). Os distúrbios de condução AV acometem 5% dos pacientes lúpicos, com bloqueios avançados extremamente raros. Podem ocorrer secundários a miopericardite ou vasculites/isquemia. Bradicardia sinusal pode estar relacionada ao anticorpo antiRo/SSA. 10

As taquiarritmias são pouco frequentes, principalmente as ventriculares. Taquicardia sinusal está presente em até 50% dos pacientes e reflete atividade da doença, presença de anticorpos (anti-DNA), febre, congestão, depleção volêmica, dentre outras causas. Outras taquiarritmias tais como taquicardia supraventricular, fibrilação atrial e batimentos atriais ectópicos também podem ocorrer (melhora com terapia imunossupressora). Observa-se que tais pacientes possuem maior intervalo QT (uso da hidroxicloroguina, anticorpo antiRo/SSA), além de anormalidades na variabilidade da FC. Arritmias ventriculares também podem estar relacionadas ao uso da cloroquina.

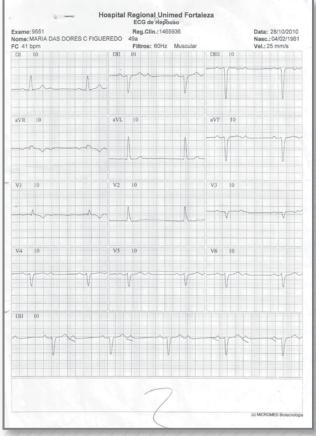


Figura 2. ECG de paciente portadora de LES e episódios de sincope convulsiva – bloqueio atrio-ventricular 2:1.

# Demais Patologias

Na esclerodermia, anormalidades no ECG são encontradas em 25-75% dos pacientes, sendo um preditor independente de mortalidade. As anormalidades mais comuns são BRE (16%) e BAV 1º. Grau (8%). Bloqueio de ramo direito (3-6%) e BAV 2°. E 3°. Graus são mais raros (<2%). Fibrilação atrial, flutter ou TSV paroxísticas ocorrem em 20-30% dos pacientes. Taquicardias ventriculares não sustentadas ocorrem em 7-13%, sendo a fibrose miocárdica principal substrato para as arritmias ventriculares. Batimentos ventriculares prematuros são preditores de morte súbita nestes pacientes. Outros fatores de risco relacionados à morte súbita, tais como pós-potenciais tardios, variabilidade da FC e aumento do QT ainda estão sobre investigação.

Na Polimiosite/Dermatopolimiosite, o acometimento cardíaco é a 3ª. maior causa de morte. Anormalidades no ECG ocorrem em 32% dos pacientes (HBAE - 13%, BRD - 9%). Tais alterações não denotam atividade da doença. BAV e acometimento do nó sinusal são menos frequentes, sendo a miosite e fibrose os achados mais comuns nas autópsias dos pacientes que possuíam distúrbios de condução no ECG. Taquiarritmias e QT prolongado são incomuns, com melhoras eletrocardiográficas após terapia imunossupressora.

Na doença mista do tecido conjuntivo, 50% apresentam anormalidades no ritmo. Os BAVT's são descritos e secundários a fibrose (de caráter definitivo) ou a miocardite (neste caso podendo ser reversível com terapia com metilprednisolona).

Na Síndrome de Sjogren (SS) o envolvimento cardíaco é incomum. Os anticorpos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB podem acometer nó AV em adultos, com relatos de BAV 1º grau (associado ao anticorpo anti-La/SSA) e BAVT´s. A presença de QT prolongado sugere a associação de SS e AR.



Figura 3. ECG de paciente portadora de dermatopolimiosite e episódios de síncope— bloqueio AV avançado intermitente.



Medicações

O difosfato de cloroquina é um antimalárico amplamente utilizado em ambulatórios de reumatologia. Os principais efeitos colaterais dessa droga são amplamente conhecidos e vigiados, variando desde casos simples de náuseas e intolerância gastrointestinal até graves quadros de retinopatia e neuropatia periférica<sup>11</sup>. Seus raros para-efeitos cardíacos normalmente passam despercebidos e são subestimados, não havendo até hoje recomendações bem estabelecidas de vigilância clínica<sup>12</sup>.

A cloroquina, assim como a clorpromazina e a amiodarona, inibe a ação da fosfolipase e induz a formação de corpos de inclusão citoplasmática, acumulando-se nos lisossomos e levando à perturbação do metabolismo oxidativo mitocondrial<sup>13</sup>. Esse acúmulo da droga, da mesma maneira que com a hidroxicloroquina, pode levar a distúrbios de condução<sup>8</sup>, hipertrofia miocárdica e miocardiopatia restritiva<sup>12</sup>.

Tais complicações apresentam maior incidência em pacientes com doses acumuladas de difosfato de cloroquina entre 270 e 9125g e de hidroxicloroquina entre 290 e 1697g<sup>12</sup>. O diagnóstico definitivo é determinado pela biópsia endomiocárdica, que revela, à microscopia eletrônica, hipertrofia de miócitos, repletos de vacúolos com material denso e lamelar<sup>14</sup>. O diagnóstico indireto, entretanto, pode ser presumido na ausência de patologias subjacentes que justifiquem o acometimento cardíaco<sup>11</sup>.

# **CONCLUSÃO**

O acometimento cardíaco, em especial os distúrbios de condução atrioventricular, pacientes portadores de doenças reumatológicas auto-imunes são raros, porém graves. A evolução e a associação de drogas modificadores da história da doença representam ainda risco adicional, justificando a vigilância e o alto grau de suspeição de patologias cardíacas nesse grupo de pacientes. Desta forma, sugerimos o acompanhamento periódico com história clínica direcionada (pesquisa de tontura, palpitações ou síncope), eletrocardiograma e holter de 24h nestes Caso apresentem algum sintoma, pacientes. deve-se imediatamente iniciar investigação e se não houver elucidação diagnóstica por métodos não-invasivos, sugere-se a utilização de estudo eletrofisiológico ou implante de monitor de eventos (looper) implantável.

# **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Owlia, M.B; Manshadi, S.M.Y.M.P.; Naderi, N. Cardiac Manifetations of Reumatological Conditions: A Narrative Review. ISRN Rheomatoloy, vol. 2012.
- 2. Alon Eisen, Yoav Arnson, Zamir Dovrish, et al. [Arrhythmias and Conduction Defects in Rheumatological Diseases—A Comprehensive Review]. Semin Arthritis Rheum 2009; 39:145-156.
- 3. Seferovic PM, Ristic AD, Maksimovic R, et al. Cardiac arrhythmias and conduction disturbances in autoimmune rheumatic diseases. Rheumatology (Oxford) 2006;45 Suppl 4:iv39-42.
- 4. Moyssakis I, Lionakis N, Vlahodimitris I, Votteas V. Complete heart block and severe aortic stenosis in a patient with rheumatoid arthtritis: a case report. Cases J 2009:2:126
- 5. Ahern M, Lever JV, Cosh J. Complete heart block in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1983;42:389-97.
- 6. Maksimovic R, Seferovic PM, Ristic AD, et al. Cardiac imaging in rheumatic diseases. Rheumatology (Oxford) 2006;45 Suppl 4:iv26-31.
- 7. Villecco AS, de Liberali E, Bianchi FB, Pisi E. Antibodies to cardiac conducting tissue and abnormalities of cardiac conduction in rheumatoid arthritis. Clin Exp Immunol 1983;53:536-40.
- 8. Teixeira RA, Martinelli Filho M, Benvenuti LA, Costa R, Pedrosa AA, Nishioka SA. Cardiac damage from chronic use of chloroquine: a case report and review of the literature. Arg Bras Cardiol 2002;79:85-8.
- 9. Lazzerini et a. Connective tissue disease and cardiac rhythm disorders:na overview. Autoimmunity reviews 5 (2006), 306-313.
- 10. Lazzerini et al. Arrhyhtmogenic effects anti Ro/SSa antibodies on the adult heart: More than expected? Autoimmunity reviews 9 (2009), 40-44.
- 11. Ben Hamda K, Betbout F, Maatouk F, et al. [Rheumatoid nodule and complete heart block: diagnosis by transesophageal echocardiography]. Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2004;53:101-4.
- 12. Saussine A, Loriot MA, Picard C, et al. [Chloroquine cardiotoxicity in long-term lupus therapy in two patients]. Ann Dermatol Venereol 2009;136:530-5.
- 13. Ratliff NB, Estes ML, Myles JL, Shirey EK, McMahon JT. Diagnosis of chloroquine cardiomyopathy by endomyocardial biopsy. N Engl J Med 1987;316:191.
- 14. Baguet JP, Tremel F, Fabre M. Chloroquine cardiomyopathy with conduction disorders. Heart 1999;81:221-3.



# ANTICOAGULAÇÃO E FA: DEZ DICAS PRÁTICAS E ATUAIS

Dr. Almino Rocha

A indicação da anticoagulação sistêmica tem constituído, historicamente, pedra angular no manejo de elevado número de pacientes portadores de fibrilação atrial. Nos últimos anos, grandes avanços têm contribuído para optimizar a estratégia clínica no manejo destes pacientes, a saber: a padronização dos escores de CHADS2, CHA2DS2VASc e HAS-BLED, assim como a disponibilidade dos novos anticoagulantes orais dabigatrana (inibidor da trombina) e rivaroxabana (inibidor do fator X ativado). Mais recentemente, as novas Diretrizes da Sociedade Européia de Cardiologia vieram consolidar tais avanços e dirimir dúvidas ainda persistentes (Eur Heart J. 2012; 33(21):2719-47).

No contexto desta atualização clínica, seguem aqui algumas breves conclusões sobre as quais se firmou consenso a respeito da anticoagulação na FA

- 1. Os escores CHADS foram concebidos somente para pacientes com FA e não devem ser usados naqueles pacientes sem documentação clara desta arritmia. Da mesma forma, não são eficientes naqueles com FA valvar (reumática ou prótese) que já são, automaticamente, estratificados como de alto risco (especialmente se acometimento mitral).
- 2. O escore CHADS2 é útil para separar " de cara" os pacientes de alto risco (índice ≥ 2), enquanto o seu sucedâneo CHA2DS2VASc aplicase para desmascarar realmente aqueles de baixo risco (índice=0). Estes últimos não precisam ser anticoagulados.
- 3. Segundo o escore CHA2DS2VASc, a indicação de anticoagulação oral é Classe I naqueles com risco elevado ( pontuação a partir de 2) e Classe IIA naqueles com risco moderado (pontuação = 1). Falando de outra forma: a antiagregação com AAS não é exatamente uma opção segura nos casos com risco intermediário!
- 4. Exceção importante são mulheres com escore de CHA2DS2VASc =1, devido apenas ao sexo feminino (isto é, idade < 65 anos e FA isolada): estas devem ser consideradas de baixo risco tromboembólico e não devem receber terapia antitrombótica.

- 5. O escore HAS-BLED ≥ 3 identifica aqueles com maior risco de sangramento, mas não deve ser empregado para indicar ou contra-indicar anticoagulação; em outras palavras: são úteis para "dosar" seu grau de vigilância!
- 6. Os novos anticoagulantes orais só foram testados para FA não-valvar. Isto constrói a seguintes equação: FA reumática ou prótese mitral= cumarínico;
- 7. Uma vez indicada a anticoagulação, a verdade é que os novos anticoagulantes orais devam ser preferidos à warfarina. Noves fora a praticidade, a eficácia é a mesma, mas a segurança é maior, e isto faz diferença!
- 8. Nenhum dos novos anticoagulantes orais deve ser usado quando o Clearance de Creatinina < 30 ml/min.
- 9. Adabigatrana, por apresentar maior eliminação renal, deve ser usada com maior cautela e em menores doses (110 mg 2 x dia) nos pacientes com clearance de creatinina entre 30 e 50 ml/min e possivelmente também naqueles com história de dispepsia. Contudo, foi a única testada no contexto da cardioversão elétrica (terapia plena três semanas antes e quatro semanas após a cardioversão).
- 10. Lembre-se que a ablação pode CONTROLAR a FA mas não CURAR o CHADS! Isto é: pacientes que necessitam de anticoagulação antes da ablação, certamente precisarão dela após.

# DISSECÇÃO DE AORTA EM ADULTO JOVEM USUÁRIO DE DROGAS E PORTADOR DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Autores: Acrisio Sales Valente\*, Laena Leal\*\*, Marília Reis\*\*, Fernando Antônio de Mesquita\*\*\*, Aloísio Gondim\*\*\*, Patrícia Lopes\*\*\*\*, Marcos Gadelha\*\*\*\*

- \* Cirurgião Cardiovascular do Hospital São Mateus, Doutor em Cirurgia Cardiovascular
- \*\* Acadêmica de Medicina da Faculdade Unichristus-Ce
- \*\*\* Cirurgião Cardiovascular do Hospital São Mateus
- \*\*\*\* Cardiologista do Hospital São Mateus

# INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença auto-imune, mais comum em mulheres, associada à presença de auto-anticorpos e comprometimento de múltiplos órgãos. O uso de antibióticos, corticóides, imunossupressores e, ainda o maior domínio das técnicas de diálise, tem resultado em uma importante redução na mortalidade desta doença o que, no entanto, tem aumentado a prevalência de complicações relacionadas à sua evolução tardia, como as manifestações cardiovasculares. O aneurisma e dissecção de aorta são complicações raras no LES, tendo como etiologia as vasculites, necrose cística da média (NCM) e aterosclerose precoce devido ao uso prolongado de corticóides. A abordagem cirúrgica, nestes casos, oferece maior sobrevida mas cursa com maior mortalidade e morbidade favorecidas pela doença sistêmica. Apresentamos um caso incomum de LES em homem jovem, usuário de drogas e portador de dissecção de aorta, discutindo sua terapêutica e evolução.

**RELATO DO CASO** 

Paciente RFCJ, sexo masculino, 29 anos, 65kg, portador de lúpus eritematoso sistêmico (LES), usuário de drogas ilícitas. Era acompanhado irregularmente por reumatologista e também por cardiologista devido à insuficiência aórtica inicialmente leve e, posteriormente, moderada. Fazia uso irregular de metilprednisolona.

O paciente internou no Hospital São Mateus-CE em março de 2011 com quadro de dor torácica e dispneia. Havia feito uso recente de drogas ilícitas. Realizou radiografia de tórax que evidenciava alargamento de mediastino e infiltrados pulmonares bilaterais.

O eletrocardiograma apresentava taquicardia sinusal sem indícios isquêmicos. O hemograma apresentava leucocitose e o paciente apresentou, na admissão, 01 pico febril (38,5 graus Celsius). Foi encaminhado à unidade de tratamento intensivo (UTI). Apresentava-se ansioso, taquicárdico com 140 batimentos por minuto, e hipertenso (160x110mmHg). Após administração de nitroprussiato de sódio, ansiolítico e metoprolol,

o paciente normalizou quadro hemodinâmico e não apresentou mais dor torácica. Realizou angiotomografia de tórax que evidenciou infiltrados pulmonares bilaterais e dissecção de aorta, tipo A de Stanford, extendendo-se até próximo à emergência do tronco braquiocefálico (TBC) (Figura 1). A estabilização do paciente e o quadro pulmonar aparentemente infeccioso preocupou a equipe médica quanto à relação custo-benefício da cirurgia imediata. Optou-se por iniciar antibioticoterapia e acompanhamento rigoroso na expectativa de alguma melhora do padrão radiológico e clínico pulmonar para encaminhamento à cirurgia. O paciente mantevese estável por 48 horas, sem novos picos febris, normalizou o hemograma mas manteve padrão radiológico. Considerava-se, neste momento, um componente congestivo predominante ao infeccioso como responsável por este padrão de imagem. No terceiro dia de internação, o paciente apresentou novamente quadro de dor o que motivou a cirurgia imediata.

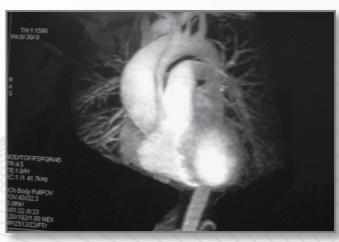


Figura 1

# Técnica cirúrgica

O paciente foi submetido à anestesia geral e monitorizado para cirurgia com pressão arterial invasiva com dispositivo de monitorização de débito cardíaco (FlotracR), acesso venoso central com dispositivo para monitorização de saturação venosa (PresepR), eletrocardiografia contínua, saturação de oxigênio, capnografia, sondagem -W-

vesical e termômetro nasofaríngeo e retal.

A região inguinal foi deixada exposta bilateralmente caso houvesse necessidade de acesso aos vasos femorais. Foi realizada esternotomia longitudinal. Procedemos abertura do pericárdio após percebido que não havia sangue em seu interior.

Foi realizada dissecção do tronco braquiocefálico e, após heparinização, neste foi suturado enxerto tubular de politetrafluoretileno (PTFE) número 8.0 no qual foi conectada linha arterial. Uma cânula venosa de duplo estágio em "L" foi posicionada na veia cava inferior com dois orifícios dispostos no átrio direito (confeccionada com a própria cânula convencional do KIT de cânulas para circulação extracorpórea (CEC). Desta forma, não manuseamos cava superior e aurícula direita que estavam aderidas à aorta dilatada.

Iniciamos a CEC a 25oC. Com o coração bem drenado, clampeamos a aorta próximo ao TBC em segmento de aorta de 2cm que parecia saudável, abrimos aorta e administramos solução cardioplégica cristalóide à base de Histidina-Triptofano-Cetoglutarato nos óstios coronarianos. A aorta era muito delgada e observamos o início da dissecção no seio de Valsalva coronariano esquerdo com início de extensão para o óstio coronariano esquerdo. A valva era muito frágil, redundante e com depósitos de gordura.

Ressecamos toda a raiz da aorta assim como a valva. Retiramos ambos os óstios coronarianos como "botões". O óstio esquerdo apresentava-se dissecado sendo necessário plástica com pericárdio autólogo refazendo sua porção proximal.

Implantamos tubo de dacron com prótese mecânica número 25 (St. JudeR) e reimplantamos os óstios coronarianos.

Para avaliação do arco, reduzimos o fluxo arterial para 1/3 e clampeamos o TBC abaixo do tubo de PTFE. Objetivamos manter uma pressão arterial em torno de 50mmHg. Liberamos, então, o clampe da aorta sendo possível adequada avaliação do arco aórtico com pouco refluxo de sangue que era aspirado. O arco apresentava aspecto normal, a dissecção terminava junto ao TBC sem comprometimento deste. Havia segmento de cerca de 2cm anterior ao TBC que apresentava duplo lúmen mas o aspecto do tecido era satisfatório. Optamos por reforçar este segmento com cola biológica e tira anelar de dacron, fechando o duplo lúmen e reestabelecendo o coto distal para anastomose do tubo de dacron.

Ao final desta anastomose, foi iniciado aquecimento, realizada deaeração e liberado clampe do TBC. O tempo total de clampe de aorta foi de 100minutos com 20 minutos de fluxo reduzido com perfusão cerebral.

O aspecto final ficou satisfatório (Figura 2). Utilizamos cola biológica nas suturas para auxílio hemostático. A saída de CEC transcorreu sem dificuldades. O tempo total de CEC foi de 200 minutos. A heparina foi revertida e o paciente drenado e fechado saindo de sala de cirurgia com nitroprussiato de sódio.



Figura 2

# **EVOLUÇÃO**

POi – Hemodinamicamente estável, sem arritmias, sem sangramentos.

PO2 – Durante fisioterapia prévia à extubação, apresentou crise de tosse importante. Logo em seguida, iniciou sangramento contínuo por drenos sendo necessário reintervenção cirúrgica. Ponto de reforço em sangramento na base do enxerto tubo-valvado controlou quadro hemorrágico.

PO4 - Extubado

PO7 – Alta para enfermaria

PO12 – Evoluiu com claudicação do esterno devido trauma por movimentação excessiva e inadequada no leito. Conduta expectante.

PO34 – Ainda sem consolidação do esterno, começou a apresentar dor e febre. Apresentava início de deiscência em segmento superior da ferida operatória. Optado por reintervenção cirúrgica para limpeza da cavidade e refixação do esterno.

PO50 – Alta hospitalar.

Paciente não compareceu adequadamente às consultas pós-operatórias. Voltou a usar drogas e fazia uso irregular de anticoagulante (Varfarina).

PO8 meses – Reinternado por quadro de dor torácica. Estava hipertenso e havia feito uso de drogas. O coagulograma Tempo de Ativação de Protrombina (TAP) apresentava-se muito elevado (INR 5,3). Realizou angiotomografia que evidenciou extravasamento de sangue bloqueado em raiz de enxerto tubular da aorta. Optado por controle pressórico, suspensão do anticoagulante e conduta clínica expectante com imediata resolução da dor com medidas iniciais e estabilização do quadro. O coagulograma foi normalizado, a medicação anti-hipertensiva reajustada com controle pressórico. Após período de 10 dias, angiotomografia não mais apresentou extravasamento de contraste (Figura 3). Recebeu alta hospitalar com 14 dias de internação.

PO 1ano – Apresentou quadro de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) leve, não estando em uso de Varfarina, mas sim ácido acetilsalicílico. Foi, então, reiniciada varfarina em baixa dose.

PO 1ano 5 meses - Retorna em consulta sem queixas cardiovasculares e bom estado geral.



Figura 3

# **DISCUSSÃO**

As alterações cardiovasculares como pericardite, doença isquêmica coronariana e cerebrovascular assim como vasculites vêm sendo as principais causas de morbimortalidade relacionada ao LES nos dias atuais,. Alterações na

parede da aorta com formação de aneurisma e/ou dissecção do vaso são menos comuns e de evolução mais grave. Considerando que a mortalidade clássica na dissecção de aorta tipo A não operada é de cerca de 1-2%/hora nas primeiras 24-48hs, é compreensível a expectativa de uma mortalidade mais elevada ainda na associação com LES.

Em uma revisão recente de doença aórtica associada a LES, a relação foi de um homem para quatro mulheres. As lesões envolvidas foram em raiz e arco aórtico em 14 casos, aorta descendente torácica e tóraco-abdominal em 7, aorta abdominal em 17 e em toda aorta em 3 pacientes. Dissecção aórtica foi verificada em 17 pacientes. A maioria dos pacientes tinha uso prolongado de corticóide (12,3 ± 9,5 anos). A evidência de vasculite foi demonstrada em apenas 5 dos 23 casos que possuíam análise histopatológica. Os fatores comuns entre os casos de dissecção aórtica e LES foram pacientes jovens, administração de corticoterapia por longo período e hipertensão. O nosso caso em análise fazia uso irregular de corticoide por cerca de 10 anos. O uso de drogas resultava em episódios de grande elevação pressórica. Uma associação de fatores favoreceu, então, à evolução com o quadro de dissecção de aorta que, muitas vezes é fatal. O uso prolongado de corticóides para tratamento do LES também aumenta a incidência e acelera a hipertensão, contribuindo para o desenvolvimento de aterosclerose.

Os esteróides afetam também o tecido conjuntivo inibindo a formação de sulfato de condroitina e interferindo com a integridade do tecido, impedindo a reparação das microlesões arteriais, ocasionadas pela hipertensão arterial, exacerbando assim a incidência de aterosclerose5.

Os corticoides também prejudicam a cicatrização eficaz, levando assim a um maior número de deiscências em cirurgias realizadas para correção de aneurisma de aorta. O paciente em estudo apresentou todas as complicações mais comuns relacionadas ao uso crônico do corticoide. A fragilidade do tecido aórtico contribuiu para a ruptura de parte da sutura, em momento de crise hipertensiva, que resultou no sangramento pós-operatório. A dificuldade de cicatrização e infecção também constaram na evolução deste caso.

As intervenções adequadas em momentos apropriados resultaram no êxito do tratamento mas com elevada morbidade. A técnica cirúrgica para correção da dissecção, através da canulação arterial pelo TBC nos permitiu evitar a parada circulatória total e, consequentemente, a



necessidade de hipotermia profunda, com todas as suas consequências. Também permitiu que com a relocação do clampe vascular para o TBC, a aorta fosse desclampeada para avaliação do arco. Acreditamos que esta é a técnica mais adequada, atualmente, para a grande maioria de aneurismas/ dissecções de aorta ascendente e arco.

Uma meta-análise avaliando a associação de LES e aneurisma/dissecção de aorta publicada em 2009 identificou apenas 35 casos publicados na literatura em língua inglesa nos últimos 40 anos. Destes, apenas 08 eram homens, caracterizando a raridade do nosso caso em estudo. Ainda nesta meta-análise, as doenças associadas mais comuns foram hipertensão e aterosclerose (76% e 69,6%, respectivamente). Comprometimento de aorta torácica ocorreu em 71,4% dos casos. Vinte e um pacientes (60%) foram operados com uma mortalidade de 31,4%. Uma maior incidência de insucessos ocorreu nos casos de comprometimento de aorta torácica, ruptura e dissecção.

# **CONCLUSÃO**

Portadores de LES que evoluem com dissecção de aorta apresentam elevada morbi-mortalidade associada ao tratamento cirúrgico que, entretanto, permanece sendo a abordagem que proporciona maior sobrevida na maioria dos casos.

# REFERÊNCIAS

- 1. Sclair M, Nassar H, Bar-Ziv Y, Putterman C. Dissecting aortic aneurysm in systemic lupus erythematosus. Lupus 1995;4:71–4.
- 2 . Aoyagi S, Akashi H, Otsuka H, Sakashita H, Okazaki T, Tayama K. Acute type A aortic dissection in a patient with systemic lupus erythematosus. Jpn Heart J 2002; 43: 567 –71.
- 3 . Dugo M, Liessi G, De Luca M, Arduini R, Susanna F, Cascone C. Dissection of the thoracic-abdominal aorta in a young adult with systemic lupus erythematosus. Clin Nephrol 1993;39:349–51.
- 4. Ohara N, Miyata T, Kurata A, Oshiro H, Sato O, Shigematsu H. Ten years' experience of aortic aneurysm associated with systemic lupus erythematosus. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000;19:288–93.
- 5. Daniel Oliveira DE CONTI1, Ricardo Ribeiro DIAS2, Alfredo Inácio FIORELLI3, Noedir A. G. STOLF4, Ruptured thoracic aortic aneurysm in patient with systemic lupus erythematosus, Rev Bras Cir Cardiovasc, 26.1: 128-130,2011.
- 6. Kunihara T, Sasaki S, Nishibi T, Akimaro Kudo F, Shiiya N,Murashita T, et al. Successful endovascular stent-grafting for thoracic aortic aneurysm in systemic lupus erythemathosus. J Cardiovasc Surg 43:235-40,2002.
- 7. Schütz FAB, Schmitz RO, Carvalho JGR. Aneurisma Dissecante de Aorta Com Insuficiência de Valva Aórtica em Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) –Relato de Caso, J Bras Nefrol Volume XXVI nº 4 Dezembro de 2004.
- 8. Kurata A, Kawakami T, Sato J, Sakamoto A, Muramatsu T, Nakabayashid K. Aortic aneurysms in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis of 35 cases in the literature and two different pathogeneses. Cardiovascular Pathology 20 (2011)el-e7.



# LESÃO MIOCÁRDICA POR PICADA DE ESCORPIÃO

Autores: Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges Márcia Maria Pinheiro Dantas Séfora Alencar Araripe Gurgel Caio Ramos Borges Paulo Sérgio Coutinho Barreto Ana Lúcia de Sá leitão Ramos Adriana Carvalho Coelho

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

# INTRODUÇÃO

Envenenamento por escorpião não é incomum. Sua severidade está relacionada às disfunções neurológicas, renais e cardiorrespiratórias.

Comprometimento respiratório mais severo é o edema pulmonar (32% dos casos), por aumento da permeabilidade vascular ou lesão miocárdica.

Disfunção miocárdica ocorre provavelmente por descarga de catecolaminas impedindo o esvaziamento do VE, ou reduzindo sua complacência ocasionando aumento na demanda de suprimento de oxigênio ao miocárdio.

Geralmente segue um curso benigno. Toxicidade sistêmica severa e mortalidade são incomuns.

Trata-se de uma criança do sexo feminino de apenas 2 anos e 11 meses, com evolução para resolução completa do quadro com normalização da função renal e cardíaca em 6 dias, conforme descrito na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: envenenamento por escorpião severo, disfunção miocárdica grave.

# **RELATO DE CASO**

Criança do sexo feminino, de 2 a e 11 meses de idade, foi admitida na emergência do Hospital Instituto Dr. José Frota em 08/07/08, com história de que tinha sido vítima de picada de escorpião, apresentando logo em seguida muita dor no local da lesão (mão esquerda), irritabilidade, sudorese, taquicardia, vômitos e dispnéia.

Ao exame físico apresentava-se epitérmica, sudoreica, gemente, taquicárdica e taquidispnéica.

Foi-lhe administrado Prometazina, Cetoprofeno e soro anti-aracnídeo (03 ampolas). Tinha como antecedente somente asma brônguica.

Evoluiu com agravamento do desconforto respiratório e sibilância após a administração de soro antiaracnídeo, sendo medicada com solucortef, aminofilina e aerossol com broncodilatador e encaminhada à unidade de

terapia intensiva pediátrica.

À admissão na UTI encontrava-se pálida, taquidispnéica, sudoreica, taquicárdica, apresentando roncos, sibilos e estertores à ausculta pulmonar. Apresentava também ao exame hepatomegalia, com fígado a 2,5 cm abaixo do rebordo costal direito e edema de MMII.

RX de Tórax (Figura 1) revelou infiltrado pulmonar bilateral, principalmente à D. Sob a hipótese de bronco-aspiração, foi iniciado Penicilina Cristalina e Dexametasona.

Gasometria arterial à admissão; pH de 7,4; PO2 de 60, PCO2 de 25; HCO3 de 17.8; Sat O2 de 86.4%. Potássio sérico de 3,4 mEq/l sódio de 144 mEq/l.

Instalado máscara de Venturi a 50%, com melhora da hipoxemia. Gasometria Arterial 6h após: pH 7,4; PO2 111; PCO2 22; HCO3 18,4; Sat O2 98%; BE -7,3.

Outros exames de laboratório: TGO: 422; TGP: 136; Hb:9,9; Ht: 29,6%; Leucócitos de 30.750/mm<sup>3</sup>: CPK: 12.050:CKMB: 837.

No dia 10/07/2008, apresentou piora gradativa da dispnéia, com secreção rosada por via aérea, evoluindo para franca insuficiência respiratória por edema agudo de pulmão, sendo instalada ventilação mecânica invasiva, sedação com midazolan e analgesia com fentanil.

Novo Rx do Tórax revelou acentuação da congestão pulmonar e aumento da área cardíaca.

Evoluiu hipotensa, sendo instalado noradrenalina (0.1 mcg/Kg/min) em infusão contínua e dobutamina (5 micrograma/kg/min).

ECG: alteração da repolarização em parede inferior e taquicardia sinusal. Evoluiu com supra de ST em parede anterior (necrose miocárdica).

ECO em 11/07/08: dilatação e hipocinesia severa difusa do VE, com FE de 35% .Foi aumentada a dose de dobutamina para 15 mcg/kg/min e iniciado diurético de alça, furosemida.

ECO em 14/07/08: melhora evidente da função de VE: FEVE de 50%, sendo reduzida a dose da dobutamina a 10 mcg/kg/min e iniciado digoxina. Como apresentou febre, foi trocado esquema antibiótico para Ceftazidima.

Em 16/07/08: suspenso noradrenalina, sedação, analgesia e iniciado desmame da



ventilação mecânica, sendo extubada em 17/07/08. Em 18/07/08 foi reduzido dobutamina para 7 mcg/kg/min sendo suspensa em 20/07/08.

ECO em 21/07/08: FEVE de 68%.

Evoluiu estável do ponto de vista hemodinâmico, porém com hipotonia, não verbalizando, com força muscular diminuída mas com reflexo de tronco presente.

Levantado hipótese diagnóstica de efeito neurotóxico do veneno ou hipóxia cerebral, sendo realizado TC do crânio que foi normal. RX de Tórax também normal (Figura 2).

Evoluiu com melhora gradativa do quadro clínico, com resolução da função renal e cardíaca, sendo transferida para enfermaria em 28/07/08, recebendo alta hospitalar em 01/08/08 com quadro de tetraparesia com orientação para acompanhamento ambulatorial.

ECO em 30/07/08: FEVE de 64%.

# **DISCUSSÃO**

A descrita miocardite escorpiônica cursa com alterações anatômicas no miocárdio como trombose e hemorragia. Foram encontradas necrose focal e difusa em grupos de fibras musculares envolvendo septo e músculos papilares em animais, assim como em pacientes vítimas de envenenamento (1,4).

Há alterações nos canais de sódio e cálcio. São lesões geralmente reversíveis com completa recuperação da função cardíaca.

T.serrutus é o escorpião de maior interesse médico no Brasil por provocar mais ocorrências graves. O seu veneno pode não ser mais tóxico, porém a quantidade injetada é o dobro do T.bahiensis (4,7).

Na maioria dos casos ocorre somente dor local de intensidade moderada a severa, acompanhado ou não de parestesia e irradiação. Manifestações como náuseas, vômitos, taquicardia e agitação, são comuns. A severidade do curso clínico é definida nas primeiras duas horas e ocorre mais em crianças (1,7).

O quadro frequentemente é dramático com alterações importantes do sistema cardiorrespiratório, levando à falência circulatória, edema pulmonar e morte. Alterações eletrocardiográficas revelam padrão similar ao do infarto ou miocardite(2). Estas alterações foram primeiro descritas na literatura em 1988 em Jerusalém e em seguida no Brasil.

Geralmente estas alterações miocárdicas regridem em 5-7 dias, o que foi observado no

nesse caso em questão. Poucos episódios têm sido descritos desde então em outros países.

Congestão pulmonar causada por disfunção miocárdica ou desordens hemodinâmicas outras, resultando em aumento na pré ou pós- carga, arritmias severas, e/ou aumento da permeabilidade vascular pulmonar são secundárias à liberação de mediadores químicos ao nível pulmonar(2,5,6).

A patogênese da miocardiopatia por escorpião tem sido atribuída aos efeitos adrenérgicos causados pelo veneno e/ou efeitos tóxicos nas fibras cardíacas(5,6).

Em necropsias foram encontrados degeneração de fibras cardíacas, necrose focal, edema intersticial e aumento da celularidade envolvendo linfócitos e monócitos com envolvimento predominante de músculos papilares e áreas subendocárdicas. No pulmão, edema pulmonar e áreas de hemorragia. Alterações estas similares à administração acidental de noradrenalina (1,6).

Embora não possa ser excluída uma ação direta da toxina sobre o miocárdio, a evidência sugere como fator causal de maior importância na sua patogênese a liberação sistêmica maciça de noradrenalina (5,6).

Com a administração do soro antiescorpiônico, que somente neutraliza a toxina circulante, há uma melhora geral do quadro clínico.

Entretanto, as alterações cardiorrespiratórias secundárias aos efeitos farmacológicos da toxina já absorvida persistem por vários dias, podendo ocorrer choque e edema pulmonar.

Possuímos no Instituto Dr. José Frota um serviço de tratamento de envenenamentos e intoxicações, o CEATOX.

# **CONCLUSÃO**

O acidente escorpiônico geralmente tem um curso benigno. Porém pode evoluir de forma grave, com comprometimento de vários órgãos e sistemas como o caso clínico relatado. Na maioria dos casos evoluiu para a regressão do quadro clínico,

# Mr

# **BIBLIOGRAFIA**

1-PalmiraCupo,Mauro Jurca,Marisa M.A,Marques,João S.M.Oliveira,Sylvia E. liering .Severe Scorpion Envenomation in Brazil. Clinical,Laboratory and Anatomopathological aspects.Rev.Inst. Med. Trop. São Paulo 36 (1):67-76, Janeiro-fevereiro, 1994.

2.Abroug F, Boujdaria R, Belghlith M,Nouira S, Bouchoucha S. Cardiac Dysfunction and Pulmonary Edema Following Scorpion Envenomation. Chest, 1999; 100: 1057-9.

3.Ken Dittrich,Raees Ahmed ,Qanta A.A. Ahmed. Cardiac Arrest Following Scorpion Envenomation. Annals of Saudi medicine, vol 22 Nos 1-2,2002

4. Benvenuti, Douetts K, Cardoso J. Myocardial Necrosis After envenomation by The Escorpion Tityus serrulatus. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002; 96: 275-6.

5.Mann D, Kent R, Parsons B, Cooper G. Adrenergic effects on the biology of the human cardiacmyocite. Circulation, 1992;85: 790-804

6.Terapia de Resgate com Amiodarona em Crianças com Grave Disfunção Ventricular Esquerda Causada por Veneno de Escorpião.Arq Bras Cardiol 2010; 94(1): 18-24

7.Sony de Freitas lyho,Rotina no Atendimento ao Intoxicado.2007.Terceira Edição 2005-pg 360-361.



Fig. 2.Regressão da cardiomegalia e congestão pulmonar.



Fig. 1.Cardiomegalia e congestão pulmonar.

# Mr

# HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI E SUA HISTÓRIA

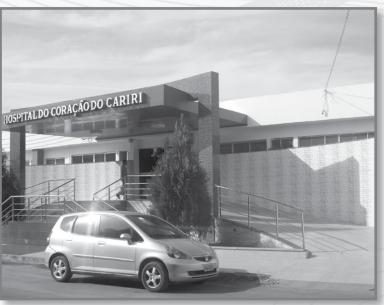
Nos fins da década de 1960, três irmãos filhos de agricultores do sítio Bulandeira em Barbalha-CE enfrentando dificuldades sociais. financeiras geográficas, deslocaram-se até Recife onde se tornaram médicos, e após concluírem o curso, residência médica ou especialização, retornaram à região e juntos tornaram realidade a construção de um sonho. Em 27/12/1981 nascia em Barbalha, um embrião do que se tornaria um dos principais hospitais da região, e responsável por uma verdadeira revolução no atendimento médico no sul do Ceará, O Hospital Maternidade Santo Antônio, localizado na vila Santo Antônio, localidade pobre e pouco privilegiada por investimentos até então.

Tratava-se de um hospital geral, com vocação ao atendimento da população pobre, conveniada pelo INAMPS naquela ocasião. Exercia a medicina trivial voltada à atenção secundária básica. Não tardou, no entanto, a buscar incessantemente a evolução, e foram implantadas a UTI, a Hemodiálise, a unidade de Neurocirurgia que se tornou até hoje referência na especialidade no sul do estado do Ceará, conveniado com o SUS.

Ainda que já na década de 1980 o Hospital Maternidade Santo Antônio fizera convênio com Universidade de Pernambuco para realização de intercâmbio de alunos e realização de rodízio de internato, e desde então o hospital insere-se no contexto universitário conveniando com instituições universitárias até o presente. Naquela ocasião sediou um dos primeiros grandes congressos médicos do interior em cooperação com o Centro Médico Cearense.



Em 16/08/2000, como parte do agora complexo hospitalar, nasce o Hospital do Coração do Cariri, colocando novamente a instituição em posição de vanguarda regional. A partir de então a realização de cineangiocoronariografia, angioplastia com implante de stent e cirurgia cardíaca tornava-se



uma realidade. O Hospital do Coração presta um enorme serviço à região, sendo pólo de referência ao atendimento de patologias cardiovasculares do Sul do Ceará e de estados vizinhos como Pernambuco, Piauí e Paraíba.

Desde então se expande também no atendimento ambulatorial com inserção de serviços complementares diagnósticos e terapêuticos, como Ecocardiograma Bidimensional com color Doppler, Eco transesofágico, Eco Stress, Holter, MAPA, Ergometria, implante de Marcapasso, CDI e cirurgia cardíaca por vídeo toracoscopia.

Os números já se tornaram significativos, com cerca de 2000 cirurgias cardíacas realizadas, oito mil cateterismos, duas mil e seiscentas angioplastias, um mil e seiscentas arteriografias cerebrais e periféricas. Aliadas a esses números o hospital é ambiente de estágio de graduação, internato e residência em clínica médica da Faculdade de Medicina – UFC, fazendo-o de modo isento e beneficente. E agora buscando consolidar-se como instituição de ensino, está em processo de estruturação para implantação da residência em Cardiologia, por intermédio da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Assimo Hospital do Coração do Cariri desempenha as nobres funções de servir a população regional, sobretudo os menos favorecidos, articula-se na vanguarda da medicina e participa da formação médica básica e especializada, contribuindo no fortalecimento da região.







# **COMISSÕES**

# **COMISSÃO EXECUTIVA**

Presidente da SBC-CE - Eduardo Arrais Rocha
Presidente do II Congresso Sul-Cearense de Cardiologia e II Congresso Sul-Cearense de Cardiometabologia - Adão Henrique Ribeiro Justo
Coordenador do II Congresso Sul-Cearense de Cardiometabologia – Erich Pires Lisboa

# **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Presidente da Comissão Científica - Francisco Carleial Feijó de Sá Presidente Regional Sul - Angelo Roncalli Ramalho Sampaio Presidente do Congresso - Adão Henrique Ribeiro Justo Vice-Presidente do Congresso - Erich Pires Lisboa Comissão Social - André Tavares Evangelista

# Membros da Comissão Científica

Bernardo Pinheiro Cardoso de Brito Gonçalves Emmanuela Callou Patrícia Figueiredo Geovânia Maria Santana Ferreira Isaura Elaine Gonçalves Moreira Rocha Márcio Alves Landim Walther Thalles Mendes Barbosa

# COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES

# **Julgadores**

Francisco C. Feijó - Presidente
Geovania Maria Santana Ferreira
Emmanuela Callou
Bernardo Brito
Carlos Ênio
Erich Lisboa
Patrícia Figueiredo
Marcelo Cruz
Thyciara Fontenele
Eponina Régia
Herbert Lima Mendes
Auxiliadora Pinheiro

# **MENSAGEM**



A Cardiologia Cearense tem realizado grandes progressos em decorrência da qualidade dos profissionais médicos que a compõem. Dentre esses profissionais, temos os colegas da região do Cariri, que hoje apresenta grande desenvolvimento científico e tecnológico. Progressos realizados devido aos hospitais gerais e cardiológicos da região, os serviços de hemodinâmica e de cirurgia cardíaca, além da presença de duas faculdades de medicina e diversos outros cursos na área de saúde, além de toda infraestrutura da região como o metrô, os centros comerciais e o desenvolvimento urbanístico da cidade.

A ideia da realização de um grande congresso que envolvesse os profissionais da área cardiológica, endocrinológica, clínica médica, medicina intensiva e de urgência, além de residentes, internos e estudantes nasceu da interação do desenvolvimento local, da experiência dos profissionais da área, com a necessidade de troca de conhecimentos e renovação científica.

Todos terão oportunidade de apresentarem seus trabalhos e pesquisas nas sessões de temas livres, que serão premiadas.

O Evento contará com a presença de grandes profissionais locais e de vários outros lugares do Brasil, tendo a certeza de grande sucesso, que nada mais representará do que uma confirmação da potência da região. Bom Congresso a todos.

**Eduardo Arrais Rocha** Presidente da SBC-CE

# MENSAGEM

No mês de junho o Cariri veste uma roupagem diferente, a suave brisa que desce da Serra do Araripe e o clima agradável anunciam que é momento de comemoração e de encantamento, as tradicionais festas juninas que espalham em todo o Nordeste uma alegria única e peculiar, reverberam neste canto em forma de intensas manifestações folclóricas, alegria e comemoração.

As tradições incandescem os corações das pessoas que aqui vivem ou que por aqui passeiam. Nesta atmosfera leve e contagiante, convidamos a todos a comparecerem no II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e II Congresso Sul Cearense de Cardiometabologia, um desafio que após 6 anos, agora repete-se. No primeiro um sucesso e a sensação de quero mais. Agora a hora é novamente chegada. Muito de até então mudou, o Cariri, agora região metropolitana, embalada por um desenvolvimento ímpar em todos os setores e atividades, revela a todos uma Juazeiro do Norte forte, expressiva, com a sua inabalável fé no crescimento e desenvolvimento, que fora plantado desde os primeiros habitantes que aqui acompanharam o Padre Cícero.

Aguardamos a todos para apreciarmos juntos um momento de atualização e troca de experiências na nossa profissão e no nosso cotidiano, venham conosco trocar energias positivas.

Sejam todos bem vindos!

# Angelo Roncalli Ramalho Sampaio

Presidente da Regional Sul Cearense de Cardiologia – SBC – Ceará.

# **MENSAGEM**



Caro Congressista,

Com grande satisfação que assumi a missão de presidir o II Congresso Sul Cearense de Cardiologia e o II Congresso Sul Cearense de Cardiometabologia, evento esse que será de confraternização e fortalecimento da Regional Sul da Sociedade Cearense de Cardiologia.

A semente plantada no primeiro congresso se frutifica nesse segundo momento com a prática médica embasada nos princípios da ética, atualização de conhecimentos científicos e na humanização da medicina. Anseio real do crescente numero de profissionais e serviços especializados nas áreas da cardiologia e endocrinologia na região sul do Ceará. E para isso, contamos com a presença de médicos renomados e uma programação atual e intensa.

Com apreço, convido a todos para nestes dias de Congresso, participar e interagir sobre temas de grande importância para a integração científica e social da Cardiologia Cearense.

Muito Obrigado!

# Adão Henrique Ribeiro Justo

Presidente do II Congresso Sul-Cearense de Cardiologia e II Congresso Sul-Cearense de Cardiometabologia

# **PALESTRANTES**



**ADRIANO LOPES** 

ALBERTO JOSÉ SANTOS RAMOS

ALMINO CAVALCANTE ROCHA NETO

ANA CAROLINA DE FREITAS THÉ GARRIDO

ANA LÚCIA DE SÁ LEITÃO RAMOS

ANDRÉ TAVARES EVANGELISTA

ANDRÉS PÉREZ-RIERA

ANDRESSA CARVALHO NOBRE

ÂNGELO RONCALLI RAMALHO SAMPAIO

ANTÔNIO AUGUSTO GUIMARÃES LIMA

**AUXILIADORA PINHEIRO** 

BERNARDO CARDOSO DE BRITO GONÇALVES

CARLOS ENIO AMARO FELINTO

DANIEL IANNI FILHO

**DAVI NOGUEIRA MATOS** 

**EDNALDO LANDIM DA CRUZ** 

**EDUARDO ARRAIS ROCHA** 

**ELAINE GONÇALVES** 

EMMANUELA QUENTAL CALLOU

EPONINA RÉGIA COUTINHO DE SÁ BARRETO

**ERICH PIRES LISBOA** 

ERICO HIGINO DE CARVALHO

EUGENIO PACELLI DE ARAÚJO LIMA

FABIANA MARIA LUSTOSA MARTINS CORETTI

FRANCISCO CARLEIAL FEIJÓ DE SÁ

FRANCISCO RODRIGUES SANTOS NETO

**GEOVANIA MARIA SANTANA** 

HERBERT LIMA MENDES

ITALO MARTINS DE OLIVEIRA

JOSÉ NOGUEIRA PAES JÚNIOR

JOSÉ SEBASTIÃO DE ABREU

MARCELO CRUZ OLIVEIRA

MÁRCIA PEREIRA DE HOLANDA ROQUE PIRES

MARCIO ALVES LANDIM

MARIANA TENÓRIO ANTUNES REIS

NÉLIO BARRETO VIEIRA

PATRÍCIA ROSANE LEITE DE FIGUEIREDO

RENAN MONTENEGRO JR

RICARDO GRANGEIRO SAMPAIO

RUBEM PEIXOTO DE ALENCAR

SEBASTIÃO GOMES DE ALMEIDA

**SERGIO TAVARES MONTENEGRO** 

THYCIARA FONTENELE MARQUES

WALTHER TALLES MENDES BARBOSA

WILSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR

# **INFORMAÇÕES GERAIS**



Inscrições/ Entrega de Material / Central de Informação

# Secretaria Executiva Verdes Vales Hotel

Av. Plácido Aderaldo Castelo - S/N

Bairro: Lagoa Seca - Juazeiro do Norte - Ceará.

Fone: (88) 3566 2544 | (88) 2101 7777

# Horário de Funcionamento:

13 /06/2013 - 8h às 18h

14/06/2013 - 8h às 18h

15/06/2013 - 8h às 12h

# Crachá

O uso do crachá é obrigatório em todas as atividades do congresso, não somente para identificar os participantes, mas para facilitar a comunicação entre os mesmos. Em caso de perda ou esquecimento, um novo crachá poderá ser fornecido mediante o pagamento da taxa no valor de R\$ 50,00.

De acordo com as normas vigentes da Anvisa, as categorias são identificadas conforme as cores abaixo:

Categoria	Cor	Identificação conforme normas da	
		ANVISA	
Médico Congressista	Verde	Prescritor	
Congressista	Amarelo	Não Prescritor	
Palestrante	Vermelho	Prescritor	
Expositor	Laranja	Não Prescritor	
Organização	Preto	Não Prescritor	
Apoio	Lilás	Não Prescritor	

# Certificados

# Certificados de Congressistas

Serão entregues na Secretaria do Congresso, no dia 14/06/2013, a partir das 14h.

# Certificado de Palestrantes, Conferencistas e Debatedores

Serão entregues ao final das respectivas sessões.

# Certificado de Temas Livres e Pôsteres Eletrônicos

Será emitido um único certificado no qual constarão os nomes de todos os autores e co-autores dos trabalhos, que será entregue junto com o certificado de participação do Congresso. Os certificados serão entregues após cada apresentação pelo coordenador da sessão.

# Telefones Úteis

Pronto Atendimento SAMU: 192

Policia Militar: 190

# INFORMAÇÕES GERAIS

# **Trajes**

Recomendamos o traje social (esporte fino) para as atividades científicas do Congresso.

# **Achados e Perdidos**

Favor notificar Secretaria Executiva do Congresso a ocorrência de achados e perdidos.

# Restrições e informações

- Os realizadores do congresso não se responsabilizam por qualquer alteração na programação que não dependam do esforço e da atenção dos mesmos.
- Não é permitida a entrada de menores de 16 anos, mesmo acompanhados.
- O congresso n\u00e3o oferece assist\u00e0ncia m\u00e9dica ou cobertura de seguro.
- É proibido fumar nos recintos onde serão realizadas as sessões científicas.
- Solicitamos aos participantes que os aparelhos celulares sejam desligados durante as sessões científicas.

# Regras das Atividades Científicas

# Abertura Diária dos Trabalhos

As atividades deverão começar rigorosamente no horário estabelecido. Cabe aos Presidentes e Moderadores zelar pelo cumprimento dos horários estabelecidos.

# Papel dos Componentes da Mesa

# CABE AO PRESIDENTE/COORDENADOR DA ATIVIDADE

- O cargo de presidente existe apenas nas conferências;
- Apresentar os componentes da mesa e o convidado;
- Coordenar o bom andamento dos trabalhos;
- Estimular o debate, formulando ele próprio questões ao plenário e selecionado questões feitas pela plenária e componente da mesa;
- Comentar os resultados apresentados pela sessão.

# **CABE AO MODERADOR**

- Apresentar os palestrantes das atividades;
- Controlar o tempo de cada apresentação;
- Moderar as discussões entre Apresentadores ou Palestrantes ou Debatedores e entre estes e a plateia.

# **CABE AO DEBATEDOR**

- Estudar previamente o tema a ser abordado na sessão;
- Participar das discussões formulando questões no momento das apresentações, procurando defender o seu ponto de vista.

# **CABE AO PALESTRANTE**

- Apresentar o tema a ele indicado, dentro do tempo estipulado;
- Participar dos debates, respondendo questões pertinentes ao tema apresentado.

# CONFERÊNCIAS

- Atividade com 01 presidente e 01 conferencista, terá o tempo de 30 min para exposição do tema.

# **INFORMAÇÕES GERAIS**



# SESSÃO MESA REDONDA

Cada tema a ser abordado será apresentado em 15 minutos improrrogáveis. O(s) apresentador(es) deverá(ão) utilizar-se de data show. O material audiovisual deverá ser testado com antecedência mínima de duas horas da sua respectiva apresentação, na sala de mídia desk.

# COLÓQUIOS

O colóquio terá duração de uma hora sem o auxílio de recursos audiovisuais, cujos temas a serem abordados dever ser amplamente debatidos com a platéia. Cada sessão de colóquio contará com a participação de dois coordenadores/moderadores e seis debatedores. Os certificados serão entregues ao final da sessão.

# CASOS CLÍNICOS

Apresentação de casos clínicos para a discussão com a plateia.

# **TEMAS LIVRES**

Cada Tema Livre terá de ser apresentado no prazo máximo de 10 minutos e 5 minutos para discussão com o debatedor e/ou plateia.

# SESSÃO DE PÔSTERES ELETRÔNICOS

Os pôsteres eletrônicos serão apresentados de acordo com o número identificador e datas abaixo relacionados.

N°	DATA	HORÁRIO	N°	DATA	HORÁRIO
P01	13/6/2013	08h - 08h05min	P13	15/6/2013	08h - 08h05min
P02	13/6/2013	08h05min - 08h10min	P14	15/6/2013	08h05min - 08h10min
P03	13/6/2013	08h10min - 08h15min	P15	15/6/2013	08h10min - 08h15min
P04	13/6/2013	08h15min - 08h20min	P16	15/6/2013	08h15min - 08h20min
P05	13/6/2013	08h20min - 08h25min	P17	15/6/2013	08h20min - 08h25min
P06	13/6/2013	08h25min - 08h30min	P18	15/6/2013	08h25min - 08h30min
P07	13/6/2013	08h30min - 08h35min	P19	15/6/2013	08h30min - 08h35min
P08	13/6/2013	08h35min - 08h40min	P20	15/6/2013	08h35min - 08h40min
P09	13/6/2013	08h40min - 08h45min	P21	15/6/2013	08h40min - 08h45min
P10	13/6/2013	08h45min - 08h50min	P22	15/6/2013	08h45min - 08h50min
P11	13/6/2013	08h50min - 08h55min	P23	15/6/2013	08h50min - 08h55min
P12	13/6/2013	08h55min - 09h	P24	15/6/2013	08h55min - 09h
	//	111111111111111111111111111111111111111	P25	15/6/2013	09h - 09h05min
	/-//		P26	15/6/2013	09h05min - 09h10min



# **RELAÇÃO DE EXPOSITORES**

**BAYER** 

**BIOTRONIK** 

**SHOPPING PROHOSPITAL** 

ST JUDE E CARDIOFOR

**ZEUSAM** 



# **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

**ASTRAZENECA** 

**BAYER** 

**BIOTRONIK** 

**HOSPITAL DO CORAÇÃO** 

**NOVARTIS** 

**SHOPPING PROHOSPITAL** 

**ST JUDE E CARDIOFOR** 

**UNICRED CARIRI** 

**ZEUSAM** 

# PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA



8h às 9h20 min - Tema Livre Oral Presidente: Augusto Guimarães

Julgadores:

Marcelo Cruz Emmanuela Callou Thyciara Fontenele

9h20 min às 10h – Simpósio Satélite Astra Zeneca O Uso Precoce de Combinação no tratamento do Diabetes Tipo 2

# 10h às 10h30 min - Intervalo

10h30min às 12h10 min – Mesa Redonda Master: Obesidade, Diabetes, Dislipidemia e Risco Cardiovascular Presidente – Bernardo Brito Moderador – Márcio Alves Landim

10h30min às 10h50min - Aspectos atuais na Abordagem das Dislipidemias: Com a Redução Adicional do Colesterol LDL, Será necessária abordagem para a elevação do Colesterol HDL? – Antônio Augusto Guimarães Lima 10h50min às 11h10min - Atualidades no Tratamento da HAS no Diabetes e Obesidade - Elaine Gonçalves 11h10min às 11h30min - Variabilidade glicêmica e Risco cardiovascular: novos desafios a serem superados? - Fabiana Lustosa 11h30min às 11h50min - Diabetes e a Obesidade – Vamos prescrever a Cirurgia Bariátrica? - Nélio Barreto 11h50min às 12h10 min - Discussão

# 12h10min às 14h - Intervalo

14h às 15h – Mesa Redonda - Métodos Complementares Não Invasivos em DAC – Atualidades. Presidente – Tales Barbosa Moderador – Geovania Santana

14h às 14h15min - Cintilografia Miocárdica – Adriano Lopes

14h15min às 14h30min – ECO Stress e Doppler de Mamária e Coronária - José Sebastião de Abreu 14h30min às 14h45min - O Valor do ECG na estratificação de Dor Torácica Aguda - Santos Neto 14h45min às 15h - Discussão

15h às 15h30 min – Conferência Novos Antiagregantes em DAC

Presidente: Ednaldo Landim

Conferencista: Flávio Roberto (Astra Zeneca)

# 15h30min às 16h - Intervalo

16h às 17h20min – Mesa Redonda - Doença Arterial Coronária Presidente – Francisco Feijó Moderador – Davi Matos 16h às 16h20min - DAC crônica, Courage - Fame e agora. - José Nogueira Paes
16h20min às 16h40min - IAM com Supra de ST - Trombólise na Ambulância, na Emergência ou Angioplastia para todos? - Flávio Roberto
16h40min às 17h - Conduta Expectante na DAC crônica e SCA - Sérgio Montenegro
17h às 17h20min - Discussão

17h20min - Conferência Avaliação não invasiva de Fatores de Risco Cardiometabólicos

20h - Cerimônia de Abertura

21h às 21h30min - Conferência Magna Relação Médico- Paciente – Tecnologia – Parceiros ou Oponentes. Conferencista: Wilson Oliveira

21h30min - Coquetel

# DIA 13.06 // QUINTA-FEIRA // SALA B

8h às 9h20 min - Pôster Eletrônico Presidente: Francisco C. Feijó Julgadores:

Carlos Ênio; Erich Lisboa Patrícia Figueiredo

# 12h10min às 14h - Intervalo

14h às 15h – Mesa Redonda – Terapia Inteligente para o DM 2.

Presidente – Emmanuela Callou Moderadora – Thyciara Fontenele

14h às 14h15min - Inibidores da DDP-4 – Erich Lisboa 14h15min – 14h30min - Análogos do GLP-1 - Patrícia Figueiredo

14h30min às 14h45min – Glitazonas - Eponina Régia 14h45min às 15h - Discussão

# 15h30min às 16h - Intervalo

16h às 17h20min – Mesa Redonda - Novas diretrizes da SBD - Segunda Opção Versus Sulfonilureias (SU): Presidente: Patrícia Figueiredo Moderador: Erich Lisboa

16h às 16h20min – Inibidores DDP-4 x SU - Bernardo Brito

16h20min às 16h40min - Glitazonas x SU - Ana Carolina de Freitas

16h40min às 17h - Insulina x SU - Thyciara Fontenele 17h às 17h20min - Discussão





# DIA 14.06 // SEXTA-FEIRA // SALA A

8h às 9h30min – Minicurso ECG Presidente: Sebastião Almeida Moderador: Eduardo Arrais Rocha

8h às 8h20min - Conceitos Básicos - Almino Cavalcante

Rocha Neto

8h20min às 8h40min - ECG na Sala de Emergência -

Santos Neto

8h40min às 9h - AS 11 Ondas do ECG - Quantas?

Andrés Pérez-Riera

9h às 9h30min - Discussão de Traçados - Andrés Pérez-

Riera

9h30min às 10h - Conferência - Tratamento Etiológico

da Doença Chagas: Uma Pausa para Reflexão

Presidente: Eugênio Pacelli Conferencista: Wilson Oliveira Jr.

# 10h às 10h30 min - Intervalo

10h30min às 12h10min – Simpósio Satélite Cardiofor Linha do Tempo da Estimulação Cardíaca Conferencista – Rodrigo de Oliveira

# 12h10 às 14h - Intervalo

14h às 15h – Simpósio Satélite Bayers- Fibrilação Atrial

Moderador: Eduardo Arrais Rocha

Conferencista: Almino Cavalcante Rocha Neto

Considerações Clínicas

A Prevenção do Acidente Vascular Cerebral

Ablação por Catéter

Oclusão do apêndice atrial esquerdo

Anticoagulação

Discussão

15h às 15h40 min - Conferência: HAS - Atualidades

Presidente: Andresa Nobre

Conferencista: Ana Lúcia de Sá Leitão Ramos

# 15h40min às 16h10 min - Intervalo

16h10min às 16h40min – Conferência: Morte Súbita

Cardíaca

Presidente: Márcio Landim

Conferencista: Andrés Pérez-Riera

16h40min às 18h - Mesa Redonda - Insuficiência

Cardíaca – Atualização Presidente – Rubem Peixoto Moderador – Marcelo Cruz

16h40min às 17h - IC Aguda - Tratamento: Estado Atual e Perspectivas - Ângelo Roncalli Ramalho

Sampaio

17h às 17h20min - IC Crônica - Tratamento: Estado

Atual e Perspectivas - Ítalo Martins

17h20min às 17h40min - Ressincronização - Eduardo

Arrais Rocha

17h40min às 18h - Discussão

# DIA 14.06 // SEXTA-FEIRA // SALA B

8h10min às 8h40min - Conferência: Tireóide e Risco

Cardiovascular

Presidente – Emmanuela Callou Conferencista: Mariana Tenório

10h às 10h30 min - Intervalo

10h30min às 12h10min - Mesa Redonda Master

12h10 às 14h - Intervalo

14:00 – 15:00 - Conferência: Manejo terapêutico para

o Clínico: uma visão global do Diabetes Mellitus

Presidente: Patrícia Figueiredo Conferencista: Alberto Ramos

# **DIA 15.06 // SÁBADO // SALA A**

8h às 9h50 min - Tema Livre Oral

Presidente: ítalo Martins

Julgadores:

Eponina Régia Erich Lisboa

Herbert Lima Mendes

9h50 min às 10h30m – Simpósio Satélite Novartis

Presidente: Eric Lisboa

Conferencista: Renan Montenegro Jr.

# 10h às 10h50min - Intervalo

10h50min às 12h – Mesa Redonda Mix –

Cardioendócrino

Presidente: Ricardo Grangeiro Sampaio

Moderador: Bernardo Brito

- Osteoporose e Risco Cardiovascular - Érico Higino

- Testosterona e risco cardiovascular Emmanuela Callou
- O Coração da Mulher Marcia Holanda
- Discussão

12h - Premiação Pôsteres e Temas Livres Encerramento

# **DIA 15.06 // SÁBADO // SALA B**

8h às 9h20min - Pôster Eletrônico Julgadores:

Bernardo Brito
Auxiliadora Pinheiro

Geovania Santana

André Tavares Evangelista



# RELAÇÃO DE TEMAS LIVRES

N°	TRABALHO	AUTOR
TL01	ANÁLISE DO PERFIL E DOS DESFECHOS CLÍNICOS DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS SUBMETIDOS A AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES: RELEVÂNCIA DAS CARDIOVASCULOPATIAS E OUTRAS COMORBIDADES ASSOCIADAS, UM ESTUDO DE QUATRO ANOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO	PEDRO NETO LIMA DE OLIVEIRA
TL02	ECOCARDIOGRAMA FETAL NA REGIÃO DO CARIRI: RELATO DA EXPERIÊNCIA INICIAL COM 130 CASOS	ISAURA ELAINE GONÇALVES MOREIRA ROCHA
TL03	LINGUAGEM DAS CORES: UM MODELO DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE HIPERTENSOS UTILIZADO POR UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO CRATO-CE	SANDRA BARRETO FERNANDES
TL04	INCIDÊNCIA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PACIENTES COM SUSPEITA CLÍNICA SUBMETIDOS À ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	ISAURA ELAINE GONÇALVES MOREIRA ROCHA
TL05	MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS: COMPREENSÃO DO USO POR PARTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA	
TL06	PREVALÊNCIA DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS PARTICIPANTES DE PROJETO DE EXTENSÃO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA- CE	CALLOU, EQ
TL07	CAUSAS INTERVENIENTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO	
TL08	ANÁLISE DO PERFIL DE HIPERTENSOS QUANTO À ADESÃO AO TRATAMENTO	TICIANE PONCIANO DE OLIVEIRA LIMA
TL09	INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	JOANA D'ARC DE SOUZA PIANCÓ
TL10	SEGUIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO POR PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	LUCIANA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
TL11	SEGUIMENTO DO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO POR PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	LUCIANA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
TL12	TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO ANTI-HIPERTENSIVO: PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA POR PESSOAS COM HIPERTENSÃO	LIDYANE DE SOUSA CALIXTO



# **RESUMO DE TEMAS LIVRES**

TL01 - ANÁLISE DO PERFIL E DOS DESFECHOS CLÍNICOS DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS SUBMETIDOS A AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES: RELEVÂNCIA DAS CARDIOVASCULOPATIAS E OUTRAS COMORBIDADES ASSOCIADAS, UM ESTUDO DE QUATRO ANOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Análise do perfil e dos desfechos clínicos de portadores de diabetes mellitus submetidos a amputações de membros inferiores: relevância das cardiovasculopatias e outras comorbidades associadas, um estudo de quatro anos em hospital terciário.

Pedro Neto Lima de Oliveira, Marina Mello de Almeida, Emanuelly Medeiros dos Santos Massud, Karla Denise Barros Ribeiro, Evanira Rodrigues Maia.

Universidade Federal do Ceará – Curso de Medicina, Campus Cariri.

#### Resumo

Objetivo: Traçar o perfil e identificar os fatores de risco loco-regionais de pacientes com diabetes mellitus submetidos a amputações de membros inferiores, em um hospital terciário em Barbalha/CE. A análise dos dados encontrados permitirá comprovar a hipótese de que as amputações em pacientes com diabetes mellitus decorrem do tratamento inadequado da doença, bem como da associação desta com comorbidades e hábitos de vida.

Delineamento: Trata-se de um estudo descritivo e transversal de pesquisa exploratória retrospectiva quantitativa. Informações foram colhidas a partir de prontuário médico do serviço de cirurgia vascular do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), localizado no município de Barbalha/CE e analisadas estatisticamente a partir do teste exato de Fisher e do chi-quadrado.

Paciente ou Material: A amostra incluiu pacientes portadores de diabetes mellitus, submetidos a amputação de membros inferiores entre janeiro de 2008 a janeiro de 2012, sendo excluídos pacientes submetidos a amputação sem diagnóstico de diabetes mellitus.

# Métodos:

A partir de prontuários foram extraídas informações como idade, sexo, naturalidade, procedência/referência, escolaridade, profissão, etilismo, tabagismo, tipo de diabetes mellitus, o tempo de diagnóstico da doença, o motivo da procura pelo atendimento, o tempo de internamento, a glicemia de jejum, membro amputado e quais regiões; presença de amputações anteriores e outras complicações (problemas cardiovasculares, neuropáticos, renais, obesidade). Foram analisados os desfechos de mortalidade.

# Resultados:

Os dados coletados em prontuários totalizaram 117 pacientes, com prevalência de 55,6% do sexo feminino. Do total, 56,4% enquadravamse na faixa etária de 60 a 80 anos, com idade variando de 44 a 98 anos. Dos pacientes submetidos a mais de uma amputação, 50,6% tinham idade superior a 60 anos. Dentre os indivíduos estudados, houve maior prevalência da profissão agricultor (57,3%) e do lar (21,4%). As principais causas de internação foram úlcera necrótica (31,6%) seguida por isquemia crítica (26,5%) e pé diabético (24,8%). As comorbidades mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica (76,9%), seguida de neuropatia diabética (22,2%). Dentre os hábitos de vida, o tabagismo foi considerado o mais frequente (47,9%). Dos sujeitos que vieram a óbito (11,1%), todos tinham idade superior a 60 anos, 76,9% sofreram grandes amputações (coxa ou perna), 92,3% eram hipertensos, 46,2% eram nefropatas e 46,2% não sabiam que eram portadores de diabetes mellitus.

# Conclusão:

Houve um maior percentual de sujeitos do sexo feminino, o que não corrobora com outros estudos realizados no Brasil. Reforçando o achado de outros trabalhos, a faixa etária significativa foi de 60 a 80 anos, caracterizando a cronicidade típica do diabetes mellitus. A maior porcentagem relativa à profissão agricultor decorre das condições de trabalho adversas associadas a má remuneração, implicando em uma precária qualidade de vida. Tal fato não permite que o diabético siga uma dieta adequada, devido ao alto custo dela. Ademais, grande parte destes apresenta baixa escolaridade, sendo a instrução fator indispensável para atitudes de prevenção e tratamento. Além disso,

devemos considerar a indisponibilidade de médicos na zona rural e a distância entre esta e os centros de referência em atenção básica. Historicamente, o tabagismo configura-se como hábito de vida que contribui para o agravamento do quadro clínico do diabético, sendo um hábito comum entre agricultores. Sobre a porcentagem de óbitos, foi encontrado maior número de óbitos em diabéticos nefropatas e submetidos a grandes amputações. Tal fato também foi observado, em grande relevância, entre diabéticos idosos e hipertensos, o que aumenta os fatores de risco para doenças micro e macrovasculares, contribuindo, inclusive, para a mortalidade cardiovascular.

# TL02 - ECOCARDIOGRAMA FETAL NA REGIÃO DO CARIRI: RELATO DA EXPERIÊNCIA INICIAL COM 130 CASOS

#### Autores:

Isaura Elaine Gonçalves Moreira Rocha, Thaís Costa Gomes, Leonardo Miranda Macêdo

Ariovaldo Carvalho Neto

#### Instituições:

Unicardio Cariri

Liga Caririense de Estudos Cardiológicos (LICEC) - Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC)

# Fundamentação:

A elevada taxa de mortalidade em recém-nascidos (RN) cardiopatas justifica a importância do diagnóstico intraútero de cardiopatias congênitas, possibilitando o planejamento do parto em serviços especializados.

# Objetivo:

Descrever a experiência inicial com ecocardiograma fetal no Cariri, região equidistante em cerca de 500 km dos principais centros especializados em Cardiologia pediátrica e cirúrgica cardíaca neonatal do Nordeste.

# Delineamento:

Estudo retrospectivo, observacional, do tipo série de casos.

# Material e método:

130 gestantes foram encaminhadas para realização de ecocardiograma fetal, no período de 15 meses. A idade gestacional variou de 21 a 39 semanas. Os exames foram realizados pelo mesmo operador, com transdutor convexo 45, em clínica privada na Região do Cariri.

# Resultados:

O ecocardiograma fetal encontrou alteração considerada leve em 15 (11,54%) casos, como aneurisma de septo interatrial, hipertrofia ventricular esquerda leve, bradicardia fetal e ponto ecogênico em ventrículos. Detectou-se cardiopatia congênita complexa em 6 casos (4,61%) casos, havendo também 1 caso (0,77%) de taquiarritmia fetal do tipo flutter atrial. Em 4 (3,07%) casos, a cardiopatia foi evidenciada no corte de quatro câmaras, com 2 defeitos de septo átrio-ventricular, 1 caso de displasia da valva tricúspide e 1 caso de atresia mitral com hipoplasia do coração esquerdo. Em 2 (1,54%) casos, o corte de quatro câmaras era aparentemente normal e a anomalia foi vista nos corte das vias de saída dos ventrículos, sendo detectado 1 caso de dupla via de saída de ventrículo direito e 1 caso de transposição dos grandes vasos da base. As cardiopatias que potencialmente necessitariam de cirurgia cardíaca neonatal foram encaminhadas para que o parto fosse realizado em centro terciário. Os demais casos, triados para o hospital de referência local com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. A taquiarritmia fetal foi tratada intraútero, com digitalização materna. O RN nasceu bem e em ritmo sinusal. Houve 1 caso (0,77%) de cardiopatia complexa do tipo inversão ventricular com vasos normorrelacionados, em feto de gestante diabética, onde a cardiopatia não foi evidenciada através do ecocardiograma fetal. O RN foi a óbito poucas horas após o parto e o diagnóstico foi definido em necrópsia.

# Conclusão:

O ecocardiograma fetal mostrou ser uma importante ferramenta para o diagnóstico de cardiopatias intraútero, com importância

# **RESUMO DE TEMAS LIVRES**

particular para regiões distantes de grandes centros urbanos, pois possibilita o planejamento antecipado do parto, minimizando os problemas médicos, como ausência de suporte neonatal imediato, e principalmente os problemas sociais, como dificuldades de transporte e vagas. Com essas dificuldades superadas, aumentam-se de forma considerável as chances de sobrevida do RN cardiopata.

TL03 - LINGUAGEM DAS CORES: Um modelo de acompanhamento ambulatorial de Hipertensos utilizado por uma Unidade de Saúde no Município do Crato-CE

Sandra Barreto Fernandes, Isaura Elaine Gonçalves Moreira Rocha, Estelita Pereira Lima; Lorena Saraiva de Alencar e Danielle de Norões Mota

Universidade Federal do Ceará – Curso de Medicina, campus Cariri

#### Objetivo:

Apresentar um modelo de acompanhamento de pacientes hipertensos na atenção básica, a partir de uma linguagem acessível que permita o doente entender a importância do controle pressórico, a fim de prevenir as complicações cardiovasculares fatais e não fatais, e, em paralelo, reorganizar o serviço da unidade básica de saúde (UBS). Delineamento: Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal e qualiquantitativo. Material: A amostra compreendeu 139 hipertensos, acompanhados pela Equipe de Saúde das Guaribas, na zona rural do município de Crato, situada na Chapada do Araripe, onde residem cerca de 800 famílias, com condições socioeconômicas desfavoráveis, composta em sua maioria por agricultores analfabetos, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010. A variável considerada foi a pressão arterial. Foram exclusos do estudo: os pacientes que abandonaram o tratamento, os que faleceram ou que foram diagnosticados após início do estudo (em 2007), totalizando 40 pacientes. Não foram considerados no estudo: a terapêutica instituída, os exames complementares, os fatores de risco ou lesão em órgão-alvo. Os dados foram resgatados através dos registros em prontuários. Métodos: Após identificar o inadequado acompanhamento dos hipertensos, a médica da equipe elaborou um instrumento, denominado de "Linguagem das Cores", composto por uma escala de cores, semelhante às do semáforo de trânsito, a ser utilizado durante as consultas ambulatoriais de acompanhamento, constituído pelas cores com seus significados: vermelha (pare, perigo), amarela (atenção) e verde (siga). Tendo em vista a necessidade da existência de um sistema com quatro níveis de classificação, em conformidade com a classificação dos níveis pressóricos em estágios preconizados pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2010, foi introduzida a cor azul, definidos então da seguinte forma: Cor vermelha=estágio 3, equivalente aos níveis de PAS≥180mmHg ou PAD≥110mmHg; cor amarela=estágio 2, representando PAS entre 160 e 179mmHg ou PAD variando de 100 a 109 mmHg; cor azul =estágio 1, níveis de PAS de 140 a 159mmHg ou PAD de 90 a 99mmHg e a cor verde=estágio 0, representando PAS≤139 ou PAD≤89, sendo PAS<130 ou PAD<85mmHg a meta para diabéticos ou renais crônicos. Para o agendamento das consultas foram determinados os seguintes critérios: Estágio 3=consulta médica mensal; estágio 2=consulta médica trimestral; estágio 1 e 0=consulta médica e/ou de enfermagem semestral. Durante as consultas era apresentada a escala de cores ao paciente, correlacionando seu estágio pressórico à cor, informando os riscos cardiovasculares quando nos estágios 3 e 2, e estabelecendo uma corresponsabilidade para o tratamento, enfatizando que quem estivesse no estágio 3 (cor vermelha), teria como objetivo passar para o estágio 2 (cor amarela) até atingir o estágio 0 (cor verde), representado como a meta do tratamento. Resultados Os níveis pressóricos foram analisados em dois momentos distintos: o primeiro em 2007 e o segundo em 2010. Houve redução do estágio 3 de 39,5% para 7,2% e aumento do estágio 0 de 16% para 41%. Conclusões O instrumento aperfeiçoou a reorganização do serviço na UBS para o grupo de pacientes hipertensos e pode ter contribuído para redução dos níveis pressóricos nesses indivíduos.

TL04 - INCIDÊNCIA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PACIENTES COM SUSPEITA CLÍNICA SUBMETIDOS À ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

Autores: Isaura Elaine Gonçalves Moreira Rocha, Ricardo Grangeiro Sampaio, Thaís Costa Gomes, Larissa Souza da Cruz, Ana Cléa Oliveira Neves da Luz

# Instituições:

Unicardio Cariri

Liga Caririense de Estudos Cardiológicos (LICEC) - Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC)

# Fundamentação:

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma doença de elevada mortalidade, tem apresentação clínica variada e prognóstico diretamente relacionado a um diagnóstico rápido e pronto reconhecimento de suas complicações.

#### Objetivo:

Avaliar a incidência de El ao ecocardiograma transesofágico (ETE) em pacientes com suspeita clínica e síndrome febril.

#### Delineamento:

Estudo retrospectivo, observacional e descritivo realizado em clínica privada na região do Cariri.

#### Material e método:

Foram avaliados os dados de 388 pacientes submetidos à ETE no período de janeiro de 2009 a abril de 2013. Nesse grupo, 65 pacientes foram encaminhados com suspeita clínica de EI.

# Resultados:

Da amostra selecionada, identificou-se vegetação ou abscessos perivalvares em 19 casos (29,2%), confirmando a presença de El como critério maior. Houve 6 casos (9,2%) de El em prótese valvar, 2 casos (3%) com acometimento de duas valvas, 3 casos (4,6%) casos com abscesso perivalvar ou periprotético e 1 caso (1,5%) de vegetação prolapsante medindo 3,5cm. A maioria desses pacientes após o ETE foi encaminhada para tratamento cirúrgico. Em 2 casos (3%), a imagem encontrada não foi definitiva vegetação, o achado foi considerado como critério menor e a evolução clínica posterior não confirmou El.

# Conclusão

O ETE constitui método essencial na definição diagnóstica de EI, com sensibilidade e especificidade de até 95,0% e 98,0%, respectivamente, sendo custo-efetivo. Na presente amostra, O ETE confirmou a suspeita clínica em um número significativo de pacientes e definiu a melhor abordagem terapêutica.

TLO5 - MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS: COMPREENSÃO DO USO POR PARTE DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA

Angélica Isabely de Morais Almeida Lidyane de Sousa Calixto Cícera Patrícia Mendes de Sousa Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Joana D'arc de Souza Piancó Luciana Maria Pereira dos Santos Célida Juliana de Oliveira

# UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A identificação de toda e qualquer dificuldade apresentada pelo paciente durante o tratamento medicamentoso da hipertensão é essencial para que ações direcionadas e efetivas sejam aplicadas pela Enfermagem a fim de ajudar no seguimento adequado ao tratamento estabelecido. Dessa forma, objetivou-se investigar a compreensão de pacientes hipertensos a respeito da utilização dos medicamentos anti-hipertensivos. Estudo exploratório de nartureza quantitativa, desenvolvido com uma amostra de 145 pacientes em tratamento





farmacológico para hipertensão. A coleta de dados se deu por fonte primária de setembro de 2012 a abril de 2013. Houve aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Percebeu-se uma prevalência de hipertensos do sexo feminino, idosos, sendo que a faixa etária variou no intervalo de 24 a 85 anos, indivíduos não brancos, que convive com companheiro, baixa escolaridade e baixa renda, visto que a maioria dos entrevistados eram aposentados e/ou pensionistas, além de muitas donas de casa, sem renda fixa. Constatou-se que 91% dos hipertensos afirmou que sabe identificar os intervalos entre as doses do(s) medicamento(s) e a finalidade de cada medicamento anti-hipertensivo utilizado. Além disso, mais da metade dos pacientes (56,6%) sabe referir a dose de cada remédio que está sendo utilizado. O fato de os pacientes estarem cientes desses aspectos pode possibilitar uma maior facilidade para seguir o regime medicamentoso e contribuir de forma satisfatória com o tratamento global da hipertensão. Porém, ao serem questionados sobre o nome do(s) fármaco(s) e até quando iriam fazer uso deste(s), a maior parte referiu que não sabia responder (54,5% e 71,1%, respectivamente). Estes dados deixam nítido um problema de grande relevância, pois o desconhecimento da duração do tratamento medicamentoso pode favorecer a prática de condutas não aceitáveis, como por exemplo, aderir ao fármaco, sem o consentimento médico, apenas quando a PA está elevada ou até o momento da remissão dos sintomas e normalização da pressão.

Ações de educação em saúde devem ser adequadas a cada realidade e possibilitar o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões relacionadas ao seu bem estar.

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyklyxtto@hotmail.com
Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro

voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC: Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email:

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC. Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador, Email: lubaby81@

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA); Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# TL 06 - PREVALÊNCIA DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM IDOSOS PARTICIPANTES DE PROJETO DE EXTENSÃO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

<sup>1</sup>Callou, EQ.<sup>1</sup> Pinheiro, JV. <sup>1</sup>Lima, FG. <sup>1</sup>Oliveira, PLP. <sup>1</sup> Faculdade de Medicina do Cariri, Barbalha UFC/CE

# Objetivo:

O estudo visa identificar a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares de componentes da síndrome metabólica em idosos participantes do Projeto Promoção da Saúde do idoso: informação e socialização.

# **Delineamento:**

As doenças crônicas são as principais responsáveis pela mortalidade em vários países do mundo1 Em 2008, das 57 milhões de morte no planeta, 63% foram decorrentes de doenças crônicas, principalmente por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias1. Nos países com baixa renda, mais de 80% das mortes teve como causa doenças cardiovasculares e diabetes. No Brasil, as mortes por doenças cardiovasculares (DCV) correspondem a 31,88%2. Hipertensão arterial, resistência insulínica, obesidade abdominal e dislipidemia são as principais variáveis definidoras de síndrome metabólica 3. Esta síndrome tem importância epidemiológica por aumentar a mortalidade para as doenças cardiovasculares em 2 vezes a 3 vezes3. Os idosos apresentam, em geral, grande prevalência para eventos cardiovasculares, logo é importante uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para a detecção e tratamento precoce. Trata-se de um estudo transversal com 37 idosos cadastrados no Posto de Saúde Alto da Alegria II no município se Barbalha, Ceará.

#### Material:

Realizado um estudo transversal com idosos cadastrados no Posto de Saúde Alto da Alegria II no município se Barbalha, Ceará. A amostra de 37 idosos foi a partir dos participantes do Projeto de Extensão Promoção da Saúde do idoso: informação e socialização durante o ano de 2012, constituído de orientações médicas quinzenais, para a promoção da saúde a partir da educação. Foram excluídos os idosos em que não se poderam aferir os dados antropométricos, por imobilidade física.

#### Métodos:

Foi aplicado um protocolo padrão em que foram avaliados os componentes da síndrome metabólica. A idade, prevalência de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia foram colhidos a partir da entrevista clínica. Registraram-se os dados antropométricos como altura, peso, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal aferidos durantes as reuniões do projeto. A pressão arterial foi aferida em todos encontros. A obesidade foi definida como índice de massa corporal ≥30 kg/m2 e obesidade abdominal como circunferência abdominal ≥ 80 cm nas mulheres e ≥90 cm nos homens4. Sobrepeso foi definido como IMC ≥25 kg/m2.

Participaram 37 idosos dos 395 idosos cadastrados (9,36%). Na amostra, 12 eram homens e 25 mulheres. Isto pode ser justificado por um maior número de mulheres na população brasileira (96homens:100mulheres), além de uma diminuição significativa dessa razão a partir dos 60 anos5. A média da idade foi de  $75,3 \pm 9,58$  anos. Entre as mulheres a média de idade foi de 74 anos e nos homens 78,4 anos. Dos idosos participantes 24 apresentaram ≥3 fatores de risco para DCV, 7 com 2 fatores e 6 com ≤1 fator. Nessa amostra, 78,38% eram hipertensos, 29,73% diabéticos e 32,43% possuíam alteração do perfil lipídico. Obesidade abdominal esteve presente em 66,67% dos homens e em 92% das mulheres. Obesidade esteve presente em 32% das mulheres e em 16,67% dos homens. Percebe-se que o porcentual de pacientes que se encontravam entre sobrepeso e obeso foi elevado 70%, acima da média nacional que é de 50%6.

Observa-se que é importante uma maior atenção pelos profissionais de saúde da população idosa, em virtude da grande prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Estes achados justificam a necessidade de medidas intervencionistas, pois poderiam diminuir a morbimortalidade da faixa etária estudada.

World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva:WHO; 2011; <sup>2</sup>Martins et al. Fatores de Risco Cardiovascular em adultos na UDT Rev Bras Cardiol.2011:24(5):299-307: 3 Maria Paula Carvalho Leitão et al. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo – SP.Rev Assoc Med Bras 2012; 58(1):60-69; <sup>4</sup> Alberti KJ, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome-a new worldwide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation, Diabet Med. 2006;23:469-80; <sup>5</sup>http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866 Acessado em 25 de maio às 11:35 6 Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

# TL07 - CAUSAS INTERVENIENTES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FALTA DE ADESÃO

Angélica Isabely de Morais Almeida Lidvane de Sousa Calixto Cícera Patrícia Mendes de Sousa Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Joana D'arc de Souza Piancó Luciana Maria Pereira dos Santos Célida Juliana de Oliveira

# UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A adesão ao regime terapêutico da hipertensão deve ser vista como uma atividade conjunta na qual a pessoa não somente obedece às orientações dos profissionais de saúde, mas entende, concorda e adota os regimes prescritos. Portanto, deve haver uma aliança terapêutica

# **RESUMO DE TEMAS LIVRES**

entre paciente e estes profissionais, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento Deve-se reconhecer o elevado número de pessoas com essa doença e a dificuldade apresentada pelos os profissionais de Enfermagem em manter bons índices na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Objetivou-se identificar as principais causas da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes não aderentes. Estudo exploratório quantitativo, desenvolvido com 145 pacientes em tratamento farmacológico para hipertensão. A coleta de dados por fonte primária ocorreu de setembro/2012 a abril/2013. Houve aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Foi avaliado o grau de adesão dos pacientes da pesquisa por meio da aplicação do Questionário MBG, em que a nota máxima obtida por esses pacientes foi de 45 pontos e a mínima 7 pontos (média de 28,4 pontos, desvio padrão 7,2). Desta forma, foi possível identificar o diagnóstico Falta de Adesão em 68,3% dos pacientes com hipertensão arterial acompanhados. Quando se verifica o comportamento da adesão dos pacientes, de acordo com cada item verificado, somente três das 12 questões, obtiveram nota média superior a 3,0 pontos: "Toma os medicamentos no horário estabelecido?"; "Você toma todas as doses indicadas?" e "Assiste às consultas de seguimento programadas?". As principais causas intervenientes apresentadas pelos pacientes hipertensos foram: "Medo de ficar dependente/viciado no medicamento", "Já tomou outros remédios e não fez efeito" e "Não gosta de fazer exercício". Quando a pessoa não é capaz de integrar o esquema medicamentoso e as modificações dos hábitos de vida no seu dia-a-dia, aderindo de modo regular ao regime proposto ou quando não se verifica a implementação na vida diária dessas novas atividades essenciais para a prevenção ou tratamento da doença, tem-se os problemas de adesão. O seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso torna-se um espaço onde o enfermeiro deve atuar, mediante estratégias junto ao paciente para melhorar sua adesão e dessa forma contribuir para prevenir o surgimento de complicações relacionadas à hipertensão.

# TL08 - ANÁLISE DO PERFIL DE HIPERTENSOS QUANTO À ADESÃO AO TRATAMENTO

Autores: Ticiane Ponciano de Oliveira Lima<sup>1</sup>; Juliana Albuquerque de Oliveira<sup>1</sup>; Bárbara Karoline de Oliveira Cruz<sup>1</sup>; Julie de Souza Barreto<sup>1</sup>; Leonardo José Macedo Filho<sup>1</sup>; Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>2</sup>

# Instituicões:

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ. <sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará-UECE.

# Objetivo:

Objetivou-se descobrir o percentual de pacientes hipertensos que aderem à conduta terapêutica, além de conhecer as principais dificuldades de adesão

# Delineamento:

Estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. **Material**:

O presente estudo foi realizado com hipertensos junto às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASFs) da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, selecionados randomicamente, totalizando 220 pacientes.

# Métodos:

Coleta de dados através da aplicação de formulários que avaliarão variáveis como: enfrentamento eficaz do estresse, consumo de gordura, prática regular de exercícios físicos e o uso adequado do medicamento. Para a coleta de dados, foi realizada uma oficina em cada UBASF, por mestrandos e graduandos. Os pacientes que não compareceram à oficina receberam visita domiciliar. Esta pesquisa está inserida no projeto guarda-chuva, que tem por título "Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em pessoas com hipertensão e complicação associadas, com e sem adesão ao tratamento, Fortaleza-Ceará".

Resultado: Os usuários foram classificados de acordo com as respostas

dos formulários em cinco categorias, adesão ideal (11,82%), não adesão leve (39,54%), não adesão moderada (38,18%), não adesão grave (9,09%) e não adesão gravíssima (1,37%). Dentre os principais fatores relacionados à não adesão foram evidenciados o duradouro tempo de terapêutica, o alto custo das drogas, os efeitos colaterais causados por algumas delas e a mudança necessária no estilo de vida, nos hábitos alimentares, além de outros fatores.

#### Conclusão:

Frente aos resultados obtidos podemos perceber que a maior quantidade de pacientes ainda se enquadra em uma não adesão leve o que ainda os torna passiveis de receberem melhores orientações e passarem a adesão ideal. Esse trabalho representa um aprimoramento do conhecimento sobre as dificuldades de adesão ao tratamento, contribuindo para a escolha de novas formas de prevenção das complicações e de controle da hipertensão, assim como novos caminhos de incentivo ao prosseguimento do tratamento, tanto farmacológico, quanto não-farmacológico.

# TL09 - INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Joana D'arc de Souza Piancó Angélica Isabely de Morais Almeida Lidyane de Sousa Calixto Cícera Patrícia Mendes de Sousa Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Luciana Maria Pereira dos Santos Célida Juliana de Oliveira

# UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo importante refletir na gravidade das suas conseguências e na importância do estímulo ao portador de hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde e auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos. Objetivouse descrever o perfil de idosos com hipertensão que apresentam problemas na adesão terapêutica, enfocando alguns fatores de risco cardiovascular. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, desenvolvido com 45 idosos de uma Unidade de Saúde da Família no município de Crato/CE. A coleta se deu por fonte primária, no período de julho a setembro de 2012 e os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e confrontados com literatura pertinente. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Ocorreu maior frequência do sexo feminino (62,2%), faixa etária entre 60 e 69 anos (62,2%), indivíduos pardos (62,2%), que convivem com companheiro (60%). Possuem baixa escolaridade (média de 2,42 anos, DP=3,09) e renda familiar baixa (média de 1,81 salário mínimo, DP=1,13). Constatou-se que a maior parte dos idosos hipertensos estava com sobrepeso (42,2%) ou obesidade (35,5%) e circunferência abdominal superior à recomendada (85,7% das mulheres e 29,4% dos homens). Mais da metade dos idosos (55,5%) apresentou níveis pressóricos considerados elevados, de acordo com o preconizado pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 42,2% dos idosos apresentam outras doenças associadas à hipertensão, como diabetes ou dislipidemia e 15,5% deles já sofreu com alguma consequência dos valores pressóricos descontrolados, como infarto ou acidente vascular cerebral. Ao se identificar estes fatores de risco, notou-se que apesar dos hipertensos referirem estar em tratamento medicamentoso, a pressão arterial e os outros parâmetros clínicos se mostraram alterados, o que pode aumentar os riscos para futuras complicações. Vale apontar aqui, a importância da associação entre a terapia medicamentosa e não medicamentosa, sendo que foi observado que esta modalidade de tratamento poderia não estar sendo executada adequadamente pelos idosos e, assim, ter influenciado para essas alterações. Conclui-se que apesar dos idosos mostrarem-se com estado de saúde cardiovascular regular e de estarem em constante acompanhamento multiprofissional, eles ainda sofrem com problemas relacionados à hipertensão, acarretando no aumento do risco desses indivíduos desenvolverem uma série de complicações decorrentes da doença. A identificação e o conhecimento, por parte dos enfermeiros,





dos fatores de risco cardiovascular em grupos populacionais, como neste caso, os idosos, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública na prevenção primária visando a redução da morbimortalidade por esses problemas.

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC); Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET. Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do

GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyklyxtto@notmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br

#### TL10 - SEGUIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO POR PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Luciana Maria Pereira dos Santos | Angélica Isabely de Morais Almeida | Lidyane de Sousa Calixto | Cícera Patrícia Mendes de Sousa | Ruanna Gabriela Alves Rodrigues | Joana D'arc de Souza Piancó | Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de alta prevalência, que por depender da colaboração e participação ativa do indivíduo hipertenso para seu controle, constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde. Muitas vezes, os enfermeiros parecem se preocupar mais com o tratamento não farmacológico da hipertensão, pelo enfoque da educação em saúde, mas pacientes em tratamento farmacológico requerem uma atuação intensa da Enfermagem. Dessa forma, este estudo objetivou descrever aspectos do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo adotado por pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família. Estudo exploratório quantitativo, desenvolvido com 145 pacientes em tratamento farmacológico para hipertensão. A coleta de dados por fonte primária ocorreu de setembro/2012 a abril/2013. Houve aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município do Crato/CE. Constatou-se que 33,1% dos indivíduos estavam em tratamento farmacológico monoterápico. Do restante, que utilizam mais de um fármaco diferente para a hipertensão, 48,3% usa duas drogas. Entretanto, há indivíduos que utilizam até cinco medicamentos diferentes por dia. Ao serem questionados sobre a necessidade de ajuda para realizar o tratamento, apenas 18,6% dos pacientes relataram que precisam de algum tipo de ajuda, especialmente, quanto a lhes lembrar do horário do medicamento antihipertensivo. E quem mais oferta esta ajuda é o cônjuge, especialmente quando é o marido que necessita de ajuda da esposa. Foi identificado também que 91% dos hipertensos afirmou que sabe identificar os intervalos entre as doses do(s) medicamento(s) e a finalidade de cada medicamento anti-hipertensivo utilizado. Além disso, mais da metade dos pacientes (56,6%) sabe referir a dose de cada remédio que está utilizando. O fato de conhecerem estas características pode possibilitar uma maior facilidade para seguir o regime medicamentoso e contribuir de forma satisfatória com o tratamento da hipertensão. Porém, ao serem questionados sobre o nome do(s) fármaco(s) e até quando iriam fazer uso deste(s), a maior parte referiu que não sabia responder (54,5% e 71,1%, respectivamente). Conclui-se que mesmo sendo a escolha do medicamento de responsabilidade médica, a atuação do enfermeiro é fundamental nas orientações sobre o tratamento e esclarecimentos de dúvidas desses indivíduos, pois as falhas no tratamento medicamentoso da hipertensão podem trazer sérias consequências cardiovasculares.

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@ hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC: Bolsista PIBIC-CNPg, Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do

GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyklyxtto@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com
Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do

GPESCC. Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA); Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: celidajuliana@yahoo.com.br

#### TL11 - SEGUIMENTO DO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO POR PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Luciana Maria Pereira dos Santos Angélica Isabely de Morais Almeida Lidvane de Sousa Calixto Cícera Patrícia Mendes de Sousa Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Joana D'arc de Souza Piancó Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

Um dos maiores desafios para o paciente com hipertensão é aceitar a convivência com a cronicidade da doença. Como a doença normalmente exige modificações no estilo de vida, o tratamento não medicamentoso deve ser constantemente estimulado pelo enfermeiro. Sabendo que esta modalidade do tratamento anti-hipertensivo pode refletir no retardo do desenvolvimento da hipertensão em indivíduos com pressão limítrofe e ter impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravo da hipertensão, objetivouse descrever os aspectos do tratamento não medicamentoso antihipertensivo adotado por pacientes atendidos na Estratégia de Saúde da Família. Estudo exploratório quantitativo, desenvolvido com 145 pacientes em tratamento farmacológico para hipertensão. A coleta de dados por fonte primária ocorreu de setembro/2012 a abril/2013. Houve aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Crato/CE. Em relação às medidas não farmacológicas adotadas, tem-se que apenas 30,4% dos pacientes afirmaram não consumir sal e 42,7% não consomem gordura na alimentação diária. Além disso, 85,5% negaram etilismo e tabagismo atual, mesmo que já tenham feito uso dessas substâncias em algum momento da vida. Os pacientes hipertensos também referiram de forma considerável (57,3%) a presença do estresse em sua realidade cotidiana e a inabilidade em lidar com situações conflitantes, fator este que pode influenciar diretamente na elevação da pressão arterial em pessoas com hipertensão. Apenas 38,6% dos hipertensos avaliados referiram praticar atividade física regular, com maior prevalência da caminhada (92,8%). As características das atividades físicas praticadas apresentaram bons resultados, pois a frequência da prática foi de 3,8 vezes por semana e com duração em torno de 50 minutos. A adesão ao regime terapêutico da hipertensão deve ser vista como uma atividade conjunta na qual a pessoa não somente obedece às orientações dos profissionais de saúde, mas entende, concorda e adota os regimes prescritos. Portanto, deve haver uma aliança terapêutica entre paciente e estes profissionais, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento. Como argumento positivo para a modificação de hábitos não saudáveis tem-se o baixo custo e risco mínimo, redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco, aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular.

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA);

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@ hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyklyxtto@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC, Email: joan.apia.nco@hotmail.com



Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# TL12 - TRATAMENTO NÃO-FAMACOLÓGICO ANTI-HIPERTENSIVO: PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA POR PESSOAS COM HIPERTENSÃO

Lidyane de Sousa Calixto | Ruanna Gabriela Alves Rodrigues | Angélica Isabely de Morais Almeida | Cicera Patricia Mendes de Sousa | Joana D'arc de Souza Piancó | Luciana Maria Pereira dos Santos | Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

O tratamento anti-hipertensivo visa reduzir os valores tensionais na tentativa de diminuir eventos clínicos mais graves decorrentes da doença. Entre o tratamento não farmacológico da hipertensão está a modificação no estilo de vida, incluindo a prática regular de atividade física. O exercício físico de baixa a moderada intensidade provoca redução da pressão arterial e da morbimortalidade cardiovascular, mas a escolha do tipo de exercício deverá ser orientada de acordo com as preferências e limitações individuais. Assim, o estudo objetivou identificar a prática de atividade física por um grupo de pessoas com hipertensão arterial. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado nas duas maiores Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Crato-CE. Participaram da pesquisa 145 pacientes, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de hipertensão. A coleta de dados primária se deu por meio de um formulário e os dados foram analisados com estatística descritiva. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Houve prevalência de participantes do sexo feminino (70,3%), idosos (média de 62,4 anos) e aposentados (53,1%). Constatou-se que uma boa parte dos hipertensos encontrase com peso acima do recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (IMC médio de 27,9; desvio padrão de 4,91). Além disso, a circunferência abdominal estava em valores acima do normal na maioria dos pacientes, tanto nos homens como nas mulheres (média de 92,9 cm; desvio padrão de 10,93). Em relação à prática de atividade física, apenas 38,6% dos hipertensos avaliados referiram praticar regularmente, com maior prevalência da caminhada (92,8%) entre eles. Este resultado pode estar associado ao fato de ser uma atividade bastante incentivada pelos profissionais da saúde, como também, por ser mais acessível, prática e econômica para ser executada. Houve citação ainda da ginástica, futebol, hidroginástica, além da associação da caminhada com atividades aeróbicas moderadas. Além disso, as características das atividades físicas praticadas apresentaram bons resultados, pois a frequência da prática foi de 3,8 vezes por semana e com duração média de 50 minutos. Mesmo assim, os dados mostram uma situação preocupante, visto que o sedentarismo, identificado nos demais pacientes, constitui importante fator de risco para eventos cardiovasculares, além disso, a maior taxa de mortalidade é comprovada em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico. Os efeitos benéficos da atividade física regular devem ser levados em consideração no tratamento do hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e de suas doses, devendo ser sempre estimulada a sua prática para todos os indivíduos.

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC); Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyanecalixto@gmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC. Bolsista PET. Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@ hotmail.com

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br



A tecnologia inovadora quadripolar permite um melhor gerenciamento de pacientes com insuficiência cardíaca através de:

- Estimulação do ventrículo esquerdo na região preferida, incluindo a possibilidade de estimulação mais basal, sem comprometer a estabilidade do eletrodo.
- Solução não invasiva para evitar a estimulação de nervo frênico em 100% dos casos.
- Redução na necessidade de reposicionamento do eletrodo ou revisões cirúrgicas.
- Menor tempo de implante e exposição à fluoroscopia.

Encontre informações clínicas em SJMquadripolar.com



br.sjm.com





# RELAÇÃO DE PÔSTERES ELETRÔNICOS

Nº	TRABALHO	AUTOR
P01	GRANULOMATOSE DE WEGENER COM ACOMETIMENTO CARDÍACO: RELATO DE CASO	ISAURA ELAINE GONÇALVES MOREIRA ROCHA
P02	AÇÃO COMUNITÁRIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	LEILANE ANDRADE ALBUQUERQUE ALBUQUERUE
P03	AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE UM CASO DE AVC CRIPTOGÊNICO CONCOMITANTE A PRESENÇA DE FOP	MARCELO CAETANO PESSOA MOREIRA
P04	PROLAPSO DE VALVA MITRAL (PVM) COM RUPTURA DE CORDOALHA EM MULHER OCTOGENÁRIA	ANA CLÉIA OLIVEIRA NEVES DA LUZ
P05	TAQUICARDIA VENTRICULAR REPETITIVA NÃO SUSTENTADA EM MULHER SEM DOENÇA CARDÍACA ESTRUTURAL	FRANCIARDSON BEZERRA DO NASCIMENTO JÚNIOR
P06	HEMANGIOMA SUPRAVALVAR MITRAL	FRANCIARDSON BEZERRA DO NASCIMENTO JÚNIOR
P07	HIPERALDOSTERONISMO SECUNDÁRIO COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO REFRATÁRIA	THAYGA MARIA ARAÚJO SAMPAIO
P08	ENDOCARDITE INFECCIOSA COM EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA ESPLÊNICA: RELATO DE CASO	ANTÔNIO SILAIDE DE ARAÚJO JÚNIOR
P09	HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO	SAWANNA KEILEN ESMERALDO FEITOSA
P10	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA A UMA GESTANTE ACOMETIDA POR PRÉ- ECLÂMPSIA E ANOMALIA DE EBSTEIN	CICERA DAYSE FERREIRA SOUSA LIMA
P11	TAMPONAMENTO CARDÍACO POR PERICARDITE LÚPICA	ANGELO RONCALLI RAMALHO SAMPAIO
P12	CUIDADOS DE ENFERMAGEM APLICADOS A UMA USUÁRIA COM PÉ DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	CICERA DAYSE FERREIRA SOUSA LIMA
P13	MIOCARDIOPATIA ACROMEGÁLICA: RELATO DE CASO.	WILSON GONÇALVES SOMBRA
P14	VISITA DOMICILIAR: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	LOPES, LARISSA VIEIRA
P15	DIABETES MELLITUS COMO FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
P16	CARDIOPATIAS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA	JOANA D'ARC DE SOUZA PIANCÓ
P17	ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO DA LITERATURA	





No	TRABALHO	AUTOR
P18	PROGRESSÃO DE ATEROSCLEROSE OU REESTENOSE INSTRASTENT EM BORDA DE STENT FARMACOLÓGICO?	STEFÂNIA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES
P19	LIGA ACADÊMICA DE CARDIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ: RELATO DE 4 (QUATRO) ANOS DE EXPERIÊNCIA.	THAÍS COSTA GOMES
P20	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	NATASHA KÊNIA MACIEL DO NASCIMENTO
P21	CONTRIBUIÇÕES DA VISITA DOMICILIAR A PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES: RELATO DE EXPERIÊNCIA	NATASHA KÊNIA MACIEL DO NASCIMENTO
P22	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST – QUANDO O TRATAMENTO CLÍNICO É OPÇÃO AO TROMBO – INTRACORONÁRIO	RAFAELA DE MACÊDO MELO
P23	TRANSPLANTE ISOGÊNICO DE ILHOTAS PANCREÁTICAS NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO I: ASPECTOS ATUAIS	RAUL RODRIGUES BARROS
P24	CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COMPLEXAS: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE	JULIE DE SOUZA BARRETO
P25	INCIDÊNCIA DE AFECÇÕES CARDIOVASCULARES EM IDOSAS INTERNADAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM JUAZEIRO DO NORTE - CE	FRANCIARDSON BEZERRA DO NASCIMENTO JÚNIOR
P26	COMPORTAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL E INFLUÊNCIA DO ESTRESSE EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO	LIDYANE DE SOUSA CALIXTO

# P01 - GRANULOMATOSE DE WEGENER COM ACOMETIMENTO CARDÍACO: RELATO DE CASO

#### Autores:

Isaura Elaine Gonçalves Moreira Rocha, Thaís Costa Gomes, Lara Eduardo de Galiza, Luane Bitu Leal Alencar, Natália Parente Alencar.

#### Instituições:

Unicardio Cariri

Liga Caririense de Estudos Cardiológicos (LICEC) - Projeto de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC)

#### Fundamento:

A Granulomatose de Wegener (GW) é uma doença sistêmica auto-imune, idiopática, que acomete pequenas e médias artérias, principalmente dos rins e dos tratos respiratórios superior e inferior. O envolvimento cardíaco é raro, e na maioria dos casos, silencioso e tardio na história natural da doença.

#### Obietivo:

Relatar um caso de Granulomatose de Wegener com acometimento cardíaco no miocárdio, em valvas e no sistema de condução cardíaco.

#### Delineamento:

Relato de caso.

#### Relato de caso:

M.L.R.S, sexo feminino, diagnóstico de GW há 15 anos, com acometimento pulmonar, auditivo e ocular. Após 10 anos do início do quadro, apresentou BAVT intermitente, sendo necessário implante de marcapasso cardíaco definitivo. Seguida ambulatorialmente há 4 anos, quando realizou ecocardiograma e observou-se disfunção contrátil leve do ventrículo esquerdo (VE), espessamentos em valvas aórtica e mitral, com regurgitação aórtica em grau moderado e mitral em grau leve. Em consultas ambulatoriais subsequentes, relatava queixa de dor precordial ocasional e dispneia aos grandes esforços. TC de tórax de 1 ano evidenciou opacidade de aspecto fibrótico em região apical, derrame pericárdico leve e pleural leve, além de cardiomegalia. Função renal encontrava-se preservada (Cr:0,66; Ur:18). Há 6 meses, evolui com persistência do desconforto precordial, com ECG evidenciando ritmo comandado por marcapasso com BRE. Ecocardiograma mais recente evidenciou granulomas em região perivalvar aórtica, em parede de átrio esquerdo e no miocárdio do VE e comprometimento moderado na função contrátil. Nova TC de tórax evidenciou micronódulo em pulmão direito com finas faixas radiodensas em pulmão esquerdo. Atualmente, a paciente apresenta um quadro de insuficiência cardíaca (IC) em classe funcional II, possível pericardite como causa da dor torácica e faz tratamento convencional com bloqueador do receptor de angiotensina, betabloqueador e aldactone, além de corticoterapia e metotrexate.

#### Discussão:

As manifestações cardíacas na GW geralmente são tardias, sendo as mais frequentes a pericardite e alterações da contratilidade segmentar do VE. No caso clínico, a paciente apresentou acometimento cardíaco importante, incluindo alterações do sistema de condução, disfunção contrátil do VE com granulomas perivalvares e no miocárdio, indicando caráter mais agressivo da GW.

#### Conclusão:

Recomenda-se que os pacientes com GW seja submetidos ao ecocardiograma no momento do diagnóstico e de forma seriada, mesmo nos casos assintomáticos, com objetivo de detectar precocemente acometimento o cardíaco e suas complicações.

P02 - AÇÃO COMUNITÁRIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leilane Andrade Albuquerque Albuquerue<sup>1</sup> | Adriana de Moraes Bezerra<sup>2</sup> | Larissa Vieira Lopes<sup>3</sup> | Natasha Kênia Maciel do Nascimento<sup>4</sup>

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

As doenças crônicas não transmissíveis e de ocorrência multifatorial são responsáveis por milhares de mortes todos os anos, tendo como destaques a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabete melito e dislipidemias, entre outros. No Brasil, essa doença crônica afeta de 22 a 43,9% da população adulta, e de 2 a 13% da população de crianças e adolescentes. No sentido de preveni-la torna-se relevante as ações comunitárias e educação em saúde que abordem o tema. Objetivou-se relatar a experiência de bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET) de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA frente à promoção de uma ação comunitária sobre hábitos de vida saudáveis para o controle da hipertensão arterial como atividade extra-muro da Semana de Enfermagem da URCA – SENURCA. Este estudo é do tipo relato de experiência, natureza qualitativa, descritiva. A ação aconteceu durante toda a manhã da quarta-feira, 15 de maio de 2013, na Praça São Vicente da cidade de Crato-CE, tendo como público alvo os circulantes naquele local. Essa ação ainda ocorreu concomitantemente às atividades comunitárias do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC), do Grupo de Extensão Adolescer com Saúde e do Serviço Social do Comércio (SESC) da cidade de Crato-CE. Para atração da população, foram expostos alimentos que poderiam ser consumidos pelos pacientes hipertensos e também os que deveriam ser evitados para manter o controle dos níveis pressóricos. Além disso, foi utilizado material para aferição da pressão arterial. Ao tempo que as pessoas iam se aproximando, formava-se uma roda de conversa em que era, inicialmente, questionado sobre o conhecimento da hipertensão arterial e como conviver com a mesma, identificando quem era portador ou não desta doença. Em seguida, deu-se continuidade com a discussão do consumo demasiado de sal, seja ele o comum ou em temperos industrializados, que são compostos por conservantes, excesso de sódio e glutamato monossódico com poder tóxico. Nesse contexto, foi alertado sobre a quantidade limite de sal correspondente a 2g de sódio ou 5g de sal (cloreto de sódio) por dia e para exemplificar mostrávamos essa quantidade em uma tampa de caneta, surpreendendo a todos os envolvidos pelo o quanto estamos habituados a exceder nessas medidas. A conversa prosseguiu com os esclarecimentos da ingesta de alimentos que beneficiavam ou prejudicavam a saúde e associados à elevação da pressão arterial, colocando em questão muitas curiosidades dos participantes. Enfatizou-se a preferência para frutas, carnes brancas (aves e peixes), verduras e legumes para a dieta diária, evitando assim, carnes vermelhas, gorduras saturadas. Integrado a alimentação, foram feitas orientações sobre atividades físicas para a realização de pelo menos três vezes na semana e iniciando de forma leve, como caminhadas de 15 a 20 minutos. Além disso, foi debatido sobre a adesão terapêutica medicamentosa daqueles com diagnóstico de hipertensão arterial, orientando o uso em dose e hora correta e sobre a importância da continuidade do tratamento para o controle dos níveis pressóricos. Tratamos também da associação de álcool e drogas para a elevação da pressão arterial, além dos outros problemas de saúde que podem ser desencadeados com os mesmos. Após o debate sobre os hábitos de vida saudáveis para evitar ou controlar hipertensão arterial, era realizada a técnica de aferição de pressão arterial e questionado sobre eventuais dúvidas que ainda existam. Concluiu-se com este trabalho o interesse e curiosidade das pessoas para o debate desta temática, que apesar de acometer muitas pessoas, ainda geram dúvidas e questionamentos de como se prevenir ou aprender a conviver com essa doença. A satisfação após os esclarecimentos foi relatada pelos envolvidos ao final da roda de conversa. Entretanto, percebemos, também através de relatos, que muitos encontram dificuldades nas unidades de saúde para esse tipo de debate, permanecendo um enfoque no tratamento medicamentoso, quando não somente na distribuição dos mesmos. Percebemos que a vida agitada das pessoas que circulavam no local foi um fator que contribuiu para muitos não se incluírem ao momento proposto.

 URCA. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) e membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC), e-mail:Leilane alencar@

<sup>1</sup> Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) e membro do Grupo de Pesquisa





#### hotmail.com

2Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC, e-mail:adriana1mb@hotmail.com 3 Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC, e-mail: laryvieira@live.com

4Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Bolsista PIBIC-URCA, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC e-mail: natashakenia@gmail.com

# P03 - AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE UM CASO DE AVC CRIPTOGÊNICO CONCOMITANTE A PRESENÇA DE FOP

Autores: Marcelo Caetano Pessoa Moreira, Ricardo Parente Garcia Vieira, José Celio Couto Vasconcelos, Patrícia Rosane Leite de Figueiredo. Hospital Regional do Cariri – HRC Juazeiro do Norte CE. Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ.

#### INTRODUÇÃO

Estudos com casos controles tem demonstrado um aumento na incidência de AVC criptogênico (40%) em pacientes jovens com forame oval patente (FOP).

Outros estudos mostraram que mesmo com uma alta prevalência de FOP em pacientes com AVC criptogênico e em pacientes com migrânea, não foi observado um aumento na incidência de AVC primário ou recorrente. Portanto, atualmente o FOP per se não pode ser considerada uma causa primaria de AVC.

#### OBJETIVO

Avaliar o processo de investigação, classificação e condução de paciente com diagnostico de AVC e FOP para fornecer subsídios quanto ao melhor tratamento em casos semelhantes.

#### **RELATO DE CASO**

Paciente do sexo masculino, JLM, 32 anos de idade deu entrada na emergência com história súbita de zumbido em ouvido direito, seguido de edema em membros inferiores, vertigem, hemiplegia no dimidio corporal direito, disartria, dispneia e desorientação permanecendo internado para suporte clinico e investigação.

Um ecodoppler venoso de membro inferior esquerdo realizado em 22 de dezembro de 2012 mostrou trombose venosa profunda.

Oito dias após o inicio dos sintomas, realizou uma Angiotomografia dos vasos pulmonares revelando tromboembolismo segmentar á direita.

No dia 30 de dezembro realizou uma RNM de crânio evidenciando insultos isquêmicos lacunares subagudos em tronco cerebral e cerebelo e calcificação frontal esquerda de aspecto residual.

No dia 18 de janeiro realizou um ecocardiograma transesofágico com teste de microbolhas que evidenciou forame oval patente medindo 3,9 mm com shunt bidirecional, ausência de alterações de câmaras cardíacas e/ou trombo intracavitário.

A fim de afastar estados de trombofilias primárias, o paciente fora investigado para SAAF, LES, deficiência do cofator antitrombina, distúrbios da proteína C e S, hiperhomocisteinemia, HPN e dislipidemia, tendo sido todos descartados.

#### **RESULTADOS**

Trata-se de um caso de AVC, TEP e TVP em vigência de FOP. A presença de um fluxo direito-esquerda pode provocar alterações na circulação pulmonar sujeitando o organismo a hipertensão pulmonar primaria, embolia entre outros. Muito embora a estratégia ideal para paciente com diagnóstico de embolia paradoxal em presença de FOP ainda permaneça controversa, nos casos em que estão presentes o shunt direito-esquerdo e com aumento da pressão nas câmaras direitas, o fechamento do forame oval patente indica claro benefício. O seu fechamento percutâneo pode ser valioso, particularmente em pacientes com FOP e aneurisma de septo atrial.

#### **CONCLUSÃO**

Devido ao shunt através do forame oval ser do tipo bidirecional e não haver manifestações consistentes de hipertensão arterial pulmonar optou-se por não realizar a correção percutânea do FOP, uma vez que não há evidencias suficientes na literatura que justifiquem esse

procedimento como rotina.

O paciente foi então tratado com antigoagulação plena tendo uma evolução satisfatória. Foi sugerido anticoagulação com varfarin 5mg ao dia por tempo indeterminado.

# P04 - PROLAPSO DE VALVA MITRAL (PVM) COM RUPTURA DE CORDOALHA EM MULHER OCTOGENÁRIA

#### **AUTORES:**

Ana Cléia Oliveira Neves da Luz(1); Luane Bitu Leal Alencar(2); Rafael de Souza Barbosa(3); David Felinto Sampaio(4);

André Tavares Evangelista(5); Carlos Enio Amaro Felinto(6).

- 1- Estudante de medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus Barbarlha-CE;
- 2- Estudante de medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus Barbarlha-CE;
- 3- Estudante de medicina da Universidade Federal do Ceará, Campus Barbarlha-CE;
- 4- Estudante de medicina da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-CE;
- 5- Médico Cardiologista e Ecocardiografista do Hospital do Coração do Cariri, Barbalha-CE;
- 6- Médico Cardiologista e Ecocardiografista do Hospital do Coração do Cariri, Barbalha-CE;

#### INSTITUIÇÃO

Hospital do Coração do Cariri (HCC), Barbalha-CE.

#### TÍTULO

"Prolapso de Valva Mitral (PVM) com ruptura de cordoalha em mulher octogenária"

#### OBJETIVO

Relato de caso de uma paciente de 79 anos, em acompanhamento ambulatorial por PVM. Na última consulta encontrava-se em Classe Funcional (CF) II, Ecocardiograma Transtorácico (ETT) mostrando Insuficiência Mitral Grave (IMi) sem ruptura de cordoalha. Foi admitida no HCC com Edema Agudo de Pulmão. Realizou novo ETT que evidenciou PVM, ruptura de cordoalha e IMi importante.

#### **DELINEAMENTO**

O PVM com complicação grave é mais comum em pacientes do sexo masculino e idosos. O presente caso trata-se de uma paciente idosa com descompensação aguda por ruptura de cordoalha. Segundo a Diretriz Brasileira de Válvula (SBC 2011), paciente com valvopatia grave e sintomático, o tratamento de escolha é a cirurgia (Classe I). No entanto, a paciente em questão, apresentava risco cirúrgico cardíaco alto, segundo o Euroscore. Após avaliação multidisciplinar, foi optado por tratamento clínico.

#### **CONCLUSÃO**

O aumento da longevidade trás consequências para população, com destaque para as valvopatias graves. E a tomada de decisão médica nem sempre é fácil, principalmente aquelas com indicação cirúrgica. Um individualização de cada caso e uma avaliação multiprofissional, parecer ser a melhor forma de abordar estes casos.

# P05 - TAQUICARDIA VENTRICULAR REPETITIVA NÃO SUSTENTADA EM MULHER SEM DOENÇA CARDÍACA ESTRUTURAL

Autores: Franciardson Bezerra do Nascimento Júnior1; Thayga Maria Araújo Sampaio1; Rhamai Carneiro Souza1; José Ângelo Araújo Sampaio1, Thyale Enny Araújo Sampaio2; João Leonardo de Souza Mendonça2, Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio2,

Instituições: 1 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; 2 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Objetivo: Relatar um caso de taquicardia ventricular repetitiva não sustentada, assintomática, em mulher de meia idade sem cardiopatia

estrutural associada.

Delineamento: Relato de Caso e breve revisão de literatura.

Relato de Caso: Paciente L.S.A.S. 42 anos, sexo feminino, branca, com história de ardor precordial, caracterizado como dor precordial tipo C, tabagista, com história familiar de DAC (pai fez cirurgia de RVM aos 46 anos). Exame físico: Egr, eupneica, corada, sem edemas, Acv- Rci por Ess, Ar - Mvn sem adventícios, PA=110/80 Fc=80bpm. IMC=31,25 ECG - Rs com Extrassistolia ventricular. Ecodoppler - Normal FEVE=70% Realizou Exames: Hb=13,6 Leuco=6000 Potássio=3,9 Glic=87 CT=170 HDL=34 LDL=113 TG=112 T4L e TSH Normais, Chagas – Negativo. Teste Ergométrico - Taquicardias ventriculares não sustentadas e repetitivas induzidas pelo esforço, análise de ST e T normais. Holter - 18929 extrassitoles ventriculares (23,59%) com 31 TVs não sustentadas. Cate: Coronárias Normais. Foi encaminhada para estudo eletrofisiológico que detectou presença de foco de taquicardia ventricular originadas no SIV pelo lado esquerdo logo abaixo da valva pulmonar, foi realizada ablação por radiofrequência com sucesso. A paciente evoluiu sem intercorrências com holteres de controles normais

Conclusão: Este relato descreve um caso de grave arritmia ventricular assintomática em paciente com fatores de risco para doença coronária sem doença cardíaca estrutural, detectada em avaliação cardiovascular por queixa atípica.

#### P06 - HEMANGIOMA SUPRAVALVAR MITRAL

Autores: Franciardson Bezerra do Nascimento Júnior1; Thayga Maria Araújo Sampaio1; Rhamai Carneiro Souza1; José Ângelo Araújo Sampaio1, Thyale Enny Araújo Sampaio2; João Leonardo de Souza Mendonça2, Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio2,

Instituições: 1 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; 2 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

**Objetivo:** Relatar um caso de hemangioma supravalvar mitral diagnosticado em uma paciente do sexo feminino, hipertensa, diabética, ex-tabagista, em um serviço médico especializado na cidade de luazeiro do Norte- CF

Delineamento: Relato de Caso e breve revisão de literatura.

Relato de Caso: Paciente R.G.B, 79 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética, ex-tabagista em uso de Hipoglicemiante oral, Estatina, AAS, Digitálicos e IECA, com queixas de dores torácicas atípicas e níveis pressóricos elevados. Ao exame físico apresentava-se com estado geral regular, normocorada, eupneica, bem perfundida, ausência de edemas, P=58.5Kg, aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, aparelho cardiovascular: ritmo regular em dois tempos, sopro diastólico em foco aórtico ++, FC=74bpm, PA= 205/94. Eletrocardiograma (ECG): ritmo sinusal com extrassistolia ventricular, alterações da repolarização ventricular antero-laterais, sinais de sobrecarga do VE. O Ecocardiograma mostrou hipertrofia do VE com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) normal, regurgitação aórtica moderada, tumoração arredondada sugestiva de Mixoma AE em porção supra valvar mitral próximo a inserção do folheto posterior, 1.7 cm de diâmetro . A paciente foi medicada para controle da PA com IECA, diurético, antagonista de canal de Ca, hipoglicemiante oral, estatina e encaminhada para cirurgia cardíaca. Foi submetida ao procedimento cirúrgico para retirada da tumoração e a biopsia revelou lesão mesenquimal proliferativa, com proliferação de vasos, infiltrado linfoide e extravasamento de hemácias, sendo diagnosticada como hemangioma.

Conclusão: Este relato descreve um incomum caso de hemangioma supra valvar mitral como diagnóstico diferencial de tumoração atrial esquerda em achado casual de investigação diagnóstica complementar de paciente hipertensa e diabética.

# PO7 - HIPERALDOSTERONISMO SECUNDÁRIO COMO CAUSA DE HIPERTENSÃO REFRATÁRIA.

Autores: Thayga Maria Araújo Sampaio1; José Ângelo Araújo Sampaio1; Thyale Enny Araújo Sampaio2, João Leonardo de Souza Mendonça2; José Nunes de Alencar Neto2; Ângelo Roncalli Ramalho Sampaio2; Karla Jimena de Jesus Sampaio3.

Instituições: 1 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; 2 Universidade Federal do Ceará; 3 Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

**Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente portadora de hiperaldosteronismo primário.

Delineamento: Relato de caso e breve revisão de literatura

Relato do caso: Paciente F.A.F.P, 46 anos , sexo feminino, branca, hipertensa de longa data, apresentando hipertensão de difícil controle, em uso de Angipress CD 50/12,5 uma vez ao dia, Lotar 5/100 dose única diária, Lorax 1mg uma vez ao dia. Ao exame físico apresentava-se com estado geral regular, normocorada, sem edema, bem perfundida, aparelho respiratório: eupneica, sem ruídos adventícios, murmúrio vesícular presente, aparelho cardiovascular: ritmo regular em dois tempos, ausência de sopros, FC=92bpm, PA= 250/150. Os resultados dos exames solicitados: hemoglobina 13,4; leucograma 6030; plaquetas 282000; glicose 73; colesterol total 166; ureia 76; creatinina 1,38; hipocalemia (potássio 2,7); triglicerídeos 100. A conduta foi internar para investigação. Durante internamento foi solicitado ressonância onde foi descoberta uma lesão arredondada em topografia adrenal esquerda, de etiologia à esclarecer. A paciente foi operada obtendo bom resultado cirúrgico com encaminhamento da peça anatômica para histopatológico tendo como laudo adenoma produtor de aldosterona.

Conclusão: Em casos de Hipertensão refratária, a investigação de causas secundárias faz-se necessária. Dentre tais causas, o hiperaldosteronismo secundário é uma causa importante, porém subdiagnosticada.

# P08 - ENDOCARDITE INFECCIOSA COM EMBOLIZAÇÃO SÉPTICA ESPLÊNICA: RELATO DE CASO

Antônio Silaide de Araújo Júnior; José Nunes de Alencar Neto; Fernanda Moura Victor; Allana Maria Garcia Sampaio; Francisco Carleial Feijó; Samuel Soares Eduardo; Lenina Ludimila Sampaio de Almeida

**OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com endocardite infecciosa que teve como complicação embolizações sépticas para o baço.

**DELINEAMENTO:** Trata-se de um estudo do tipo relato de caso.

PACIENTE: Paciente masculino, 32 anos, portador de doença renal crônica de etiologia indefinida, submetido a transplante renal há cerca de dezesseis anos e em uso de terapia imunossupressora, apresentou perda da função do enxerto em janeiro de 2013, sendo, desde então, mantido em terapia dialítica. Evoluiu com quadro subagudo de febre diária associada, posteriormente, ao surgimento de sintomas respiratórios e de dor em andar superior do abdome, sendo internado em abril de 2013 para investigação diagnóstica. Ao exame físico, apresentava-se taquicárdico, com ritmo cardíaco regular e sopro holodiastólico (4+/6+), mais audível em borda esternal esquerda alta. Na admissão hospitalar, foram solicitados exames que mostraram: Leucocitose com desvio à esquerda; Eletrocardiograma revelava sobrecarga ventricular esquerda; a Tomografia de Tórax evidenciou condensação pneumônica na topografia do lobo inferior esquerdo associado a pequeno derrame pleural, além de imagens hipodensas na topografia esplênica; Ultrassonografia abdominal complementar mostrou três formações hipoecogênicas com área anecoica de permeio, a maior delas medindo cerca de 5,0 cm, sugestivas de abscesso esplênico; Ecocardiograma Transesofágico: endocardite infecciosa com insuficiência aórtica severa e grande vegetação medindo 3,5 cm em folheto não coronariano, leve dilatação ventricular esquerda com



# Revista Cearense de Caralo Ogia

funções sistólica e diastólica preservadas, além de patência do forame oval com shunt esquerda-direita. Antibioticoterapia com Vancomicina e Meropenem foi instituída e o paciente foi encaminhado à Cirurgia Cardiovascular para a realização de troca valvar aórtica biológica e fechamento do forame oval patente, com evolução satisfatória. No momento, aguarda esplenectomia.

**MÉTODOS:** Colheita de dados com o prontuário do paciente no Hospital do Coração do Cariri, em Barbalha-CE e na UNIRIM, no Crato-CE.

RESULTADOS: A Endocardite Infecciosa é caracterizada pela presença de uma vegetação consistente de plaquetas, fibrina, microorganismos e células inflamatórias no endocárdio. Tem uma incidência de três a nove casos a cada cem mil pessoas em países industrializados. Alguns dos fatores de risco para a endocardite infecciosa são: válvula protética, cateteres de longa permanência, hemodiálise e uso de drogas intravenosas. É mais facilmente suspeitada quando as suas complicações são clinicamente evidentes, por exemplo, pela presença de êmbolos sépticos; um dos órgãos passíveis deste acometimento é o baço. O abscesso esplênico é raro e geralmente resulta da disseminação hematogênica. Entre pacientes dialíticos, o abscesso esplênico também é descrito como uma complicação da endocardite infecciosa com incidência e prevalência infrequentes. Suas manifestações clínicas são febre, que pode ser recorrente ao uso de antibióticos, e dor no quadrante superior esquerdo, com ou sem esplenomegalia associada. A tomografia computadorizada é o exame de escolha e o tratamento de escolha é a antibioticoterapia acompanhada de esplenectomia.

**CONCLUSÓES:** A embolização séptica por endocardite infecciosa é infrequente e requer alta suspeição clínica para o seu diagnóstico e correto tratamento.

Dr. José Nunes de Alencar Neto // Medicina Interna

# P09 - HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

AUTORES: Enfa. Sawanna Keilen Esmeraldo Feitosa

Enfa. Madja de Figueirêdo Lédio

Enfa. Esp. Maria Eugênia Alves de Almeida Coelho

INSTITUIÇÃO: Casa de Saúde São Miguel

A Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática-HAPI é uma síndrome clínica e hemodinâmica pouco conhecida, causada pelo aumento da pressão sanguínea nas artérias que levam o sangue do coração aos pulmões. Está presente quando a pressão sistólica pulmonar e pressão média excedem 30 e 25 mmHg respectivamente em repouso ou quando a pressão sistólica pulmonar excede 35 mmHg e a pressão média pulmonar é superior a 30 mmHg durante o esforço. Os principais sintomas da HAPI são o cansaço, dispneia, dor torácica, palpitações, tontura e desmaios; normalmente aparecem entre 18 e 24 meses antes que a doença seja diagnosticada, sendo confundida com outras patologias como Asma, Enfisema Pulmonar ou ausência de exercícios. Ainda não existe cura, se descoberta cedo pode haver a diminuição dos sintomas e prolongamento da vida do paciente através da medicação ou transplante. No Brasil não há estatísticas da HAPI, por ser uma doença sub-diagnosticada. Dessa forma, o presente estudo objetiva, fornecer mais informações sobre essa enfermidade e alertar os profissionais de saúde para a importância da doença e do seu diagnóstico precoce. O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva na modalidade estudo de caso. Para tal, foi analisada a última internação de uma paciente na Casa de Saúde São Miguel, durante o período de 08 a 14 de abril de 2013, portadora de Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática e apresentava quadro clínico complexo, com difícil estabilização, evoluindo para o óbito. Os dados foram coletados através de prontuários hospitalares, relatos da equipe médica e de enfermagem da instituição onde a paciente foi internada e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), abrangendo suas respectivas fases: histórico, diagnósticos, prescrição, implementação e evolução de enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida no período de 15 de abril a 03 de maio de 2013, na cidade de Crato-CE. A.C.R do sexo feminino de 21 anos diagnosticada com HAPI desde o ano de 2007 na cidade de Fortaleza-CE e logo em seguida passou a ser acompanhada no município de Crato-CE. Deu entrada na UTI dia 08/04/2013 com Diagnóstico Médico de: HAP severa, Cor pulmonale, Insuficiência Renal Crônica (IRC) agudizada, Síndrome cardiorenal, síndrome urêmica. Ao exame apresentou-se consciente, orientada, com intensa dispnéia (30 ipm), cianótica (central e periférica), hipotensa (90X50mmhg), Hipotérmica (35°C), emagrecida, pouca aceitação alimentar, apresenta abdome flácido, indolor à palpação, ascite volumosa, e edema em membros inferiores . Em uso de O2 úmido por Máscara de Venturi 50%, Acesso venoso periférico em MSE, monitorizada, oximetria de pulso, em uso de droga Vasoativa por bomba de infusão e oligoanúrica. Avaliada pelo Nefrologista. A radiografia de tórax revelou abaulamento de arco pulmonar com campo pulmonar escurecido por oligohemia pela Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e cardiomegalia. Eletrocardiograma revelou sinais de sobrecarga Ventricular Direita. Ao Hemograma: leucograma – 4530 mil/mm³; plaquetas – 84 mil/mm; Eletrólitos alterados - uréia: 238 mg/dL; creatinina: 3,01 mg/dL; sódio: 122,00 mEq/L; potássio; 5,30 mEq/L; Transaminase oxalacética: 25,48 U/L; Transaminase pirúvica: 13,56 U/L. Em 13/04/2013 apresentava ao Hemograma: leucograma 9.080 mil/mm³; plaquetas: 47 mil/mm³; Eletrólitos: uréia: 165,30 mg/dL; creatinina: 2.88 mg/dL; sódio: 120,00 mEq/L; potássio: 4.70 mEq/L. Foi realizado paracentese, feito também em centro cirúrgico inserção de cateter TENCKOFF e diálise peritoneal. Diagnósticos de Enfermagem – SAE: padrão respiratório ineficaz, risco de Infecção, volume de liquido excessivo, nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, diarréia, ansiedade, mobilidade no leito prejudicada, dor torácica e dor abdominal. Realizado cuidados de enfermagem conforme prescritos. A paciente demonstrou ser um caso clássico de HAPI, estando em concordância com os exemplos citados nas bibliografias. Há evidencias estatísticas de que essa patologia atinge mais mulheres jovens. Os pacientes são pouco sintomáticos na fase inicial da doença, e geralmente o diagnóstico é feito quando há importante comprometimento da função ventricular direita. O exame físico é muito importante na detecção da doença, nele podem ser encontrados sinais relacionados à insuficiência ventricular direita, como estase jugular, diminuição do pulso carotídeo, impulsão sistólica do mesocárdio, segunda bulha palpável no segundo espaço intercostal esquerdo, amplo desdobramento da segunda bulha, com hiperfonese do componente pulmonar, sopro de insuficiência tricúspide e pulmonar, e presença de quarta bulha do ventrículo direito. Nas formas avançadas da doença, pode haver hepatomegalia, ascite, edema de membros inferiores e cianose decorrente de shunt direita esquerda pelo forame oval patente, além de outros mecanismos, como baixo débito, vasoconstrição sistêmica e má relação ventilaçãoperfusão. Para fechar o diagnóstico, também são necessários exames como Teste de Tolerância a Exercícios, ECG, Raios-X de Tórax e o Doppler Ecocardiograma. O tratamento começa com esclarecimento do paciente e familiares sobre a doença e as limitações da terapêutica. A medicação consiste em anticoagulantes, diuréticos, vasodilatadores e medicações específicas para pacientes que não respondem ao tratamento com bloqueadores de canais de cálcio, nos casos onde não há resposta ao tratamento medicamentoso, pode ser realizada uma septostomia atrial e em último caso o transplante pulmonar para prolongar o tempo de sobrevida do paciente. A HAPI é uma doença incurável, cujo tempo médio de sobrevida após o diagnóstico é de aproximadamente 2,5 anos. O uso de anticoagulante oral dobra a sobrevida em três anos e os pacientes responsivos aos bloqueadores dos canais de cálcio têm sobrevida significantemente superior, comparado aos não-responsivos. A majoria dos pacientes morre em decorrência da falência ventricular direita (choque cardiogênico) e aproximadamente 10% subitamente. Dessa forma, percebemos a importância de divulgar mais informações sobre a Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática, para que esta deixe de ser uma doença sub-notificada e haja o diagnóstico e tratamento precoces, visando melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes e a evolução da doença.

P10 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA A UMA GESTANTE ACOMETIDA POR PRÉ-ECLÂMPSIA E ANOMALIA DE EBSTEIN.

Cicera Dayse Ferreira Sousa Lima¹ Bruna Cavalcante Domingos¹ Dailon de Araújo Alves¹ Ana Paula de Castro Ribeiro²

A pré-eclâmpsia é caracterizada pela presença de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gestação de acordo com Moura et al.,( 2010), que acomete uma parcela da população gravídica sendo uma das principais causas de morte de gestantes em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Ocupando no Brasil a primeira colocação segundo Soares et al.,(2009). O quadro pode se agravar mais quando ocorrem outras patologias concomitantes na mesma paciente, como a anomalia de Ebstein, na qual ocorre uma malformação na válvula tricúspide cuja a abertura é direcionada ao ápice do ventrículo direito e tem como resultado aparente desde uma fadiga até uma insuficiência cardíaca congestiva. Sendo a protagonista desse estudo portadora das duas situações descritas. Paciente esteve internada em Maternidade da cidade de Crato-ce, durante os dias 5 e 6 e novembro de 2012 e foi acompanhada por três acadêmicos do VII semestre do curso de enfermagem da Universidade Regional do Cariri, e na ocasião objetivou-se realizar a sistematização da enfermagem para situação descrita, traçar os diagnósticos de enfermagem cabíveis e proporcionar bem-estar, conforto e segurança a gestante. Foram descritas as metas, intervenções e resultados obtidos durante o período e salientado a importância dos cuidados pré-natais que foram de primordial relevância para o sucesso do caso, tanto para a mãe quanto para a criança.

1- acadêmicos de enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA- VIII semestre.

2- professora Mestre do curso de enfermagem da Universidade Regional do Cariri, coordenadora do projeto rede cegonha da cidade de Juazeiro do Norte-ce.

#### P11 - TAMPONAMENTO CARDÍACO POR PERICARDITE LÚPICA

Autores: Dr Angelo Roncalli Ramalho Sampaio, Marcya Moanna G. Cruz Macedo, Mayra Thays G. Cruz Macedo, Tassia Tamara Feitosa, Nathalia Lobo Brito, Jose Nunes Alencar Neto, Dr Aloisio Antonio Gomes de Matos Brasil

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA- UFC BARBALHA - HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI

Objetivo - Descrever um Caso de Lúpus Eritematoso Sistêmico com envolvimento cardíaco e apresentar uma breve revisão de literatura

#### **Delineamento** - Relato de Caso e revisão de literatura

Relato de Caso: Paciente 25 anos sexo masculino, com história de dor precordial intensa subita com piora progressiva, associada a taquidispneia, ortopneia, aliviada pela anteriorização do tronco, febre, rash malar, artrite e HAS. Sem fatores de risco tradicionais para cardiopatia, evoluindo com tamponamento cardiaco ao ecocardiograma. Realizado pericardiocentese de alivio e diagnostica. Evoluiu com melhora significativa do quadro clínico. Baseado nos achados clínicos e laboratoriais foi estabelecido o diagnostico de Lupus Eritematoso Sistemico. O paciente respondeu à terapia instituída, recebendo alta hospitalar clinicamente estável com corticoide e hidroxicloroquina e foi encaminhada para acompanhamento reumatologico.

Conclusão – O LES é uma doença auto-imune, mais frequente em mulheres jovens, porem quando acomete sexo masculino geralmente evolui de forma mais grave. Pode manifestar-se com a clinica bem variada. Em caso de retardo no diagnostico pode evoluir desfavoralvemente com risco de morte.

#### - Identificação

G.G, 25 anos, pardo, solteiro, vigilante, natural e procedente de Barbalha-CE.

- História da doença atual:

Paciente procurou HCC dia 04/12/12 por um quadro de

dor em pontada em região precordial subita, de forte intensidade e sem irradiações, exacerbada ao movimentar-se e com a inspiração, atenuada com repouso e anteriorização do tronco, de caráter persistente e com manutenção da intensidade. Além de dor abdominal em andar superior também de forte intensidade, associado a picos febris (não mensurados) e sudorese profusa. Evoluíra há 2 dias com quadro de intensa dispnéia aos pequenos esforços e ortopnéia.

- Antecedentes Médicos:

Nega HAS, nega DM assim como outras patologias.

- Hábitos de Vida:

Nega tabagismo. Etilista social.

- História Familiar:

Pai e mãe hipertensos.

- Interrogatório Sistêmico

Perda ponderal (não soube precisar quantidade/tempo). Astenia. Anorexia. Alopécia. Úlceras em palato duro e lábio superior. Artrite em joelhos, punhos e tornozelos.

#### - Exame Físico:

FC= 125 bpm; PA= 160/100mmhg FR= 25 irpm; IMC= 23 Kg/m<sup>2</sup> sato2 ar ambiente: 98%

EGB, orientado, hidratado, taquidispneicopnéico, hipocorado (1+/4+), Acianotico, Anicterico e febril ao toque.

AR: MV abolido em 2/3 HTE e reduzido em base de HD, sem RA. FTV diminuído progressivamente do ápice para base de hemitórax esquerdo. fr

ACV: RCR em 2T, BhipoFoneticas, SS.

Abdome: Plano, Normotenso, RHA + , Sem VMG e sem dor à palpação superficial e/ou profunda.

Extremidades: PPP normais, amplos, simétricos e regulares. Sem edema e sem cianose.

Realizou ECO evidenciando derrame pericardico importante com sinais de tamponamento, evoluindo estável com melhora da dispnéia após pericardiocentese de alívio/diagnóstica e com tratamento com ibuprofeno

Exames realizados:

Radiografia do torax: volumoso derreme pleural a esquerda, coração em moringa

Ecg: baixa voltagem, onda T aplainada

Ecocardiograma (5/12/12): Derrame pericárdico importante com depósito de fibrina;

Estudo do líquido pericárdico (5/12/12): Glicose=10; Colesterol=85; LDH=1655; Proteína= 124; Citometria: Hemácias= 1990, Leucócitos=1420

Biópsia do pericárdio (7/12/12): Pericardite fibrinosa crônica agudamente sustentada com hiperplasia mesotelial reativa.

Laboratorial (7/12/12): T4L=2,1; T5H=1,6; ADA=31; Lipase=20; ASLO= negativo; Fator reumatóide= negativo; Fator anti-nuclear= 1:320 (Padrão nuclear homogêneo)

Ecocardiograma (8/12/12): VE com dimensões aumentadas em grau leve, insuficiência mitral leve e aórtica moderada; derrame pericárdico leve.

Laboratorial (18/12/12): Hb=10,1; Ht: 34,5%; Leuco=4600 (67%SEGM, 01%BAST); Plaquetas=168.000; Uréia=31; Creatinina=0,95

#### Diagnostico final:

1- LES

2- TAMPONAMENTO CARDIACO POR PERICARDITE LUPICA

#### P12 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM APLICADOS A UMA USUÁRIA COM PÉ DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cicera Dayse F. Sousa Lima[1] Bruna Cavalcante Domingos¹ Dailon de Araújo Alves¹ Evanira[2]

O diabetes mellitus é uma condição patológica de curso crônico que está afetando direta e/ou indiretamente uma grande parcela da





população, tendo em vista que o diagnóstico, na maioria das vezes, dar-se de maneira tardia, levando o paciente a ser acometido por diversas complicações secundárias e incapacitantes. Na verdade, essa doença tornou-se um verdadeiro problema de Saúde Pública, sendo necessária, a criação de outras medidas, além das farmacológicas, para auxiliar no tratamento. O objetivo desse estudo está voltado para a compreensão dos cuidados de enfermagem dispensados a uma usuária com complicações decorrentes do diabetes. O presente trabalho apresenta cunho descritivo e abordagem qualitativa, sendo um estudo de caso clínico. Ele foi realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no município de Crato, com uma usuária de iniciais R.F., sexo feminino, aposentada, casada e residente no município do Crato. Os cuidados de enfermagem prestados a essa paciente envolvem os cuidados realizados com o pé diabético, envolvendo os curativos que eram realizados diariamente, pois a paciente era portadora de um mal perfurante plantar, que exigia cuidados diários, e cuidados envolvendo a alimentação, onde a mesma foi orientada a manter uma dieta alimentar balanceada, sendo essa alimentação livre de massas e doces, sendo orientada ainda a realizar a hidratação diária da pele dos membros inferiores com óleo de canola, afim de evitar a formação de novas úlceras devido ao ressecamento da mesma, e para favorecer a rápida cicatrização. Além dos cuidados mencionados anteriormente, a usuária foi instruída a procurar atendimento especializado para o pé diabético, a fim de que fosse confeccionado um calçado adequado, para o uso e que não agredisse a ferida, e não retardasse na cicatrização da mesma. Diante o exposto evidenciou-se que a assistência de enfermagem prestada a um usuário da estratégia saúde da família, deve observa-lo como um ser holístico, e interferir em todas as causas passíveis de interferirem negativamente no processo do tratamento e posterior cura a que o paciente está sendo submetido, optando por garantir uma melhor qualidade de vida para aquele usuário, evidenciando desse modo, que os cuidados de enfermagem, vão além de um procedimento a ser realizado.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; cuidados de enfermagem; pé diabético

[¹] Acadêmicos do VIII Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA, Campus Pimenta.

[²] Enfermeira. Doutora e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA, Campus Pimenta.

#### P13 - MIOCARDIOPATIA ACROMEGÁLICA: RELATO DE CASO.

Wilson Gonçalves Sombra 1; Ana Maíra Q. da Nobréga1; Renan Sales de Borba Maranhão1;Débora Pinheiro Leite1; Kelly Rejane Leite de Figueirêdo.1; Patrícia Rosane Leite de Figueiredo2

Acadêmicos da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte1 : <sup>2</sup>Docente da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

**Objetivo:** Descrever o caso de paciente acromegálica com conseqüente acometimento cardíaco, bem como os meios que levaram ao diagnóstico e o tratamento escolhido. Delineamento: Relato de caso. Paciente ou material: Paciente, 56 anos, sexo feminino, com diagnóstico firmado de acromegalia, natural de Crato-CE, procedente de Juazeiro do Norte – CE.

Métodos: Os dados foram obtidos a partir de descrições contidas no prontuário e informações colhidas com a equipe médica. Resultados: MIP, 56 anos, foi encaminhada pelo cardiologista em 25/11/2011, com quem faz acompanhamento devido a antecedente de infarto agudo do miocárdio (IAM) em 2002 e 2008, ao ambulatório de Endocrinologia por apresentar sindrome dismórfica com aspecto facial característico apresentando nariz alargado, protuberancia frontal, lábios grossos, macroglossia, aumento de extremidades com mãos alagardadas e espessadas com dedos "em salsicha" e alteração da voz, além de outras queixas como hipoacusia, hiperidrose, edema em mãos e pés e dor articular nas seguintes articulações: metacarpofalangeanas, interfalangeanas, articulação do cotovelo e joelho e antecedente de HAS e coronariopatia. Durante a consulta no ambulatório de Endocrinologia, foi dado o diagnóstico clínico de acromegalia e confirmado laboratorialmente com resultados de GH e IGF-1 de

13,4ng/mL e 1.059ng/mL respectivamente. Seguindo a propedêutica médica, foi solicitado RMN de sela túrcica para investigar a fonte de produção dos altos níveis de GH que evidenciou a presença de um nódulo hipocaptante em projeção de lobo esquerdo hipofisário após a administração do meio de contraste, medindo 0,8 x 0,6 x 0,7 sugerindo microadenoma. Foi instituído o tratamento medicamentoso com octreoide LAR 30 mg 1 ampola intramuscular a cada 28 dias, e indicado o tratamento cirúrgico, sendo a paciente encaminhada ao serviço de neurocirurgia para realização de cirurgia transesfenoidal. A avaliação cardiológica mostrou presença de cardiomiopatia isquêmica crônica com anomalia de artérias coronárias possivelmente relacionada à doença de base, com ICC classe funcional II e HAS controlada. O risco de evento cardiovascular para cirurgia foi considerado moderado segundo o escore EMAPO. A paciente após ter feito todos os exames complementares, recusou-se a realizar a intervenção cirúrgica. Segue em uso de octreotide LAR 30 mg a cada 21 dias, com controle parcial dos níveis hormonais.

Conclusão: a miocardiopatia acromegálica é complicação frequente da acromegalia não controlada, tendo espectro variado de manifestações clínicas e podendo evoluir para disfunções diastólica e sistólica. O controle agressivo da hipersecreção de GH/IGF-1 pode minimizar ou até mesmo reverter a disfunção cardíaca decorrente desta miocardiopatia, o que torna indispensável o conhecimento dessa patologia pelos profissionais médicos, para que não ocorra retardo no seu diagnóstico e tratamento.

# P14 - VISITA DOMICILIAR: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

LOPES, Larissa Vieira<sup>1</sup>; ALENCAR, Leilane Andrade Albuquerque<sup>2</sup>; SILVA, Lidianny Juca<sup>3</sup>, DINIZ, Felype Alencar<sup>4</sup>; BEZERRA, Adriana Moraes de<sup>5</sup>; NASCIMENTO, Natasha Kênia Maciel<sup>6</sup>; EVANGELISTA, Jamille Guedes Monteiro<sup>7</sup>.

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial é uma doença crônica que se constitui em um dos principais fatores de risco para o aumento do índice de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, significando um importante problema de saúde pública. Objetiva-se conhecer a realidade de uma família, enfatizando um membro desta, visando o desenvolvimento do estudo de caso a partir do acompanhamento através das visitas domiciliares continuadas, utilizando do processo de enfermagem, como alicerce para a implementação de ações de tratamento, prevenção e promoção à saúde. No geral, a paciente é caracterizada com 46 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, divorciada, católica, doméstica, trabalhando em casa de estudante para adquirir renda famíliar (inferior a um salário mínimo) e possui uma filha. Hipertensa e tabagista, porém não fazia uso de terapia medicamentosa recomendada pelo médico (captopril-25mg/1 vez ao dia) e referiu sentir dor de cabeça, fogachos, cansaço e dor lombar regularmente.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. O local do estudo correspondeu ao domicílio onde reside a família, inserido no bairro Seminário do município de Crato-CE, no período de setembro a novembro de 2012, compreendido ao tempo de estágio dos autores na disciplina de Supervisionado I. A coleta de dados se deu a partir da realização da visita domiciliar semanalmente, utilizando o Processo de Enfermagem como ferramenta para obtenção do histórico de saúde da família, além da observação livre, diálogo e escuta qualificada. Em seguida, deu-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia II da Nanda e consequente construção do plano de cuidados para cada indíviduo. Além disso, o estudo obedeceu aos princípios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que assegura ao sujeito do estudo os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Para garantir o anonimato do sujeito do estudo, utilizamos um nome de flor (ROSA) para referir o mesmo.

RESULTADOS: Em um total de 12 visitas domiciliares, desenvolvemos inicialmente o histórico de saúde da paciente e, a posteriori, seguimos com as evoluções. Identificamos os principais problemas de saúde, como a não adesão terapêutica, tabagismo, alimentação rica em sal e gorduras, excesso da ingesta de café diária e sedentarismo. A partir desses dados elencamos alguns diagnósticos de enfermagem: 1.Dor aguda evidenciada por relato de cefaleia, dor lombar, pélvica e em membros inferiores (MMII); 2. Conhecimento deficiente relacionado ao processo saúde-doença; 3. Estilo de vida sedentário relacionado à falta de interesse, motivação e recursos; 4. Ansiedade relacionada ao estresse evidenciada por agitação e insônia.5. Fadiga relacionada ao estresse e ocupação profissional; 6. Comportamento de saúde propenso a risco referente à atitude negativa em relação aos cuidados de saúde, evidenciado por não conseguir agir de forma a prevenir problemas de saúde.Em relação às orientações para Rosa durante as visitas domiciliares, estão inclusas o controle e monitoramento da pressão arterial, os malefícios do cigarro, os hábitos de vida saudáveis e à procura do serviço de saúde com intuito não só de tratamento, mas de prevenção e promoção da saúde. Enfocamos a importância de seguir o regime terapêutico, respeitando as doses e horários corretos da medicação, a fim de demonstrar a partir dos dados captados durante aferição da pressão arterial, que aderir ao tratamento gera resultados positivos para o controle da hipertensão e condição de vida mais confortável. Ainda foi destacada a importância da associação do medicamento com hábitos saudáveis de vida: atividade física, diminuir gradativamente o consumo do cigarro e do café, alimentação pobre em sal, gorduras, doces, conservantes e rica em frutas, verduras, carnes brancas e cozidas, de acordo com as condições financeiras da família. Em se tratando das dores de cabeça, lombar e em membro inferior relatadas, orientou-se à procura ao serviço de saúde e, quando necessário, à consulta especializada como, por exemplo, neurológica e ortopédica, desencorajando, assim medidas como automedicação. Porém, grifamos alternativas não-farmacológicas para alívio da dor, citando uso de travesseiros entre as pernas ao deitar ou nas costas para apoio ao sentar, postura correta, evitar pesos, elevação dos membros inferiores quando edemaciados, entre outros.

CONCLUSÃO: Conseguimos a adesão de Rosa ao regime terapêutico e aos cuidados com a diminuição da ingesta de sal e de café diariamente, observando a redução nos níveis pressóricos da primeira visita (150/120mmHg) para a última (110/80mmHg). Sendo assim, houve o controle da pressão arterial e uma expectativa melhor para amenizar riscos cardiovasculares futuros. Assim, reforçamos a importância da visita domiciliar como uma estratégia de aproximação entre a comunidade e a unidade de saúde oferecendo subsídio para o desenvolvimento de intervenções adequadas para a realidade daquela família.

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC, e-mail: laryvieira@live.com

<sup>2</sup>Académica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC, e-mail: Leilane\_alencar@hotmail.com

<sup>3</sup>Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, e-mail:lidy\_miguxa@ hotmail.com

4 Acadêmico do curso de Biomedicina da Faculdade Leão Sampaio, e-mail: felypediniz99@ hotmail.com

5 <sup>2</sup>Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC, e-mail:adriana1mb@hotmail.com

6 <sup>3</sup>Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Bolsista PIBIC-URCA, membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular – GPESCC e-mail: natashakenia@gmail.com

7Especialização em Enfermagem do trabalho pelo Faculdades Integradas de Patos, Brasil(2010) Enfermeira do Trabalho do Hospital Regional do Cariri, Brasil

# P15 - DIABETES MELLITUS COMO FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Adriana de Moraes Bezerra Natasha Kênia Maciel do Nascimento Natália Pinheiro Fabrício Amanda Gomes dos Santos Leilane Andrade Albuquerque Alencar Tahissa Frota Cavalcante Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do sistema cardiovascular vem apresentando crescente importância, assumindo o patamar de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos e persistindo como um dos principais fatores de morbimortalidade nas faixas etárias subsequentes. Entre as doenças cardiovasculares que afetam os brasileiros, destaca-se a doença cerebrovascular aguda. A mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e, em grande parte, a ocorrência dessa elevada mortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis, tornando indispensável analisar os fatores sociodemográficos e de risco apresentados. Nessa perspectiva, vários estudos apontam para a existência de fatores de risco preponderantes para o desenvolvimento da doença cerebrovascular, podendo citar a idade avançada, sexo masculino, raça negra, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, aterosclerose, patologia cardíaca, tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo. Destarte, essas alterações não devem ser compreendidas somente como patologias de formas isoladas, mas precisam ser trabalhadas como fatores de risco que podem levar a diversas complicações, como o AVC. Objetivou-se descrever o Diabetes Mellitus como fator de risco para o AVC com base na literatura nacional em saúde. Trata-se de uma Revisão da Literatura realizada no mês de Maio de 2013, a partir das bases de dados Lilacs e BDEnf, além da Biblioteca Scielo e do portal CAPES. Foram seguidas as etapas: seleção das questões temáticas, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, coleta de dados, análise dos dados, interpretação e discussão dos resultados e apresentação da revisão. Utilizaram-se os descritores acidente vascular cerebral, diabetes e fatores de risco. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos, tese e dissertações, independente do método de pesquisa utilizado, compreendidos entre os anos de 2007 e 2012, publicados em periódicos nacionais, que abordem o Diabetes Mellitus como fator de risco para doenças cerebrovasculares e estarem disponíveis gratuitamente na íntegra. Foram encontrados 38 estudos, dos quais 25 foram excluídos por não estarem disponíveis. Dos 13 estudos analisados, 8 eram artigos, 3 eram teses e 2 eram dissertações. Nove tinham como objetivo identificar ou avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença cerebrovascular de forma geral. Esses estudos apenas citavam a prevalência do diabetes, desta forma. somente 3 abordavam especificamente o Diabetes Mellitus como fator de risco para doenças cerebrovasculares. Um dos estudos ressaltava que a mudança demográfica mais importante para o aumento da prevalência de DM em todo mundo é o envelhecimento populacional, pelos dados epidemiológicos, é fácil a compreensão de que a DM e o AVC são duas entidades patológicas intimamente relacionadas. Outro estudo mostrava que em um total de 115 pacientes com doença vascular cerebral, 31 foram expostas a diabetes mellitus tipo2, indicando que as pessoas expostas ao DM tipo 2 têm maior chance de desenvolver a doença cerebrovascular em relação aos não expostos. Outros estudos concluíram que a morbidade e mortalidade por AVC em doentes com DM são duas vezes superiores ao risco da população com AVC sem DM. Contrariamente a estas afirmações, um dos estudos concluiu que os diabéticos estão predispostos a determinados padrões específicos de AVC mas sem relação com um estado funcional pós-AVC com maiores ou menores déficits. No mesmo sentido, um estudo acerca da influência do DM na gravidade e evolução intra hospitalar de um enfarte cerebral concluiu que o DM por si não está associada com uma maior severidade do AVC na admissão, apesar de estar implicada num aumento do risco de complicações intra hospitalares. Vale ressaltar a relevância de um dos estudos, que revelou que indivíduos com idades entre 45 e 74 anos com DM tinham um risco de AVC de cerca de 2,5-3,5 vezes o risco da população não-diabética, na mesma faixa etária. Concluiu-se que vários são os estudos que trabalham os aspectos clínicos do Diabetes Mellitus e sua influência para o desenvolvimento da doença cerebrovascular. No entanto, há uma necessidade de conhecer o perfil epidemiológico do DM como fator de risco para a doença cerebrovascular, visto que haverá maior possibilidade de avaliar a prevalência e os grupos mais acometidos, facilitando a elaboração de intervenções especificas a cada grupo. Ressalta-se uma pequena quantidade de artigos abordando a temática, apontando, então, para





a necessidade de estimular a produção de estudos na área.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email: adriana1 mb@hotmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-CNPa. Email: natashakenia@gmail.com

Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-CNPq. Email: natashakenia@gmail.com Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA);Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email: natalia-bon@hotmail.com

Discente do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: amanda.soushalom@gmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email: leilane alencar@hotmail.com

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: tahisa@ig.com.br

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# P16 - CARDIOPATIAS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Joana D'arc de Souza Piancó Angélica Isabely de Morais Almeida Lidyane de Sousa Calixto Cícera Patrícia Mendes de Sousa Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Luciana Maria Pereira dos Santos Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

As cardiopatias são umas das maiores causas de mortalidade, morbidade e internação hospitalar, o que trazsofrimento e muitos gastos financeiros. Sendo assim, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos, pesquisas e implementação de ações que busquem diminuir a incidência e prevalência dos casos dessas doenças. Este trabalho teve como objetivo, investigar na literatura nacional de Enfermagem os temas mais abordados sobre "cardiopatias". Foi realizada uma revisão de literatura, no mês de abril de 2012, a luz de artigos escritos em português, entre os anos de 2007 e 2012, a partir das bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE. Foram encontrados 25 artigos que abordavam alguma cardiopatia, porém somente 15 estavam disponíveis gratuitamente em texto completo. Os artigos foram analisados em relação à abordagem do assunto central. Dentre os assuntos mais abordados, estão os fatores de riscos que podem levar à doença cardiovascular e aos diagnósticos de enfermagem mais utilizados. Alguns artigos traziam também a importância da educação permanente que deve ser realizada pelo enfermeiro com os cardiopatas e sua família, mas que geralmente não é feita. Este estudo mostra-se relevante, uma vez que, analisando a produção literária pode-se notar como está a produção de pesquisas em Enfermagem sobre a temática em questão, podendo-se assim buscar suprir carências que existem. como pesquisas relacionadas à saúde cardiovascular voltadas para públicos mais específicos, como crianças, gestantes e doentes mentais, por exemplo.

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET; Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyklyxtto@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com
Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do

GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com
Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@hotmail.com

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder doGPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# P17 - ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: REVISÃO DA LITERATURA

Adriana de Moraes Bezerra | Natasha Kênia Maciel do Nascimento | Natália Pinheiro Fabrício | Amanda Gomes dos Santos | Leilane Andrade Albuquerque Alencar | Tahissa Frota Cavalcante | Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública tanto por apresentar alta prevalência, como também por ser um fator de risco para diversas outras doenças, principalmente para as doenças cardiovasculares (DCV's). Estas, por sua vez, se constituem nas principais causas de mortalidade, podendo resultar em consequências graves a órgãos vitais, além de ser considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade e pelos altos custos com internações. A ideia errônea de que os fatores de risco cardiovasculares e as DCV's estejam presentes somente em fases da vida mais avançadas, colabora para sua existência em fases precoces, culminando no diagnóstico de hipertensão arterial. Objetivou-se analisar a literatura nacional em saúde sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares na população adulta. Trata-se de uma revisão da literatura realizada no mês de maio de 2013, a partir das bases de dados Lilacs e BDEnf, além da biblioteca Scielo e restrita aos estudos nacionais publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados os descritores fatores de risco, saúde cardiovascular, adulto jovem e hipertensão. Selecionaramse somente artigos que preenchessem os critérios: estar disponível gratuitamente na íntegra em português; ter sido realizado no Brasil; conter informações sobre os fatores de risco para as DCV's. Foram encontrados 24 artigos, dos quais 14 foram excluídos. Os 10 artigos analisados trouxeram como principais fatores de risco para DCV em hipertensos de idade compreendida entre 20 e 59 anos a obesidade, o sedentarismo, ingesta abusiva do consumo de sal, história familiar de DCV, dislipidemia, etilismo, tabagismo e estresse. Em quase todos os artigos, a maioria da amostra estudada eram mulheres. Nove artigos citaram a obesidade como um dos principais fatores para o desencadeamento das DCV's. O outro artigo apontava história familiar como fator de risco principal. Dois estudos relataram a associação direta do tabagismo e etilismo ao aumento progressivo da pressão arterial, consequentemente induzindo à DCV's. Um artigo destacou a associação entre distúrbios do sono e hipertensão, apresentando papel destacado na morbidade e mortalidade cardiovasculares e um outro estudo salientou o aumento da frequência cardíaca como fator de risco para DCV. Conclui-se que os fatores de risco para as DCV's em pacientes adultos estão relacionados principalmente a hábitos do estilo de vida e história familiar e que pacientes com hipertensão tem fato agravado para o desenvolvimento das DCV's. Além disso, a obesidade e sedentarismo, citados como principais fatores, indicam a necessidade de intervenções imediatas por meio do trabalho interdisciplinar pelos profissionais de saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde dirigidas à redução da exposição da população a esses fatores de risco. Ressalta-se que a pequena quantidade de artigos que abordam a temática aponta para a necessidade de estimular a produção de mais estudos na área.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email: adriana1 mb@hotmail.com

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-CNPq. Email: natashakenia@gmail.com
Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA);Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email: natalia-bon@hotmail.com

Discente do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-FUNCAP, Email: amanda soushalom@gmail.com

Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: amanda.soushalom@gmail.com
Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional
do Cariri (URCA); Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/Enfermagem – URCA. Email:
leilane alencar@hotmail.com

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: tahisa@ ig.com.br

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# P18 - PROGRESSÃO DE ATEROSCLEROSE OU REESTENOSE INTRASTENT EM BORDA DE STENT FARMACOLÓGICO?

Stefânia Carolina Ferreira Rodrigues<sup>1</sup>, Naiara Lopes Burgos <sup>1</sup>, Lis Nascimento Pimentel Nunes<sup>1</sup>, Maria Augusta Lima Pereira<sup>1</sup>, Ednaldo Landim<sup>2</sup>, Davi Nogueira Matos<sup>2</sup>, Francisco Carleial Feijó de Sá <sup>1,2</sup>

1Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Medicina – Campus Cariri

2Hospital do Coração do Cariri - Barbalha - Ceará

**OBJETIVO:** Descrição de um caso clínico de um paciente portador de doença aterosclerótica com tratamento prévio com stent farmacológico de segunda geração com novo episódio de síndrome coronariana aguda e com lesão crítica na borda anterior do stent. No presente trabalho iremos correlacionar este evento com progressão de aterosclerose versus reestenose intrastent.

**DELINEAMENTO:** Trata-se de um relato de caso com descrição de internamento anterior, internamento atual, procedimentos cirúrgicos e acompanhamento até alta hospitalar.

PACIENTE: R.N.D, masculino, 68 anos, portador de hipertensão arterial, dislipidemia, fumante passivo e obeso, foi admitido em 2009, com quadro de síndrome coronariana aguda sem supra de ST (SCA). Apresentava precordialgia (dor tipo B) em queimação no epigástrio com irradiação retroesternal e para ambos os MMSS, com episódios semelhantes nas últimas 48 horas. Apresentava eletrocardiograma (ECG) com ritmo sinusal e alteração de repolarização ventricular em parede lateral e enzimas cardíacas normais durante a internação. Foi realizado cateterismo cardíaco que demonstrou lesão grave em terço médio de artéria descendente anterior sendo realizado angioplastia coronariana com implante de stent farmacológico (Nobori®). Após procedimento o paciente teve alta sem complicações e permaneceu assintomático até maio de 2013 quando apresentou novo episódio de SCA, com ECG semelhante ao anterior e sem elevação de enzimas cardíacas. Realizou novo cateterismo cardíaco, que evidenciou artéria descendente anterior com lesão de 70% em seu terço médio próximo à borda proximal de stent implantado em 2009, haviam discretas irregularidades intrastent (resultado mantido). Sendo submetido à nova angioplastia com implantação de stent farmacológico (Nobori®), na artéria descendente anterior com sobreposição de hastes ao stent anterior, com sucesso. Tendo alta hospitalar sem intercorrências.

**MÉTODOS:** Foi realizado coleta de dados a partir de revisão de prontuário médico de internações realizadas no Hospital do Coração do Cariri de Barbalha - CE e no Hospital São Miguel do Crato – CE. Os procedimentos de cateterismo e angioplastia aconteceram nos serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista nestes dois hospitais.

RESULTADOS: O stent cardíaco farmacológico é uma endoprótese expansível com agentes antiproliferativos, que têm como objetivo a supressão da hiperplasia neo-intimal. Esses agentes possuem ação citostática ou citotóxica, apresentando, em estudos a longo prazo, relevante diminuição dos eventos tardios, principalmente devido à redução da reestenose quando em comparação com stents não farmacológicos. No presente caso, o paciente teve sua primeira internação em 2009 com tratamento de implante de stent farmacológico de segunda geração obtendo sucesso terapêutico, porém após quatro anos apresentou novo episódio de dor associada à lesão grave envolvendo a borda anterior do stent. A discussão se divide entre progressão de uma lesão discreta não coberta pelo stent contra um processo de reestenose. Na análise do caso existia uma lesão discreta sem repercussão hemodinâmica próxima à borda do stent que não foi coberta por motivo de sua pequena expressão e para evitar tanto a desproporção stent-artéria e risco de eventos adversos com uso de stents longos. A possibilidade de reestenose de borda, apesar de incomum, é uma característica de stents farmacológicos de primeira geração, havendo dúvidas sobre a característica tecidual desta lesão. O fato de ter sido utilizado neste caso stent farmacológico de segunda geração gera uma forte discussão sobre qual modelo esteve presente neste evento. Uma limitação desta análise foi de não

haver a disponibilidade de realizar tomografia por coerência óptica intra-coronária.

CONCLUSÃO: O modelo de progressão da doença em casos como esse é duvidoso, porém o tratamento para ambas as hipóteses é o mesmo. O implante de stent farmacológico é terapia padrão para o tratamento de reestenose de um outro stent farmacológico, se utilizando de premissas como escolha do tamanho adequado da prótese e utilização de pressões elevadas para implante.

P19 - LIGA ACADÊMICA DE CARDIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ: RELATO DE 4 (QUATRO) ANOS DE EXPERIÊNCIA.

THAÍS COSTA GOMES, ISAURA ELAINE GONÇALVES MOREIRA ROCHA. UNIERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, CAMPUS CARIRI, CEARÁ, BRASIL.

#### Introdução:

A Liga Caririense de Estudos Cardiológicos (LICEC) é uma entidade acadêmica, cuja atuação se concentra em metodologias ativas baseadas nas Diretrizes Curriculares para graduação em Medicina. Tem como objetivo fundamental integrar o estudante de Medicina com a prática cardiológica, auxiliando o desenvolvimento de habilidades para a compreensão e manuseio das principais cardiopatias.

#### Objetivo

Descrever as experiências dos membros do LICEC quanto às atividades que realizam e sua forma de organização, com ênfase ao estágio.

#### Delineamento:

Estudo descritivo

#### Material/Métodos:

Relato da experiência da LICEC, Liga acadêmica criada em março de 2009. Formada atualmente por doze membros, sendo onze acadêmicos de Medicina e um professor orientador. Os acadêmicos são selecionados através de concurso anual, após conclusão da Disciplina de Semiologia. As atividades práticas incluem a participação em um estágio na área de Cardiologia, semanalmente, com carga horária total de 300 horas, desenvolvidas no Hospital do Coração do Cariri, sob supervisão da equipe médica. O treinamento inclui atendimentos emergência cardiológica, acompanhamento de pacientes críticos na Unidade Coronariana, acompanhamento e realização de procedimentos invasivos, além de acompanhamento em consultas e exames complementares em Cardiologia. As atividades teóricas incluem participação em Sessão Clinica semanal e discussão sobre as principais patologias cardíacas, por meio de seminários semanais, na Faculdade de Medicina. Como atividades de extensão, os membros da Liga realizam de palestras e oficinas educativas, na comunidade do município de Barbalha-CE.

#### Discussão/Resultados:

O estágio de Cardiologia foi desenvolvido para integrar o aluno de Medicina com a realidade da prática médica, ajudando na formação de profissionais aptos ao exercício da Medicina, com excelência técnica, visão ética, humanística e responsabilidade social, visando à articulação da teoria com a prática e buscando a integração da Faculdade ao meio social local e regional. No estágio, o estudante, ao atender os pacientes na emergência, aplica os conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, incorpora novos conhecimentos necessários e desenvolve habilidades e atitudes esperadas para o bom desempenho futuro. Também há o desenvolvimento ou o aprimoramento da capacidade de trabalhar em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, promovendo o compartilhamento de informações entre os diferentes profissionais, visando o bem-estar dos pacientes. O acadêmico pode compreender com clareza os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis, aprendendo como utilizá-los de forma racional, com o objetivo de instituir o tratamento de melhor resultado e de menor

#### Conclusão:

A atuação da LICEC em plantões semanais possibilita seus membros efetivos terem um contato mais intenso com o ambiente hospitalar e aprenderem na prática médica a diagnosticar, realizar procedimentos





e tratar situações emergenciais e de alto risco. O estágio é uma experiência enriquecedora, possibilitando aos acadêmicos sedimentar conhecimentos em Cardiologia e desenvolver habilidades fundamentais à futura profissão de médico.

# P20 - ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natasha Kênia Maciel do Nascimento Adriana de Moraes Bezerra Amanda Gomes dos Santos Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Leilane Andrade Albuquerque Alencar Tahissa Frota Cavalcante Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão é um grave problema de saúde pública, acarretando em graves complicações que podem evoluir para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce entre outros, chegando até a morte. Objetivouse relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem atuando em consultas de enfermagem frente à falta de adesão ao tratamento da hipertensão. Trata-se de um relato de experiência de discentes em estágios curriculares da disciplina Estágio Supervisionado I, vinculado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, realizados em duas unidades básicas de saúde de Juazeiro do Norte-CE, entre fevereiro e maio de 2013. As consultas eram realizadas com hipertensos que procuraram a UBS de forma aleatória, para consulta de acompanhamento e/ou adquirir medicação. A principal estratégia para evitar as complicações da hipertensão baseia-se nos tratamento medicamentoso e não medicamentoso, contudo o êxito ou fracasso terapêutico depende da adesão que, por sua vez, consiste no principal desafio. Nesta perspectiva as discentes orientaram os pacientes sobre o seu estado de saúde, mostrando à importância do controle da pressão arterial na prevenção das complicações da hipertensão, enfatizando a necessidade de acompanhamento nos serviços de saúde, que devem ser capazes de manter o tratamento por toda a vida do paciente. O esquecimento dos horários da medicação, a assintomatologia da hipertensão, a desmotivação pelo tratamento e os numerosos medicamentos ingeridos diariamente contribuem para a não adesão, além da resistência as mudancas no estilo de vida, o que remete atenção especial por parte dos profissionais, principalmente os da Enfermagem. Como estes geralmente tem um contato mais próximo ao paciente e por serem os profissionais que rotineiramente orientam o regime terapêutico aos hipertensos em todas as consultas, o enfermeiro deve utilizar estratégias simples e atrativas que aumentem a adesão e continuidade no tratamento da hipertensão. Faz-se necessário que os profissionais tenham a sensibilidade de identificar as peculiaridades de cada paciente, adequando o regime terapêutico às possibilidades sociais, econômicas e culturais de cada indivíduo. São experiências como estas que favorecem melhorias na atuação da Enfermagem, visto que fornecem subsídios para uma assistência mais resolutiva e eficaz.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-CNPq. E-mail: natashakenia@gmail.com.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET/Enfemagem. E-mail: adriana1mb@ hotmail.com.

Discente do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC. Bolsista PIBIC-FUNCAP. E-mail: amanda.soushalom@hotmail.com.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET/Enfemagem. E-mail: ruanna\_gabriella@hotmail.com.

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET/Enfemagem. E-mail: leilane\_alencar@hotmail.com.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. E-mail: tahisa@ig.com.br.

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br.

# P21 - CONTRIBUIÇÕES DA VISITA DOMICILIAR A PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natasha Kênia Maciel do Nascimento Adriana de Moraes Bezerra Amanda Gomes dos Santos Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Tahissa Frota Cavalcante Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde surge como método de fornecer assistência de saúde aos indivíduos que se encontram impossibilitados de ir às unidades de saúde ou precisam de um acompanhamento mais próximo pela equipe de saúde. Objetivouse relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem durante a realização de visitas domiciliares a pacientes com hipertensão e diabetes. Trata-se de um relato de experiência de discentes em estágios curriculares da disciplina Estágio Supervisionado I, vinculado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, ao realizar visitas em residências da área de abrangência de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Juazeiro do Norte-CE, entre fevereiro e maio de 2013. As visitas eram realizadas a pacientes indicados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que por diversas circunstâncias não tinham acesso a UBS. Esses pacientes geralmente eram idosos já com alguma complicação da hipertensão e diabetes, como também em alguns casos associados a outras enfermidades como depressão e osteoporose. Observou-se que em sua grande maioria esses pacientes apenas ingeriam a medicação, nem sempre na posologia indicada e nos horários adequados e, como muitos não procuram há anos o atendimento médico para avaliação continua do tratamento medicamentoso, seguem muitas vezes a terapia farmacológica não mais responsiva. Além disso, observou-se escasso conhecimento sobre o tratamento não farmacológico dessas doenças, muitas vezes com informações incorretas, quase sempre advindas da cultura popular, que não contribuem para a melhoria da qualidade de vida de tais pacientes. A partir disso, as discentes forneceram orientações adaptadas à realidade de cada paciente, de forma a aumentar a adesão adequada ao regime terapêutico, enfatizando a importância da prevenção das complicações e manutenção da qualidade de vida. Esta situação conduz ao desafio de rever práticas e repensar formas de trabalhar a visita domiciliar, a fim de ganhar e demarcar a sua esfera de ação no domínio da saúde. Surge também a necessidade dos profissionais de saúde realizarem busca ativa desses pacientes, para que os mesmos possam seguir o regime terapêutico da hipertensão e do diabetes de forma correta.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC). Bolsista PIBIC-CNPq. E-mail: natashakenia@gmail.com.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET/Enfemagem. E-mail: adriana1mb@hotmail.com.

Discente do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC. Bolsista PIBIC-FUNCAP. E-mail: amanda.soushalom@hotmail.com.

Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET/Enfemagem. E-mail: ruanna\_gabriella@hotmail.com.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. E-mail: tahisa@ig.com.br.

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br.

# P22-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST – QUANDO O TRATAMENTO CLÍNICO É OPÇÃO AO TROMBO – INTRACORONÁRIO.

Rafaela de Macêdo Melo1, Bruna de Melo Nunes1, Marcello Kim Hellis Alves1, Guilherme da Silva Garcia1, Francisco Homero Botelho Castelo1, Francisco Carleial Feijó de Sá1,2,3

- 1 Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina, Campus
- 2 Hospital do Coração do Cariri Barbalha Ceará. 3Hospital São Miguel – Crato – Ceará.

**OBJETIVO:** Descrever caso clínico de paciente acometido com IAM com supra de ST com trombo intraluminal pós-tratamento com fibrinolítico, e discutir aspectos de tratamento clínico versus intervencionista.

**DELINEAMENTO:** Relato de caso clínico

PACIENTE OU MATERIAL: Paciente J.H.C. 47 anos, sexo masculino, procedente de Várzea Alegre-CE, admitido em unidade hospitalar com relato de dor precordial há 2 horas, em queimação, associada à sudorese, náuseas e vômitos. Realizado ECG com supradesnível do segmento ST em parede inferior. Foi realizada terapia padrão com opção ao uso de estreptoquinase logo na admissão (porta-agulha 60 minutos). Internado em UTI, obteve melhora clínica, porém apresentou elevação enzimática e onda Q nas derivações inferiores na evolução. Possui diagnóstico de hipertensão arterial há 6 anos, ex-tabagista, dislipidemia com histórico familiar importante para doença coronária. Em segundo momento, nas primeiras 48h, manteve-se assintomático, sendo realizado cateterismo diagnóstico evidenciando trombo intraluminal em artéria coronária direita de natureza não obstrutiva (ocluindo < 30% da luz) e lesão de 70% em terço médio de artéria circunflexa, restante das artérias sem anormalidades significativas.

**MÉTODOS**: As informações foram colhidas através do paciente e familiares, acesso ao prontuário médico e resultados de exames como eletrocardiograma, exames de laboratório e cateterismo cardíaco.

RESULTADOS: O tratamento do IAM com supradesnível do segmento ST tem como pilar a reperfusão coronariana do vaso acometido em menor tempo possível. A angioplastia primária tem sido o padrão ouro, porém o tratamento com fibrinolíticos é uma opção na dificuldade de acesso a laboratório de hemodinâmica. A realização do cateterismo tem como objetivo diagnóstico, estratificar risco e complementar a decisão terapêutica. Foi realizado cateterismo cardíaco com evidencia de trombo intraluminal em coronária direita não associado a placa aterosclerótica e sem obstrução ao fluxo distal além de lesão não culpada aterosclerótica em artéria circunflexa. Por ser um infarto agudo de parede inferior, as duas artérias com lesões significativas poderiam ser o vaso culpado, porém fica nítida, com a presença de trombointraluminal, que a artéria coronária direita seja portanto a artéria culpada. No segmento do vaso onde o trombo se localizava o calibre estava próximo de 4 a 4.5mm, sugerindo um processo de ectasia. No presente caso a decisão de não realizar angioplastia coronariana foi associada à ausência de lesão aterosclerótica e presença de trombo residual não oclusivo na luz do vaso culpado do infarto. Optou-se por terapia anti-trombínica intra-hospitalar por uma semana. A evolução clínica foi satisfatória sem novos episódios de dor ou elevação enzimática, tendo alta para acompanhamento clínico ambulatorial.

CONCLUSÃO: O tratamento do IAM com supradesnível do segmento ST é baseado em terapia medicamentosa e intervencionista visando a obtenção de fluxo distal na artéria acometida. De modo incomum, a opção por terapia antiplaquetária e anti-trombínica foi escolhida com base na ausência de lesão aterosclerótica estenótica com presença de trombo não oclusivo. A manutenção do tratamento e repouso serão alvo da terapia, com acompanhamento e estratificação de risco no seguimento.

# P23 - TRANSPLANTE ISOGÊNICO DE ILHOTAS PANCREÁTICAS NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO I: ASPECTOS ATUAIS

Autor: Raul Rodrigues Barros<sup>1</sup>

1. Acadêmico do 5º período do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Cariri

#### **OBJETIVOS:**

Revisar os principais pontos da literatura relacionados ao uso do Transplante Isogêncio de Ilhotas Pancreáticas no tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus aspectos atuais.

#### **DELINEAMENTO:**

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada entre Junho e Julho de 2012.

#### MATERIAIS E MÉTODOS:

Revisão bibliográfica de literatura e nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO, com publicações entre 2000 e 2010, utilizando os descritores "ilhotas pancreáticas", "transplante" e "diabetes mellitus", em lingua portuguesa e inglesa.

#### **RESULTADOS:**

O Diabetes Mellitus Tipo 1 é uma doença do sistema endócrino de gênese autoimune em que as células β pancreáticas das Ilhotas de Langerhans são destruídas em uma reação de hipersensibilidade do tipo IV (ABBAS, 2008), causada por fatores idiopáticos com prováveis influências genéticas e ambientais. Como estas células são as principais responsáveis pela produção de Insulina – hormônio que possibilita a captação da glicose sanguínea por diversos tecidos do corpo -, o metabolismo da glicose no portador da doença torna-se desregulado, com ocorrência frequente de episódios de hiperglicemia. Atualmente, a doença atinge níveis epidêmicos, com um número de portadores que excede 200 milhões no mundo (PEREIRA, 2007).

O principal tratamento atual, a insulinoterapia, não consegue reproduzir fielmente os padrões fisiológicos da secreção hormonal, alem de requerer monitoração frequente da glicemia e diversas injeções diárias de preparados insulínicos, com propriedades distintas, para garantir as concentrações necessárias do hormônio em níveis aproximados aos fisiológicos — o que dificulta a aceitação do tratamento por parte dos pacientes e ocasiona maior frequência de episódios severos de hipoglicemia. Assim, desde meados do século XX, alternativas no tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 vêm sendo mais intensamente pesquisadas, em busca de devolver aos portadores a capacidade de restaurar a produção de insulina e a consequente homeostase no metabolismo da glicose.

O transplante Isogênico de ilhotas desponta como uma das principais possibilidades futuras como tratamento para o DM Tipo I. Atualmente, consiste no isolamento, por digestão enzimática e centrifugação de ilhotas pancreáticas, seguido da implantação hepática no receptor – as ilhotas implantadas passam, então, obedecendo aos níveis sanguíneos de glicose e de hormônios contra-reguladores, a comandar a produção insulínica no organismo. Nas técnicas atuais, após a fixação de ilhotas, a insulino-independência pode ser obtida, entretanto, tal resultado não é duradouro e após 5 anos de transplante, a maioria dos pacientes volta a precisar de administração de insulina exógena para o controle da glicemia.

#### CONCLUSÕES:

Carente ainda de técnicas que garantam resultados definitivos ou mesmo duradouros no restabelecimento da insulino-independência, além da crônica dificuldade, presente em grande parte dos transplantes, na obtenção de doadores, o Transplante Isogênico de Ilhotas Pancreáticas continua como uma técnica experimental para o tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1. Entretanto, com o progressivo avanço da legislatura e dos processos técnicos-laboratoriais e médicos – como a melhora das técnicas de isolamento, os avanços na terapia imunossupressora e mesmo as pesquisas com células tronco diferenciadas em laboratório -, é possível que este venha a se tornar uma alternativa eficaz no tratamento da DM 1 em alguns anos, e, com a redução dos custos operacionais, possa ser utilizado em larga escala, em substituição à insulinoterapia.

#### REFERÊNCIAS:

1. ABBAS, A.K; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. Imunologia Celular e Molecular. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, 600 p.

2. CHEW, S. L.; LESLIE, D. Clinical Endocrinology and Diabetes: An Illustrated Colour Text. 1ª Edição. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2006, 196 p.

3. CHAIB, E. et al. Alotransplante de Ilhotas de Langerhans no Fígado de Ratos Submetidos a Manipulação Tímica com Células Não-Parenquimatosas. Arq Gastrenterol. v. 43 – no.4 – out./ dez. 2006.

4. GIANNELLA, C. M. L.; AMARAL, A. S. R. Pancreatic islet transplantation. Diabetol Metab Syndrome. 2009;1:1-7.

5. ROBERTSON, Ř. P.; DAVIS C.; LARSEN, J.; STRATTA, R., SUTHERLAND, D. E. Pancreas and islet transplantation in type 1 diabetes. Diabetes Care. 2006;29:935.
6. CHAIB, E. et al. Alotransplante de Ilhotas de Langerhans no Fígado de Ratos Submetidos a

Manipulação Tímica com Células Dendríticas. Arq Gastrenterol. v. 42 – no.1 – jan./mar. 2005. 7. PEREIRA, E. et al. Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante

de ilhotas pancreáticas. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v. 59, n. 1, 2007 8. PERCEGONA, L. S. et al. Protocolo Clínico para Seleção de Candidatos ao Transplante de Ilhotas. Arq Bras Endrocrinol Metab. 2008;52/3

9. SÁ, J. R. et al. Transplante de Pâncreas e Ilhotas em Portadores de Diabetes Melito. Arq Bras Endrocrinol Metab 2008;52/3. 10. ELIASCHEWITZ. E. G. et al. Transplante de ilhotas na prática clínica: estado atual e

 ELIASCHEWITZ, F. G. et al. Transplante de ilhotas na prática clínica: estado atual e perspectivas. Arq Bras endocrinol metab. 2009;53/1.





11. MENTE, E. D.; CENEVIVA, R.; NETO, J. C. Transplante de Ilhotas Pancreáticas em Dispositivos de Imunoisolamento Celular – Resultados Iniciais. Acta cir. bras;16:84-87, 2001.

12. RHEINHEIMER, J. et al. Transplante de Ilhotas Pancreáticas Humanas: Revisão da Literatura e Implantação de um Laboratório de Isolamento de Ilhotas Pancreáticas. Rev HCPA 2010;30(4):407-418.

231. DELFINO, V. D. A.; MOCELIN, A. J. Transplante de Pâncreas e de Ilhotas Pancreáticas: Visão de Nefrologista. Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46/2:177-185.

14. CHAIB, E. et al. Transplante Isogênico de Ilhotas de Langerhans no Figado de Ratos (Metodologia para separação e purificação das ilhotas de Langerhans). Arq Gastroenterol. V. 37 - no. 1 - jan./mar. 2000.

15. OLIVEIRA, C. S. A. et al. Isolamento de ilhotas pancreáticas e a alternativa de uso da frutose-1,6-bisfosfato. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 129-134, jul./set. 2009.

# P24 - CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COMPLEXAS: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Autores: Julie de Souza Barreto1; Ana Carolina Barreto Sampaio1; Juliana Albuquerque de Oliveira1; Ticiane Ponciano de Oliveira Lima1; Bárbara Karoline de Oliveira Cruz1; Marcelo Cruz1; Lilianny Medeiros Pereira1.

Instituições: 1 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMI

**Objetivo:** Relatar caso de cardiopatia congênita enfocando a importância do diagnóstico precoce.

Delineamento: Relato de Caso e Revisão de Literatura.

Metodologia: Trabalho descritivo de natureza documental realizado através de revisão de prontuário.

Introdução: A Cardiopatia Congênita (CC) está entre as malformações que mais frequentemente acometem o feto, representando 40% de todos os defeitos ao nascimento e sendo responsável por 50% do total de óbitos por malformações. A Atresia Pulmonar é um tipo de CC rara, grave e de alta complexidade, caracterizada pelo estreitamento ou ausência completa da abertura entre a artéria pulmonar e o ventrículo direito. Cursa com cianose, taquipnéia, atrofia do ventrículo direito e sopros cardíacos. O principal meio diagnóstico é o Ecocardiograma fetal, sendo este, de fundamental importância para uma boa evolução do quadro, quando solicitado no tempo correto. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização da Ecocardiografia fetal de rotina no pré-natal em todas as gestações, permitindo um diagnóstico precoce e, assim, garantir à mãe e ao bebê condições ideais de nascimento e atendimento, com resultados animadores. No entanto, na prática, esse exame é realizado apenas em mães com alto fator de risco, como história familiar positiva para cardiopatia congênita, por exemplo, sendo as outras gestantes negligenciadas.

Relato de caso: RN de F.D.A.L, nascido dia 10 de maio de 2013 de parto cesareo, APGAR 7/9, peso 3.220g,tendo sido realizado 7 consultas de pré-natal. Evoluiu com desconforto respiratório, cianose central, palidez cutânea, hipoxia grave e convulsão. Ao exame físico apresentava-se apático. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular limpo sem sopro, FR de 80ipm. Aparelho cardiovascular: ritmo regular em dois tempos, ausência de sopros, FC de 116bpm. Necessitou de suporte ventilatório em UTI. A Radiografia de tórax evidenciou área cardíaca em bota. Ao Ecocardiograma apresentou: Cardiopatia Congênita Cianótica do tipo Atresia Pulmonar com septo integro. Sendo em seguida solicitada administração de Prostavasin que não foi feita por falta do medicamento no serviço. No dia 11 de maio foi encaminhado para o Hospital São Lucas onde foi administrado Prostavasin e solicitado encaminhamento para Fortaleza. Contudo, paciente veio a óbito no dia 13 de Maio as 11horas.

Conclusão: O diagnóstico pré-natal da cardiopatia fetal é de extrema importância. Através do rastreamento com a Ecocardiografia fetal nivel 1 em todas as gestantes, inclusive as classificadas como baixo risco, é possível planejar o parto em hospital com infra-estrutura, bem como programar a conduta cirúrgica e o uso de prostaglandinas aumentando as chances de sobrevida do recém-nascido. A não solicitação da ultrassonografia obstétrica morfológica, em gestações consideradas de baixo risco para o acometimento de malformações cardíacas, tem levado ao diagnóstico pós-natal tardio de cardiopatias

complexas determinando óbitos neonatais e infantis potencialmente evitáveis.

P25 - INCIDÊNCIA DE AFECÇÕES CARDIOVASCULARES EM IDOSAS INTERNADAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM JUAZEIRO DO NORTE - CE.

Autores: Franciardson Bezerra do Nascimento Júnior1; Thayga Maria Araújo Sampaio1 Rhamai de Souza Carneiro1; José Angelo Araújo Sampaio1; Sherly Barbosa Monteiro Garcia1; Thyale Enny Araújo Sampaio2, João Leonardo de Souza Mendonça2.

Instituição: 1 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; 2 Curso de Medicina do Cariri - Universidade Federal do Ceará.

Objetivo: Analisar a incidência de afecções vasculares em idosas internadas no hospital universitário Santo Inácio – HESI, dentro do período de dezembro de 2009 até novembro de 2011 na cidade de Juazeiro do Norte - CE.

Delineamento: Estudo observacional retrospectivo.

Material E Métodos: Foram avaliados 870 prontuários de pacientes idosas internados no HESI durante o período de dezembro de 2009 até novembro de 2010, que apresentavam patologias vasculares cardíacas e cerebrais.

Resultados: As doenças cardiovasculares corresponderam a 17,62% dos internamentos nessa população, com a seguinte distribuição: acidente vascular encefálico (AVE) - 8,9%, Insuficiências cardíaca congestiva (ICC) - 5,41%, trombose venosa profunda (TVP) 0,91%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) 1.37% e infarto agudo do miocárdio (IAM) 1.03%.

Conclusões: Foram frequentes as afecções cardiovasculares, sendo o AVC a principal causa de internamento nessa população observada.

# P26 - COMPORTAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL E INFLUÊNCIA DO ESTRESSE EM INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO

Lidyane de Sousa Calixto Ruanna Gabriela Alves Rodrigues Angélica Isabely de Morais Almeida Cicera Patricia Mendes de Sousa Joana D'arc de Souza Piancó Luciana Maria Pereira dos Santos Célida Juliana de Oliveira

#### UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

A hipertensão arterial faz parte do grupo de doenças cardiovasculares que representam o maior percentual de causas de mortalidade por doenças como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Quanto aos fatores de risco conhecidos para a hipertensão, os mais importantes são obesidade, fumo, ingestão de álcool, história familiar de hipertensão, fatores psicológicos, certos traços de personalidade e estresse, que podem ser importantes desencadeadores no desenvolvimento da hipertensão. Objetivou-se investigar o comportamento da pressão arterial e presença de estresse em pessoas com hipertensão, acompanhadas pela estratégia saúde da família. Para isso realizou-se um estudo transversal, de natureza quantitativa, no município de Crato-CE, em duas Unidades Básicas de Saúde da Família. Foram entrevistados 145 pacientes, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de hipertensão. Os dados foram analisados com estatística descritiva e houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A pressão arterial foi verificada por duas vezes no dia da entrevista com cada participante e tomada como referência a última medida. Observou-se a presença de níveis pressóricos descontrolados, com intervalo de PAS de 90 a 210 mmHg e PAD variando de 60 a 110 mmHg. A média de pressão arterial encontrada foi 138,2 x 85,5 mmHg (desvio padrão 18,3 x 9,5 mmHg). Apesar de todos os entrevistados estarem em acompanhamento ambulatorial há um bom tempo e sob



acompanhamento de equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família, esse descontrole pressórico deve ser constantemente investigado. Os pacientes hipertensos também referiram de forma considerável (57,3%) a presença do estresse em sua realidade cotidiana e a inabilidade em lidar com situações conflitantes, fator este que pode influenciar diretamente na elevação da pressão arterial em pessoas com diagnóstico de hipertensão. O estresse é um fator agravante ao bem-estar biopsicossocial do paciente hipertenso, pode ter diferentes níveis de apresentação (discreto, moderado e grave). As manifestações de estresse favorecem o aparecimento de irritabilidade, cansaço, preocupação, tristeza, distúrbios de humor, dentre outros, que podem prejudicar o tratamento da hipertensão. É necessário que as pessoas com hipertensão tenham consciência da importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois este visa à proteção dos órgãosalvos, redução das consequências da elevação constante da pressão arterial e da presença de fatores de risco associados para a progressão do processo aterosclerótico e outras doenças cardiovasculares.

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA); Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC); Bolsista PIBIC-CNPq. Email: lidyanecalixto@gmail.com
Discente do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do

GPESCC; Bolsista PIBIC-FUNCAP. Email: ruanna\_gabriella@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC; Bolsista PIBIC-CNPq. Email: angélica.m.almeida@hotmail.com

Discente do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro voluntário do GPESCC. Email: patxmendex@hotmail.com

Discente do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem da URCA; Membro do GPESCC. Bolsista PET. Email: joan.apia.nco@hotmail.com

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Email: lubaby81@ hotmail.com

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da URCA; Líder do GPESCC. Email: celidajuliana@yahoo.com.br

# Os 1° do mundo

Lumax 740 com ProMRI®

CDI e CDI-TRC aprovados para Ressonância Magnética, agora disponíveis para os seus pacientes no Brasil.



NOVA Série Lumax 740 com ProMRI®

Com esta inovação revolucionária, a BIOTRONIK oferece os primeiros CDIs e CDIs-TRC do mundo, que proporcionam aos pacientes o acesso à Ressonância Magnética.

Soluções de hoje – inovações para o amanhã



www.biotronik.com





REALIZAÇÃO:





PATROCÍNIO:









ORGANIZAÇÃO:



#### **DINÂMICA EVENTOS**

Av. Barão de Studart. 639 | Aldeota CEP: 60.120-000 | Fortaleza/CE Fone: (85) 3433.6959 dinamica@dinamicaeventos.com.br