

Resumo dos Trabalhos Premiados

TRABALHOS PREMIADOS NO XXXIV CONGRESSO NORTE - NORDESTE DE CARDIOLOGIA

Mortalidade por Febre Reumática Aguda e Doença Cardíaca Reumática - Estudo Epidemiológico Comparativo entre as Regiões Norte e Nordeste do Brasil com o Território Nacional no Período de 2008 a 2012

Djairo Vinicius Alves de Araujo, Kiara Kalline Rodrigues Virgulino de MED, Renan Perycles Lemos de Figueiredo e Rafael Dayves Medeiros de Queiroz

Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil

Introdução: A febre reumática (FR) é uma complicação inflamatória tardia não-suprativa de uma infecção de vias aéreas superiores, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (EBHGA). Prevalence entre as classes de menor nível socioeconômico, nas quais as más condições de habitação, associadas às precárias condições de higiene, favorecem a disseminação do estreptococo. O presente trabalho tem como objetivo comparar o perfil epidemiológico de óbitos em decorrência de febre reumática aguda e doença cardíaca reumática na população em geral de todas as faixas etárias nas regiões Norte e Nordeste do Brasil em relação ao território nacional, no período de 2008 a 2012. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal observacional. Foram utilizados os dados oficiais de óbitos publicados nos anuários estatísticos do Brasil e divulgados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)/Ministério da Saúde. Para tanto, consideramos os grupos de causas de óbitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), que atualmente encontra-se em sua 10ª revisão. Os dados populacionais censitários tiveram como fonte primária o IBGE. Foram analisados dados de indivíduos do sexo masculino e feminino, de todas as idades, e mortalidade causada por DAC (CID-10 BR 066) das regiões Norte e Nordeste do país e do Brasil. **Resultados:** Observou-se aumento da proporção de óbitos (por residência) por Febre Reumática nas regiões Norte e Nordeste em relação ao número total de óbitos (por residência) no país, entre 2008 e 2012, em indivíduos de todas as faixas etárias. 2008 – 27,058% / 2009 – 24,467% / 2010 –

24,726% / 2011 – 28,433% / 2012 – 29,899%. **Conclusão:**

O presente estudo demonstra um aumento na proporção das mortes por febre reumática aguda e doença cardíaca reumática nas regiões Norte e Nordeste do Brasil em relação ao número total de mortos pela mesma patologia no território total do país. Entendemos que esse resultado demonstra a necessidade de políticas públicas primárias de rastreamento e tratamento com maior efetividade nas regiões Norte e Nordeste do País.

Parâmetros Ecocardiográficos Relevantes na Cardiopatia Chagásica

Carlos Antonio da Mota Silveira, Jose Maria Del Castillo, Angela Maria Pontes B. de Oliveira, Eugenio Soares de Albuquerque, Diana Patrícia Lamprea Sepúlveda, Clodoval de Barros Pereira Júnior, Michael Vitor da Silva, Cláudio Renato Pina Moreira, Carlos Guilherme Piscoya Roncal e Natalia Dornelas Camara

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof Luiz Tavares, Recife, Pernambuco - Brasil

O diagnóstico da doença de Chagas é sorológico e existem várias formas clínicas, sendo as mais graves a cardíaca, intestinal e neurológica. Ainda há a forma indeterminada, com grande número de pacientes assintomáticos, sem evidências de alterações orgânicas. **Objetivo:** Avaliar dados ecocardiográficos relevantes da forma cardíaca e indeterminada da doença de Chagas. **Material:** Estudados 155 pacientes com sorologia positiva, 90 assintomáticos e 65 sintomáticos (ICC, alterações segmentares ou arritmias). Média etária geral: 54 anos, 101 do sexo feminino. Média etária do grupo assintomático: 53,6 anos, 65 do sexo feminino (72%). Média etária do grupo sintomático: 54,6 anos, 36 do sexo feminino (55%). **Métodos:** Realizado ecocardiograma convencional complementado com estudo da deformação do VE e VD. Os dados ecocardiográficos entre os grupos foram comparados pelo teste t. **Resultados:** No grupo sintomático os diâmetros do VE foram maiores e a fração de ejeção menor; o índice de massa maior e a espessura relativa menor. A relação E/A mitral e a relação E/E' mostraram disfunção diastólica, aumento da pressão capilar pulmonar e do volume do AE. No VD estava diminuído o TAPSE e aumentados o índice de Tei, o volume do AD, a pressão pulmonar e a resistência vascular pulmonar. O strain longitudinal do VD estava diminuído e a dispersão

mecânica aumentada. O strain longitudinal global do VE estava diminuído, mas a dispersão mecânica não mostrava diferença significativa. Em dez pacientes (15%) foi detectado aneurisma apical, quatro deles com trombos. Observado um grupo de 22 pacientes assintomáticos (24%) com diminuição do strain longitudinal global do VE (<-17%) sem outras alterações.

Conclusão: Alterações nos diâmetros e função do VE, dilatação do AE e disfunção diastólica foram os achados do eco convencional mais frequente na forma sintomática da doença de Chagas. Houve, também, diminuição da função do VD e aumento da resistência pulmonar. Os parâmetros mais alterados foram fração de ejeção do VE e strain longitudinal global. Este último está também diminuído em expressivo número de pacientes assintomáticos com fração de ejeção preservada, podendo ser um marcador evolutivo.

Influência do Índice de Massa Corporal na Ergoespirometria: Definindo Prognóstico na Prática Clínica

Maria Ines Remigio de Aguiar, Betty Janny Mai Siqueira, Vanessa Galindo Oliveira de Medeiros, Valéria Rabêlo Lafayette, Danielle Batista Leite Lacerda de Melo, Maria de Fátima Rodrigues Buarque Melo e Paulo Sergio Rodrigues de Oliveira

Real Cor - Real Hospital Português, Recife, PE, Brasil

Introdução: A ergoespirometria define capacidade funcional e fornece informações de prognóstico e morbimortalidade. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do IMC nos valores das variáveis obtidas ao exame, tentando correlacionar com faixas de risco cardiovascular. **Material e Métodos:** Foram analisados o VO₂ de pico, VE/VCO₂slope e T1/2 dos pacientes que realizaram o exame de Janeiro a maio de 2014 através da estratificação das faixas de IMC: 18-24,9, 25-29,9, 30-34,9, 35-39,9, >=40. Realizada análise estatística através do coeficiente de correlação de Pearson com valores do p abaixo de 0,05 considerados significantes.

Resultados: Foram analisados 171 pacientes. O VO₂ de pico e VO₂ max % tiveram correlação negativa com o IMC, enquanto que o tempo de recuperação do VO₂ (T1/2) teve correlação positiva (p<0,001). Quando estratificamos por faixas de IMC, observamos que há diminuição dos valores de VO₂ e VO₂% e piora do t1/2 à medida que o IMC aumenta. IMC de 18 a 24,9 = VO₂ 29,78 / IMC de 30 a 34,9 = VO₂ 24,19 / IMC >40 = VO₂ 22,09 (p<0,05). **Discussão e Conclusão:** Nossos resultados apontam para uma piora da capacidade funcional e de todas as variáveis definidoras de prognóstico cardiovascular em faixas de IMC maiores. Na nossa amostra, o IMC pôde ser considerado variável de risco cardiovascular. Estudos maiores e prospectivos devem ser realizados para confirmar nossos achados.