www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 105, Nº 1, Supl. 1, Julho 2015

Resumo das Comunicações

XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

RIO DE JANEIRO - RJ

www.cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

Diretora Científica
Maria da Consolação Vieira Moreira

Editor-Chefe
Luiz Felipe P. Moreira

Editores Associados

Cardiologia Clínica
José Augusto Barreto-Filho

Cardiologia Cirúrgica
Paulo Roberto B. Evora

Cardiologia Intervencionista
Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas
Antonio Augusto Lopes

Arritmias/Marcapasso
Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos
Carlos E. Rochitte

Pesquisa Básica ou Experimental
Leonardo A. M. Zornoff

Epidemiologia/Estatística
Lucia Campos Pellanda

Hipertensão Arterial
Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca
Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)
† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil
Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO)
Alfredo José Mansur (SP)
Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho (ES)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
Ana Clara Tude Rodrigues (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (SP)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Beatriz Matsubara (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cláudio Tinoco Mesquita (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Clerio Francisco de Azevedo Filho (RJ)
Dalton Bertolim Précoma (PR)
Dário C. Sobral Filho (PE)
Décio Mion Junior (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)
Eulógio E. Martinez Filho (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Gilson Soares Feitosa (BA)
Glaucia Maria M. de Oliveira (RJ)
Hans Fernando R. Dohmann (RJ)
Humberto Villacorta Junior (RJ)
Ínes Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
Leonardo A. M. Zornoff (SP)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Lucia Campos Pellanda (RS)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luís Cláudio Lemos Correia (BA)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Maria da Consolação Moreira (MG)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Murilo Foppa (RS)
Nadine O. Clausell (RS)
Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo Andrade Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo Roberto B. Évora (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Pedro A. Lemos (SP)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Reinaldo B. Bestetti (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Stein (RS)
Salvador Rassi (GO)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sandra Fuchs (RS)
Sergio Timerman (SP)
Silvio Henrique Barberato (PR)
Tales de Carvalho (SC)
Vera D. Aiello (SP)
Walter José Gomes (SP)
Weimar K. S. B. de Souza (GO)
William Azem Chalela (SP)
Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos) João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Angelo Amato V. de Paola

Vice-Presidente

Sergio Tavares Montenegro

Diretor Financeiro

Jacob Atié

Diretora Científica

Maria da Consolação Vieira Moreira

Diretor Administrativo

Emilio Cesar Zilli

Diretor de Qualidade Assistencial

Pedro Ferreira de Albuquerque

Diretor de Comunicação

Maurício Batista Nunes

Diretor de Tecnologia da Informação

José Carlos Moura Jorge

Diretor de Relações Governamentais

Luiz César Nazário Scala

Diretor de Relações com Estaduais e Regionais

Abrahão Afiune Neto

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Carlos Costa Magalhães

Diretor de Departamentos Especializados

Jorge Eduardo Assef

Diretora de Pesquisa

Fernanda Marciano Consolim Colombo

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Assessoria Especial da Presidência

Fábio Sândoli de Brito

Coordenadorias Adjuntas

Editoria do Jornal SBC

Nabil Ghorayeb e Fernando Antonio Lucchese

Coordenadoria de Educação Continuada

Estêvão Lanna Figueiredo

Coordenadoria de Normatizações e Diretrizes

Luiz Carlos Bodanese

Coordenadoria de Integração Governamental

Edna Maria Marques de Oliveira

Coordenadoria de Integração Regional

José Luis Aziz

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL - Carlos Alberto Ramos Macias

SBC/AM - Simão Gonçalves Maduro

SBC/BA - Mario de Seixas Rocha

SBC/CE - Ana Lucia de Sá Leitão Ramos

SBC/CO - Frederico Somaio Neto

SBC/DF - Wagner Pires de Oliveira Junior

SBC/ES - Marcio Augusto Silva

SBC/GO - Thiago de Souza Veiga Jardim

SBC/MA - Nilton Santana de Oliveira

SBC/MG - Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

SBC/MS - Mércule Pedro Paulista Cavalcante

SBC/MT - Julio César De Oliveira

SBC/NNE - Jose Itamar Abreu Costa

SBC/PA - Luiz Alberto Rolla Maneschy

SBC/PB - Catarina Vasconcelos Cavalcanti

SBC/PE - Helman Campos Martins

SBC/PI - João Francisco de Sousa

SBC/PR - Osni Moreira Filho

SBC/RJ - Olga Ferreira de Souza

SBC/RN - Rui Alberto de Faria Filho

SBC/RS - Carisi Anne Polanczyk

SBC/SC - Marcos Venício Garcia Joaquim

SBC/SE - Fabio Serra Silveira

SBC/SP - Francisco Antonio Helfenstein Fonseca

SBC/TO - Hueverson Junqueira Neves

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA - José Rocha Faria Neto

SBC/DECAGE - Josmar de Castro Alves

SBC/DCC - José Carlos Nicolau

SBC/DCM - Maria Alayde Mendonça da Silva

SBC/DCC/CP - Isabel Cristina Britto Guimarães

SBC/DIC - Arnaldo Rabischoffsky

SBC/DERC - Nabil Ghorayeb

SBC/DFCVR - Ricardo Adala Benfati

SBC/DHA - Luiz Aparecido Bortolotto

SOBRAC - Luiz Pereira de Magalhães

SBCCV - Marcelo Matos Cascado

SBHCI - Helio Roque Figueira

SBC/DEIC - Dirceu Rodrigues Almeida

GERTC - Clerio Francisco de Azevedo Filho

GAPO - Danielle Menosi Gualandro

GEECG - Joel Alves Pinho Filho

GEECABE - Mario Sergio S. de Azeredo Coutinho

GECETI - Gilson Soares Feitosa Filho

GEMCA - Alvaro Avezum Junior

GECC - Mauricio Wanjgarten

GEPREC - Glaucia Maria Moraes de Oliveira

Grupo de Estudos de Cardiologia Hospitalar - Evandro Tinoco Mesquita

Grupo de Estudos de Cardio-Oncologia - Roberto Kalil Filho

GEEC - Cláudio José Fuganti

GECIP - Gisela Martina Bohns Meyer

GECESP - Ricardo Stein

GECN - Ronaldo de Souza Leão Lima

GERCPM - Artur Haddad Herdy

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 105, Nº 1, Julho 2015

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM), SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil
Tel.: (21) 3478-2700
E-mail: arquivos@cardiol.br
www.arquivosonline.com.br
SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial
Telefone: (11) 3411-5500
e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial
SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação
Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação deste suplemento:
Novo Conceito Eventos

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.

SciELO

AMB Associação Médica Brasileira

Filiada à Associação Médica Brasileira

APOIO

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico 60 ANOS

CAPES

Ministério da **Educação**

Ministério da **Ciência e Tecnologia**

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Resumo das Comunicações

XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

RIO DE JANEIRO - RJ

TEMAS LIVRES - 18 e 19/06/2015
APRESENTAÇÃO MELHORES PÔSTERES

40211

Filtro respiratório previne disfunção endotelial em pacientes com insuficiência cardíaca expostos à poluição: estudo randomizado, duplo-cego, controlado e cruzado

JEFFERSON LUIS VIEIRA, GUILHERME V GUIMARÃES, PAULO SALDIVA e EDIMAR A BOCCHI.

Instituto do Coração - INCOR, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Lab. de Poluição Atmosférica ExperimentaL - LPAE, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A poluição do ar é um fator de risco associado com descompensação e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Avaliar o impacto de um filtro de polipropileno sobre desfechos cardiovasculares em pacientes com IC e voluntários saudáveis durante exposição controlada a poluição. **Delineamento e Métodos:** Estudo randomizado, duplo-cego, controlado e cruzado, com 30 pacientes com IC e 15 voluntários saudáveis, expostos a três protocolos de inalação: A. ar limpo, B. poluição e C. poluição sob filtro. A poluição foi gerada em motor a diesel e diluída com bomba dosadora para concentração de 300µg/m3. Desfecho primário: função endotelial (RHi); Desfechos secundários: rigidez arterial (Aix), biomarcadores séricos, caminhada de seis-minutos (tc6m) e variabilidade da frequência cardíaca (VFC). Estatística: ANOVA de medidas repetidas com teste de Bonferroni, quando apropriado. Significância de 5% e poder de 80% com amostra de 30 indivíduos para detectar superioridade de C sobre B na avaliação do RHi. SPSS para os cálculos. **Resultados:** Pacientes eram homens (62%), brancos (73%), com 51±9 anos e doença estável (85% em classe funcional I e II). Controle pareado por sexo e idade, sem diferenças significativas. O filtro reduziu a poluição de 325±31 para 25±6µg/m3 (p<0,001). Na IC, a poluição piorou o RHi de 2,17 (95%CI: 1,8-2,5) para 1,72 (95%CI: 1,5-2,2; p=0,002), com melhora após o filtro (RHi 2,06 [95%CI: 1,5-2,6]; p=0,019) (FIG.A). No ar limpo, pacientes com IC tiveram maiores níveis de troponina, PCR e BNP que o grupo controle. No grupo IC, a poluição aumentou o BNP de 47,0pg/ml (95%CI: 17,3-118,0) para 66,5pg/ml (95%CI: 26,5-155,5; p=0,004). Esse efeito foi revertido com o filtro (BNP 44,0pg/ml [95%CI: 20,0-110,0]; p=0,015) (FIG.B). A poluição reduziu o tc6m de 243,3±13 para 220,8±14m (p=0,030) e de 292,3±19 para 252,7±20m (p=0,032) nos grupos IC e controle, respectivamente. Também reduziu o Aix em 4% (p=0,007) no grupo IC e em 7% (p=0,069) no grupo controle. O filtro não preveniu as alterações no tc6m ou Aix associadas com poluição. Não houve alteração na VFC. **Conclusão:** O filtro respiratório pode prevenir a disfunção endotelial e o aumento do BNP associados à poluição em pacientes com IC. O uso de máscaras com filtro tem o potencial de reduzir a morbidade associada à IC.

40686

Dabigatrana versus varfarina após implante de bioprótese valvar cardíaca no manejo da fibrilação atrial no pós-operatório (DAWA): resultados preliminares

ANDRÉ RODRIGUES DURÃES, POLLIANA DE SOUZA RORIZ, BIANCA DE ALMEIDA NUNES, JULIANA QUEIROZ VASCONCELOS MUNIZ, FELIPE PINHO E ALBUQUERQUE SILVA, DEUSDETH TEIXEIRA SOARES SEGUNDO, EDMUNDO JOSE NASSRI CAMARA, FABIO VIEIRA DE BULHOES, ITALVAR NILSON DA CRUZ RIOS NETO, ANDRÉ MAURÍCIO SOUZA FERNANDES e ROQUE ARAS JUNIOR.

Hospital Ana Nery, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: O etexilato de dabigatrana é um inibidor direto da trombina, tendo sido aprovado pela ANVISA em 2011 para prevenção de eventos tromboembólicos exclusivamente em pacientes portadores de fibrilação atrial (FA) não valvar. O DAWA é o primeiro estudo randomizado desenhado para avaliar a incidência de trombo intracardíaco, comparando-se etexilato de dabigatrana versus (vs) varfarina (em dose ajustada) em pacientes portadores de FA após implante de bioprótese valvar cardiaca/ (BVC). **Delineamento e Métodos:** DAWA é um estudo prospectivo, randomizado, unicêntrico, fase 2 e aberto. O desfecho primário foi a incidência de trombo intracardíaco pesquisado através de ecocardiograma transesofágico. Outros desfechos avaliados foram: presença de contraste espontâneo, acidente vascular cerebral (AVC), embolia sistêmica, sangramentos maiores e trombose valvar. **Resultados:** Um total de 32 pacientes foram selecionados, e destes 5 foram excluídos pela detecção de trombo intracardíaco no recrutamento, e 1 por falta de adesão medicamentosa. Dentre os 26 pacientes randomizados, 14 foram alocados no grupo dabigatrana e 12 no grupo varfarina. Após o seguimento por 3 meses, foi detectado trombo intracardíaco em 1 paciente do grupo varfarina vs nenhum caso no grupo dabigatrana. A incidência de contraste espontâneo (CE) foi de 2 (14,3%) vs 1 (8,3%) para os grupos dabigatrana e varfarina (risco relativo, 0,54; IC 95%, 0,43 – 6,89; P = 0,56). Houve resolução do CE em 5 (35,7%) no grupo dabigatrana vs 2 (16,7%) no grupo varfarina (risco relativo, 0,36; IC 95%, 0,05 – 2,34; P = 0,26). Ocorreu 1 óbito no grupo varfarina por causa cardíaca. Não houve casos de AVC isquêmico ou hemorrágico, embolia sistêmica, ou sangramentos maiores em ambos os grupos. **Conclusão:** O uso do etexilato de dabigatrana em comparação com dose ajustada de varfarina na prevenção de trombo intracardíaco em pacientes portadores de FA no pós-operatório de implante de BVC foi semelhante neste estudo piloto. Estudos randomizados com maior poder são necessários para elucidar esta hipótese. Clinicaltrials.gov NCT01868243.

40752

As suplementações de licopeno e de tomate atenuam a remodelação cardíaca após o infarto do miocárdio por diferentes vias de sinalização

BRUNA LETICIA BUZATI PEREIRA, FERNANDA CAROLINE DE OLIVEIRA ARRUDA, ANA CAROLINA CARDOSO, TAINARA FRANCINI FELIX, PATRCIA PINTOR DOS REIS, KATASHI OKOSHI, BERTHA FURLAN POLEGATO, PAULA SCHMIDT AZEVEDO, SERGIO A R PAIVA, LEONARDO ANTONIO MAMEDE ZORNOFF e MARCOS FERREIRA MINICUCCI.

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, BRASIL.

Fundamento: Diversas estratégias têm sido utilizadas para atenuar a remodelação cardíaca após o infarto do miocárdio (IM), entre elas destacamos a suplementação de tomate (T) (Lycopersicon esculentum) e de licopeno (L). **Objetivo:** Analisar a influência da suplementação de T e de L na remodelação cardíaca após IM. **Métodos:** Ratos Wistar foram divididos em 4 grupos: SC submetido à cirurgia simulada + dieta padrão (n=18); IC submetido ao infarto + dieta padrão (n=13); IL submetido ao infarto + dieta com L 1mg/kg de peso corporal/dia (n=16) e IT submetido ao infarto + dieta com T(n=15). Após 3 meses, foi realizado estudo morfofuncional, bioquímico e expressão de miRNAs. Foi utilizado teste ANOVA de uma via complementado com o teste de Tukey ou Kruskal-Wallis, com pós teste de Dunn. **Resultados:** O IM induziu alterações morfológicas e funcionais no ventrículo esquerdo (VE), com piora da função sistólica e diastólica. O grupo IT apresentou área seccional do miócito menor que o grupo IC. Em relação ao colágeno tipo I e III do VE, eles foram aumentados no grupo IC e atenuados pela suplementação de L ou T. No estudo do coração isolado a suplementação com L atenuou a disfunção diastólica induzida pelo IM. Em relação ao estresse oxidativo, o IM aumentou a concentração de hidroperóxido de lipídio no miocárdio e o mesmo foi atenuado pela suplementação de T (grupo SC: 223±20,8 A; grupo IC: 298±19,5 B; grupo IL: 277±26,6 B; grupo IT: 261±28,8 C; nmol/g de tecido; p<0,001). A suplementação com T reduziu a atividade da superóxido dismutase e aumentou a atividade da catalase e da glutationa peroxidase cardíaca. A suplementação de L apenas diminuiu a atividade da SOD em relação ao grupo IC. Não houve diferença na expressão do Nrf-2 e do NF-kB no tecido cardíaco entre os grupos. Em relação ao processo inflamatório, houve aumento do TNF-a no miocárdio do grupo IC e este foi atenuado pela suplementação de L ou T (grupo SC: 0,095(0,03-0,17) A; grupo IC: 0,97(0,32-1,31) B; grupo IL: 0,36(0,07-4,28) A; grupo IT: 0,36(0,09-0,82) A; p:0,039). A suplementação com L reduziu a expressão de 5 miRNAs: miR-203; miR-28; miR-126-3p; miR-342-3p e miR-682 e aumentou a expressão do miR-15b. A suplementação de T reduziu apenas a expressão do miR-28. **Conclusão:** As suplementações de T e de L atenuaram o processo de remodelação cardíaca após o IM. Nossos dados sugerem que os benefícios da suplementação de L e T ocorrem por diferentes vias de sinalização.Apoio:FAPESP e CNPq.

40795

Evolução para cardiopatia chagásica crônica após tratamento de doença de Chagas aguda por transmissão oral: relato de caso

ANDREI FORNANCIARI ANTUNES, BRUNA VALESSA MOUTINHO PEREIRA, JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA e JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Fundação de Medicina Tropical - Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas aguda (DCA) tem aumentado sua incidência nos últimos anos, principalmente na região amazônica, devido a surtos de transmissão oral associados a sucos como o de açaí. Pouco se conhece, sobre a evolução a longo prazo destes pacientes após o tratamento da fase aguda, principalmente no que diz respeito a evolução para cardiopatia chagásica crônica (CCC). **Relato de caso:** JANF, sexo masculino, procedente da área rural de Manaus, Amazonas, 15 anos de idade em 2007, quando apresentou quadro de DCA relacionado a transmissão oral por ingestão de suco de açaí. Na época evoluiu com palpitações, dor torácica e dispneia aos médios esforços. O eletrocardiograma apresentava extrassistolia ventricular frequente e o ecocardiograma, disfunção ventricular esquerda de grau discreto com fração de ejeção de 50%. Foi tratado para insuficiência cardíaca com captopril, carvedilol e furosemida e para doença de Chagas com benzonidazol por 2 meses. Após o tratamento, o paciente se tornou assintomático e os exames cardiológicos foram normais. Houve também negativação da sorologia e exames parasitológicos de doença de Chagas. Após cinco anos assintomático, evoluiu com queixas de palpitações taquicárdicas. O eletrocardiograma apresentava extrassistolia ventricular isolada e o ecocardiograma foi normal. No holter 24 horas, apresentou extrassistolia ventricular monomórfica frequente (1175 extrassístoles por hora), episódios de bigeminismo ventricular e episódios frequentes de taquicardia ventricular não sustentados. Foi instituído tratamento antiarrítmico com amiodarona (200 mg/dia), com melhora dos sintomas e normalização dos parâmetros do Holter. Os exames de doença de Chagas tais como: sorologia e exames parasitológicos foram negativos. **Conclusão:** Apesar da descrição de bons resultados com o tratamento da fase aguda, este paciente, mesmo com a negativação dos exames específicos para a doença de Chagas, apresentou alterações compatíveis com a forma arritmogênica da CCC. Estas alterações sugerem a possibilidade de sequelas tais como: alterações permanentes do Sistema Nervoso Autônomo ou presença de fibrose miocárdica residual. Portanto, são necessários mais estudos a respeito da evolução a longo prazo dos pacientes tratados para DCA.

40798

Análise comparativa do VO_2 pico previsto e VO_2 pico obtido no teste cardiopulmonar em pacientes portadores de insuficiência aórtica crônica leve, moderada e acentuada

DANIELA CAETANO COSTA, EDUARDO ELIAS VIEIRA DE CARVALHO, GIOVANI LUIZ DE SANTI, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, PEDRO VELLOSA SCHWARTZMANN, VALÉRIA PAPA, LOURENÇO GALLO JUNIOR e ANDRE SCHMIDT.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência aórtica (IAo) crônica é uma lesão regurgitante, geralmente bem tolerada, que se desenvolve de maneira lenta e insidiosa. O teste de esforço cardiopulmonar (TCP), padrão ouro na avaliação da capacidade funcional, tem sido explorado como parte da avaliação de patologias valvares, especialmente no esclarecimento de sintomas como a dispneia e limitações funcionais. Medidas fornecidas como o VO_2 pico (ou máximo) expressam a capacidade aeróbica máxima e podem fornecer importantes informações diagnósticas e prognósticas. Desse modo, a identificação de parâmetros funcionais capazes de predizer a evolução clínica na IAo é bastante atraente (Circulation, 1991;84(4):1625-35; AHJ, 1990;120(4): 902–909). **Objetivo:** Comparar as medidas de VO_2 pico previsto às medidas de VO_2 pico obtidas no TCP em pacientes portadores de IAo crônica assintomáticos. **Delineamento e Métodos:** Estudo prospectivo no qual os pacientes foram divididos em IAo leve (n=5, 52 ± 20 anos), IAo moderada (n=8, 53 ± 18 anos) e IAo acentuada (n=9, 47 ± 18 anos), caracterizados segundo a gravidade da regurgitação da valva através da Ressonância Magnética Cardíaca. Todos os pacientes foram submetidos a um TCP máximo em cicloergômetro no qual, após 4 minutos de carga livre (ao redor 3-4 Watts), foi aplicado, ininterruptamente, um protocolo incremental do tipo rampa e os indivíduos foram incentivados a realizar esforço até a exaustão (RER > 1,10). Os valores de VO_2 pico previsto foram fornecidos pelo sistema de análise metabólica CPX/D (Medical Graphics, Saint Paul, MN, USA). Análise estatística: teste de Wilcoxon. **Resultados:** Não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre as medidas de VO_2 pico obtidas pelo TCP e as medidas de VO_2 pico previsto nos grupos IAo leve (1658 ± 610ml/Kg e 2201 ± 898ml/Kg, respectivamente; p=0,06) e IAo moderada (1803 ± 537ml/Kg e 2182 ± 719ml/Kg, respectivamente; p=0,07). No grupo IAo acentuada, o VO_2 pico obtido pelo TCP foi menor comparado ao VO_2 pico previsto (1755,1 ± 545ml/min e 2267,6 ± 692ml/min, respectivamente; p= 0,0039). **Conclusão:** Apesar de apresentarem resposta adequada dos parâmetros de capacidade funcional durante o TCP, a gravidade da regurgitação valvar aórtica pode refletir diminuição da potência aeróbia máxima mesmo em pacientes assintomáticos. Sugere-se que o TCP possa ser uma importante ferramenta clínica e fisiológica no manejo de pacientes com IAo.

40819

Paracoccidioidomicose pulmonar e meningite criptocócica em receptor de transplante cardíaco: relato de caso

CAMILA HARTMANN, JOSE AUGUSTO RIBAS FORTES e LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA.

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A Paracoccidioidomicose e a meningite criptocócica são doenças causadas pelos fungos *Paracoccidioides brasiliensis* e *Cryptococcus neoformans*, respectivamente. Até o momento não foram relatados casos de coinfecção por esses dois fungos em pacientes transplantados. **Relato de caso:** GRF, gênero masculino, branco, 46 anos. Portador de *Diabetes Mellitus* insulino-dependente e antecedente de transplante cardíaco há um ano e três meses por miocardiopatia dilatada idiopática. Internou no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba com queixas de febre intermitente de 38ºC há 03 dias, associada a cefaleia de forte intensidade holocraniana, náuseas e vômitos alimentares, além da hiporexia e tosse seca há 06 meses. A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax revelou dois nódulos não calcificados no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo medindo 1,2 e 0,9cm; linfonodomegalia mediastinal; e granuloma calcificado no lobo médio. Realizada biópsia de linfonodos mediastinais por mediastinoscopia, a qual foi compatível com Paracoccidioidomicose. A TC de crânio estava normal. O líquor cefalorraquidiano (LCR) era incolor, límpido, com leucócitos 8/mm3, proteínas 336mg/dL e glicose 36mg/dL; cultura para bactérias negativa; bacterioscopia por coloração de Ziehl-Neelsen não visualizou Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR); pesquisa direta de fungos com tinta da China positiva; cultura para fungos positiva para *Cryptococcus neoformans*; PCR para *Mycobacterium tuberculosis* não detectável. A Ressonância Magnética (RMN) de crânio demonstrava tênues lesões relacionadas a gliose por microangiopatia; sem outras alterações. Realizado tratamento com 28 dias de Anfotericina “B” 01mg/kg/dia para paracoccidioidomicose pulmonar e meningite criptocócica, com manutenção de Itraconazol 100mg/dia por 01 ano. Após reunião do corpo clínico, optou-se também por tratar tuberculose com esquema RIPE durante 9 meses, pela alta prevalência de associação. Paciente em acompanhamento ambulatorial regular há 02 anos, atualmente assintomático. **Conclusão:** Devido a diversidade e inespecificidade das manifestações clínicas, as infecções fúngicas devem ser sempre consideradas no diagnóstico diferencial de pacientes transplantados no Brasil, como evidenciado neste caso.

40820

Experiencia dos primeiros implantes de suporte mecânico circulatório intra-corpóreos em pacientes com insufiência cardíaca avançada, num centro de insuficiência cardíaca em hospital privado no Rio de Janeiro

ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, MARCELO WESTERLUND MONTERA, BRUNO MARQUES, MARCELO RAMALHO FERNANDES, ARNALDO RABISCHOFFSKY, LIGIA NERES MATOS, TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARAES, LEONARDO BAUMWORCEL e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospital Pro-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O uso de suporte mecânico circulatório intra-corpóreo (SMC-ic) em pcts com IC avançada como terapêutica definitiva ou ponte para transplante cardíaco (TxC), tem demonstrado beneficio na sobrevida semelhante ao TxC, com baixa morbidade. No Brasil esta terapêutica ainda esta em fase de implementação, não tendo sido avaliado em nosso meio os resultados do beneficio do implante do SMCic. **Objetivo:** Avaliar os resultados do implante de SMCic em um centro de IC no Brasil. **Métodos:** Este é uma série de casos, no período de 02/2012 a 03/2015, de 9 pcts com IC avançada sem condições clínicas para realizar TxC, em que foram implantados SMCic de fluxo contínuo, como terapêutica para ponte para TxC ou terapêutica definitiva. Todos os pcts estavam em CF IV da NYHA com terapêutica para IC maximizada, com ou sem suporte inotrópico intra-venoso, 5 pcts estavam em SMC temporário. Quanto a INTERMACS: 4 em 1, 4 em 3 e 1 em 2. Quanto a etiologia: 1 pct tinha CMP restritiva e 3 pcts tinham CMP isquêmica 4 IAM e 1 miocardite. A idade média era de 61,2 ± 8,6 anos. A FEVE media era de 24±9,0%. Foram analisadas a sobrevida no pós-operatório imediato (PO), seis(6M) e 12 meses (12M) pós-alta hospitalar, melhora na qualidade de vida, melhora da função renal e hepática e desenvolvimento de complicações relativas ao SMCic. Foram utilizados test de t e Wilcoxon para amostras pareadas, considerando p < 0,05. **Resultados:** A sobrevida observada foi: Intra- hospitalar, 3M, 6M e 12M de 77,7%, 100%, 83,3%, respectivamente. Todos os pcts apresentaram melhora de CF IV para CF I da NYHA, melhora da função renal (Cr pré= 2,3 ± 0,7 vs pós = 1 ± 0,9, p=0,02; Ureia pré =118,4 ± 17,2 vs pós= 52,6±22,p=0,0004), hepática (TGO pré=80 vs 39, p=0,06; TGP pré=70 vs 40, p=0,06), e débito cardíaco médio em repouso pós SMCic de 5,5L/min. A causa de morte intra-hospitalar foi 1 choque pós-cardiotomia,1 broncoaspiração e 1 aguarda TxC. 1pct apresentou insuficiência aórtica e 1 pct apresentou evento de taquicardia ventricular sustentada. **Conclusão:** A utlização de SMCic em um centro de IC no Brasil, como terapêutica definitiva ou como ponte para TxC, demonstrou ser uma opção terapêutica segura e com beneficio na recuperação das funções orgânicas, na melhora da qualidade de vida e sobrevida, para pcts c/IC avançada.

40843

Preditores do risco de eventos arrítmicos graves em pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia não isquêmica

LUIS EDUARDO ROHDE, MAURICIO PIMENTEL, ANDRÉ ZIMERMAN, DIEGO CHEMELLO, VANESSA GIARETTA, MICHAEL ÉVERTON ANDRADES, DAIANE NICOLI SILVELLO DOS SANTOS e LEANDRO IOSCHPE ZIMERMAN.

Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A estratificação do risco de eventos arrítmicos graves em pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia não isquêmica (ICNI), é um importante desafio clínico. **Objetivo:** Determinar o valor de diferentes testes não invasivos e invasivos para ocorrência de eventos arrítmicos graves em pacientes com ICNI. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 106 pacientes com ICNI submetidos à avaliação clínica e laboratorial, ecocardiograma bidimensional, Holter de 24h, teste de esforço cardiopulmonar (TECP) e estudo eletrofisiológico invasivo. **Resultados:** Durante seguimento médio de 493 ± 300 dias, o desfecho primário (síncope, terapia apropriada por cardioversor-desfibrilador implantável ou morte súbita cardíaca) ocorreu em 10 (9,4%) pacientes. O desfecho secundário evento arrítmico grave ou morte por qualquer causa ocorreu em 15 (14,1%) pacientes. Na análise multivariável, etiologia alcoólica (HR 9,96; IC95% 1,8-55; p = 0,008), presença de ventilação periódica no TECP (HR 8,4; IC95% 1,8-40; p = 0,007) e de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) > 10 batimentos no Holter (HR 25,4; IC95% 4,4-146; p < 0,001) foram os preditores independentes para evento arrítmico grave. A ausência de todos esses fatores (n = 78, 73,6%) identificou um subgrupo de pacientes de muito baixo risco de eventos arrítmicos futuros, com valor preditivo negativo de 97,4%. **Conclusão:** Neste estudo de coorte de pacientes com ICNI, etiologia alcoólica, presença de VP e de TVNS > 10 batimentos foram preditores independentes para ocorrência de eventos arrítmicos graves. A presença e ausência destas características identificam, respectivamente, subgrupos de alto e baixo risco de eventos arrítmicos graves.

40848

Avaliação do efeito sustentado após a certificação de um programa de cuidados clínicos em insuficiência cardíaca

VIVIAM DE SOUZA RAMIREZ, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, MARIANA YUMI OKADA, DOUGLAS JOSE RIBEIRO, FLAVIO DE SOUZA BRITO, VALTER FURLAN, BEATRIZ AKINAGA IZIDORO, DENISE LOUZADA RAMOS, SHEILA APARECIDA SIMOES, NILZA SANDRA LASTA e CAMILA GABRILAITIS.

Hospital Totalcor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de prevalência crescente que apresenta necessidade de internações frequentes gerando alto custo para o sistema de saúde. Um Programa de Cuidados Clínicos (PCC) em IC envolve cuidados desde o atendimento inicial, seguimento multiprofissional e acompanhamento ambulatorial. Tais programas têm demonstrado benefício inicial em indicadores de qualidade, porém não está claro se este impacto se mantem ao longo dos anos. **Objetivo:** Avaliar a hipótese de melhora sustentada em indicadores clínicos do tratamento da IC através de um PCC em IC certificado pela Joint Comission Internacional, num hospital privado na cidade de São Paulo. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente dados de 762 pacientes internados com IC em 2012 (antes da certificação do PCC) e 2640 pacientes em 2013 e 2014 (após certificação). Os dados foram analisados quanto ao número de internações por má adesão, reinternações em 30 dias por má adesão, óbitos, tempo de internação, tempo de UTI e uso de medicações baseadas em evidências em pacientes elegíveis. **Resultados:** A população analisada apresentava média de idade de 69,5 anos, 55% eram do sexo masculino e 53% do perfil hemodinâmico B. Foram observadas reduções significativas das internações (p < 0,001) e reinternações (p< 0,001) causadas por má adesão do período de 2012 (antes da certificação) a 2014 (após certificação). Observou-se ainda redução do tempo de internação (8,9 x 7,2 dias – p < 0,001) e do tempo de permanência em UTI (4,62x3,68 dias – p < 0,001). Houve aumento não significativo (p= 0,003) no uso de beta-bloqueador (BB) e inibidor da ECA (IECA)/Bloqueador do Receptor da Angiotensina (BRA) nas primeiras 24h e na alta hospitalar (em pacientes elegíveis). **Conclusão:** Ao longo dos primeiros 3 anos de PCC em IC, houve melhora sustentada e progressiva nos indicadores relacionadas à má-adesão ao tratamento assim como menor tempo de permanência hospitalar e em UTI.

40849

Perfil de 3000 internações de um programa de cuidados clínicos de insuficiência cardíaca

VIVIAM DE SOUZA RAMIREZ, MARIANA YUMI OKADA, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, DOUGLAS JOSE RIBEIRO, FLAVIO DE SOUZA BRITO, VALTER FURLAN, JOSE CARLOS TEIXEIRA GRACIA, SHEILA APARECIDA SIMOES, BEATRIZ AKINAGA IZIDORO, DENISE LOUZADA RAMOS e NILZA SANDRA LASTA.

Hospital TotalCor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Certificação de um Programa de Cuidados Clínicos (PCC) em Insuficiência Cardíaca (IC) pela Joint Comission Internacional (JCI) demanda a organização de uma estrutura de seguimento multiprofissional e recursos de monitoramento dos portadores da doença. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é descrever o perfil de 3000 internações consecutivas acompanhadas nos primeiros anos do PCC. **Materiais e Métodos:** A partir de julho de 2012 foram iniciadas as atividades do PCC para pacientes com IC e este programa foi certificado em outubro do mesmo ano em um Hospital privado do estado de São Paulo. Critérios de Inclusão para participação do PCC: Insuficiência cardíaca crônica, aguda, compensada ou descompensada, com fração de ejeção preservada ou não. Critérios de Exclusão: Menores de 18 anos; Recusa do paciente; Pacientes internados para realização de procedimentos eletivos cuja internação seja inferior a 48 horas; Paciente em cuidados paliativos por outras comorbidades. **Resultados:** Foi analisado um total de 3066 pacientes, em que 56% (N-1715) eram do sexo masculino, com média de idade de 69,3 anos, média de FEVE 42,2%. Apresentando tempo médio de internação hospitalar de 8 dias, taxa de internação em UTI 44% (N-1358), tempo médio de permanência em UTI 3,91 dias e 10% (N-395) dos casos necessitaram de droga vasoativa (DVA). As etiologias da IC mais prevalentes foram a isquêmica - 57%(N-1751), doença valvar - 14% (N-417) e hipertensiva - 3% (N-92). O perfil hemodinâmico prevalente foi o perfil B - 53% (N-1627), seguido do perfil A - 43% (N-1319). As causas mais comuns de descompensação da IC foram a infecção- 20% (N-617), evolução da doença - 13% (N-406) e má adesão - 9%(N-288). Desses pacientes, foram analisados os indicadores do PCC: uso de Betabloqueador nas primeiras 24 horas – 99%, betabloqueador na alta hospitalar – 96%, IECA/BRA na alta hospitalar (FEVE≤45%) – 97,5% e avaliação da FEVE- 99%. **Conclusão:** Esta amostra representativa demonstra o perfil habitual dos pacientes internados com IC. Os indicadores analisados na certificação apresentaram média acima de 96%, o que demonstra elevada atenção no atendimento de pacientes com diagnóstico de IC quando incluídos em um programa de cuidados clínicos.

40855

Prevalência e preditores de fraqueza muscular medida pela força do aperto de mão em uma coorte de pacientes com insuficiência cardíaca crônica

GABRIELA CORRÊA SOUZA, PRICCILA ZUCHINALI, BIANCA DE MORAES FRACASSO, FERNANDA DONNER ALVES, JESSICA VIANNA MANSSON, KARINA SANCHES MACHADO D´ALMEIDA, ANDRÉIA BIOLO, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LUIS EDUARDO ROHDE.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Na progressão da insuficiência cardíaca (IC), pacientes com desnutrição tem piores prognósticos. Visto que dados sobre composição corporal mostram que baixa massa muscular está associada com pior recuperação, qualidade de vida, caquexia e, também, aumento da mortalidade, uma análise da função da força muscular (FM) em pacientes com IC se faz necessária para um melhor entendimento da relação da depleção protéica com outros fatores clínicos. **Objetivo:** Avaliar FAM em pacientes IC com base em valores de uma população de referência; e determinar os preditores clínicos, antropométricos e bioelétricos da FAM. **Delineamento:** Estudo de coorte avaliando 403 pacientes com IC estável e classe funcional I-III. **Métodos:** As medidas de peso, altura, circunferência muscular do braço (CMB), força do aperto de mão (FAM), utilizando um dinamômetro; massa magra (MM) e ângulo de fase (AF) por impedância bioelétrica foram realizados por nutricionista treinado. As variáveis clínicas foram coletadas durante consulta médica. **Resultados:** Maioria dos pacientes do sexo masculino (63%), etiologia não-isquêmica (56%), com moderada a grave disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (média de fração de ejeção do ventrículo esquerdo [FEVE] = 35±13%) e 60±13 anos de idade. Os valores mais altos de FAM foram observados em homens (p<0,001) com NYHA I e II (p=0,002). FAM foi positivamente correlacionada com a CMB (rs=0,49; p <0,001), IMC (rs=0,2; p <0,001), MM (rs=0,63; p<0,001) e AF (rs=0,33; p <0,001) e inversamente correlacionados com a idade (rs= -0,24; p<0,001). Em um modelo de regressão linear múltipla, FAM foi independentemente associada com a idade (p<0,001), sexo (p<0,001), classe funcional (p<0,001), CMB (p=0,006) e MM (p=0,03). Este modelo explicou 56% da variação da FAM (p<0,001). De acordo com uma população de referência, utilizando o percentil 10 como ponto de corte, 40% dos pacientes com IC foram classificados com perda de FM para o braço direito e 38% para o braço esquerdo. **Conclusão:** FAM é um parâmetro de FM periférica que está relacionado com parâmetros clínicos e de massa muscular em uma população estável de pacientes com IC crônica. Quando comparado com uma população saudável de referência, mais de um terço dos pacientes com IC tinha fraqueza muscular.

40876

Avaliação do peso corporal, peso do coração e do índice cardiossomático (ICS) em ratos albino-wistar submetidos à ingestão prolongada de aguardente de cana de açúcar (cachaça) e à atividade física

DAYANA POUSA SIQUEIRA ABRAHÃO, EWELYN RESENDE BORGES, KARINA SURIANI GUERRA, SAMANTHA BATISTA AMUI CORREIA, EDUARDO ELIAS VIEIRA DE CARVALHO e JOSE ANTONIO THOMAZINI.

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Faculdade de Talentos Humanos, Uberaba, MG, BRASIL.

Fundamento: O etanol é conhecido por causar alterações no coração como fibrose e insuficiência cardíaca. No entanto, como isto ocorre ainda permanece obscuro. A cardiomiopatia de origem alcoólica é responsável por 21-36% de todos os casos de cardiomiopatia dilatada não isquêmica no mundo ocidental. A mortalidade por cardiomiopatia alcoólica subiu para 50% em quatro anos. **Objetivo:** Avaliar o peso corporal e do coração e o ICS em ratos sedentários normais e submetidos a exercício aeróbio e verificar alterações destes parâmetros em animais submetidos à alcoolização. **Métodos:** Os animais foram divididos em 4 grupos: S (sedentário); SA (sedentário e alcoolizado); T (treinado) e TA (treinado e alcoolizado). Os grupos SA e TA foram submetidos à ingestão de cachaça diluída a um teor alcoólico final de 30ºGL. O protocolo de treinamento foi baseado na natação. Os grupos T e TA foram submetidos a sessões de natação 5 vezes por semana/60min com sobrecarga de 2,5% a 5% do peso corporal. Os ratos e os corações foram pesados, e o ICS calculado. **Resultados:** Os valores médios finais dos pesos corporais foram comparados aos iniciais entre os grupos S x SA (p<0,01), S x T (p<0,05), S x TA (p<0,05), e T x TA (p<0,001), e exibiram diferença estatisticamente significante. Não foi observada diferença entre os grupos SA e TA. Quando comparados os valores médios dos pesos dos corações, entre os grupos S x SA (p<0,01), S x T (p<0,001), SA x TA (p<0,05), e T x TA (p<0,001), observou-se diferença estatisticamente significante entre eles. Não foi observada diferença entre os grupos S e TA. Quando comparados os valores médios do ICS entre os grupos S x T (p<0,05), e T x TA (p<0,05) observou-se diferença estaticamente significante entre eles. Não foi observada diferença entre os grupos S x TA; S x SA; e SA x TA (p>0,05). **Conclusão:** O treinamento provocou aumento do peso corporal quando comparado ao grupo S e a ingestão de aguardente interferiu negativamente no ganho de peso, exceção ao TA que apresentou valores ponderais semelhantes ao SA. O peso do coração foi maior no grupo T; o TA exibiu valor semelhante ao S, e no SA houve redução no peso comparado ao S. Com relação ao ICS, foi observado aumento nos grupos treinados, com exceção ao TA. O treinamento e a ingestão de aguardente proporcionaram alterações nos pesos corporais, nos pesos dos corações e nos ICS; a associação destas variáveis aparentemente provocou uma redução dos efeitos do alcoolismo crônico nestes parâmetros.

40902

Efeitos de um programa de reabilitação cardíaca em pacientes com cardiopatia chagásica crônica

ANDREA SILVESTRE DE SOUZA, FERNANDA DE SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES, VIVIAN LIANE MATTOS PINTO, GILBERTO MARCELO SPERANDIO DA SILVA, PAULA SIMPLICIO DA SILVA e MAURO FELIPPE FELIX MEDIANO.

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Embora programas de reabilitação cardíaca (RC) sejam indicados no tratamento da insuficiência cardíaca (IC), não existem evidências dessa estratégia na IC de etiologia chagásica. **Objetivo:** Avaliar o efeito da RC sobre a capacidade funcional, função cardíaca, força da musculatura respiratória, composição corporal, biomarcadores e qualidade de vida em pacientes com IC chagásica. **Delineamento e Métodos:** Estudo piloto de grupo único em que foram incluídos pacientes com IC chagásica clinicamente estáveis. Durante oito meses, indivíduos realizaram exercícios físicos aeróbicos de moderada intensidade, fortalecimento muscular e flexibilidade, tendo também participado de acompanhamento nutricional e orientação ao uso de medicamentos. Avaliação da capacidade funcional, força da musculatura respiratória e composição corporal ocorreram na linha de base, aos quatro e oito meses enquanto avaliações da função cardíaca, dos biomarcadores e da qualidade de vida ocorreram aos quatro e oito meses. O efeito do programa de intervenção foi avaliado por modelo linear misto. **Resultados:** Foram incluídos 12 pacientes com média de idade de 56,1 anos, sendo 75% do sexo feminino. A maioria no estágio C (83,3%) e com marcapasso/desfibrilador implantável (75%). Metade dos pacientes tinha disfunção de VD, com média da fração de ejeção (FE) de 31,9% e do VO_2max de 15,8 ml/kg/min. Total de cinco perdas de seguimento foram observadas ao final do seguimento, dentre estas uma morte não relacionada ao protocolo de intervenção. Foi observada melhora significativa do VO_2max (+1,8; p=0,05) e do déficit funcional aeróbio (FAI) (-8,5; p=0,02) após 4 meses e da FE (+6,6; p=0,02), pressão inspiratória máxima (PIM) (+8,1; p=0,005) e pressão expiratória máxima (PEM) (+14,7; p<0,001) após 8 meses de acompanhamento. Os pacientes com disfunção de VD na linha de base apresentaram melhora do VO_2max (+1,6; p=0,04), do pulso de O_2 (+2,0; p=0,009) e da FAI (-7,8; p=0,002) aos 4 meses e do pulso de O_2 (+2,7; p=0,007), da relação E/E' (-4,5; p<0,0001), PIM (+9,8; p=0,02), PEM (+15,3; p<0,001) e qualidade de vida (-32,0; p= 0,009) ao final do acompanhamento. O grupo sem disfunção de VD apresentou importante melhora da FE (+11,0; p=0,006) ao final do estudo. **Conclusão:** Conclui-se que um programa de RC promoveu importantes benefícios na melhora da saúde de pacientes com IC chagásica. Tais benefícios foram mais significativos entre os com disfunção de VD, um importante marcador de gravidade da doença.

40904

O uso da ventilação não-invasiva associada à reabilitação cardíaca baseada em exercícios em paciente com insuficiência cardíaca avançada, em uso de suporte inotrópico intravenoso: um relato de caso

GIOVANNA MARTINS TIVERON, PATRICIA FORESTIERI, ISIS BEGOT VALENTE, LAION RODRIGO DO AMARAL GONZAGA, VINICIUS BATISTA SANTOS, FLAVIO DE SOUZA BRITO, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA, ANTÔNIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO, RITA SIMONE LOPES, WALTER JOSÉ GOMES e SOLANGE GUIZILINI.

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

Fundamento: A reabilitação cardíaca baseada em exercícios é um tratamento fundamental para otimizar a capacidade funcional dos pacientes com Insuficiência Cardiaca (IC), e associada a Ventilação Mecânica Não-Invasiva (VNI), uma ferramenta que pode ser utilizada para incrementar o desempenho físico deles por meio da redução da pressão transmural de ventrículo esquerdo (VE), auxiliam na melhora da função cardíaca favorecendo a tolerância aos esforços e a realização de exercícios. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da mobilização precoce associada à VNI em pacientes com IC durante a internação hospitalar. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 29 anos, classe funcional IV, fração de ejeção de VE de 21%, hospitalizado, em uso contínuo de dobutamina (10,0ml/h). Foi submetido a um programa de exercícios progressivos e intervalados, associado ao uso de VNI (peep = 8cmH20) realizado em três etapas, 2 vezes ao dia, durante 3 dias, sendo a fase a) exercícios ativos globais e exercícios isométricos de membros inferiores (MMII) com o paciente sentado à beira leito e cicloergômetro por 15 minutos associado a VNI; fase b) exercícios ativos globais em ortostatismo, exercícios isométricos de MMII e cicloergômetro por 25 minutos associado a VNI e fase c) cicloergômetro associado a VNI por 25 minutos e deambulação por 12 minutos. O paciente estava em monitoração contínua durante as sessões. A capacidade funcional foi avaliada pela distância percorrida pelo teste da caminhada de 6 minutos (TC6), realizado 48h após a internação hospitalar e após 14 dias de intervenção. O paciente apresentou ganho de 172 metros em relação à primeira distância percorrida no TC6, bem como redução da dose de dobutamina. Não houve sinais de instabilidade hemodinâmica ou arritmias durante a realização e progressão dos exercícios. **Conclusão:** A utilização da VNI associada a realização dos exercícios pode ser uma alternativa viável para a reabilitação cardíaca na fase hospitalar, evitando a fadiga precoce aos esforços e assim propiciando a progressão de atividades aeróbicas e intervaladas com consequente ganho na capacidade funcional no período de internação.

40973

Suplementação de açaí (Euterpe oleracea, Mart.) na ração de ratos submetidos a infarto agudo do miocárdio: estudo ecocardiográfico e citocinas

AMANDA DE MENEZES FIGUEIREDO, BERTHA FURLAN POLEGATO, ANA CAROLINA CARDOSO, RENATA APARECIDA CANDIDO DA SILVA, BRUNA LETICIA BUZATI PEREIRA, FERNANDA CHIUSO-MINICUCCI, KATASHI OKOSHI, PAULA SCHMIDT AZEVEDO, LEONARDO ANTONIO MAMEDE ZORNOFF, MARCOS FERREIRA MINICUCCI e SERGIO A R PAIVA.

Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, Botucatu, SP, BRASIL.

Fundamento: O infarto do miocárdio (IM) é uma das principais causas de mortalidade. Neste contexto, grande interesse tem sido focado nas propriedades antioxidantes com o intuito de atenuar o estresse oxidativo. Sendo um produto natural que apresenta elevado teor de antocianinas, no qual pertencem aos flavonoides, recebe destaque o uso do açaí. **Objetivo:** Analisar a influência do consumo de açaí sobre a remodelação cardíaca após o infarto do miocárdio. **Materiais e Métodos:** Ratos Wistar machos foram alocados em 6 grupos: 1) grupo Sham alimentado com ração padrão e não submetido ao IM (SA0, n=10); 2) grupo Sham alimentado com ração padrão suplementada com 2% de polpa de açaí (ração 1) e não submetido a IM (SA1, n=10); 3) grupo Sham alimentado com ração padrão suplementada com 5% de polpa de açaí (ração 2) e não submetido a IM (SA2, n=10); 4) IM + ração padrão (IA0, n=10); 5) IM + ração 1 (IA1, n=11); 6) IM + ração 2 (IA2, n=10). Após 3 meses foi realizado o estudo ecocardiográfico e análise de citocinas por Elisa. As comparações foram realizadas par a par e o ajuste do valor de p foi realizado por Bonferroni, quando não apresentou normalidade. Os valores obtidos foram apresentados como média ± erro padrão. **Resultados:** O peso inicial dos animais não obteve diferença, porém o ganho de peso dos animais infartados foi superior aos animais Sham (p=0,001). Em relação ao tamanho do infarto, não apresentou diferença (IA0=41,765±3,471, IA1=37,228±3,044, IA2=38,164±3,895; p=0,626). Os ratos infartados apresentaram alterações morfológicas: aumento do DDVE, DSVE, TRIV, A < dias, E/A, EDPP, EDSIV, AE/AO; além de alterações sistólicas: redução % enc. Endo e % A <; e diastólicas: aumento do AE, não alteração da A mitral e do E mitral. Em relação à análise de citocinas, o infarto aumentou a IL-10 e TIMP, reduziu o IFN e não apresentou diferença para TNF-α. A adição de açaí na ração não alterou os valores de IFN e TNF-α. Entretanto, os valores de IL-10 para IA0 foi maior do que para IA2, sendo ambos maiores do que IA5. Portanto o SA0 foi igual ao SA1, sendo ambos inferiores a SA2. Em relação ao TIMP, o IA0 foi maior do que IA2 e igual ao IA5. **Conclusão:** A suplementação da ração com açaí não alterou o processo de remodelação cardíaca após o infarto do miocárdio analisados pelo ecocardiograma e, em relação à produção de citocinas, não alterou o IFN e TNF-α. Portanto a suplementação de 2% e 5% de açaí atenuou a produção de TIMP e a maior suplementação reduziu a produção de IL-10.

38587

Acurácia da identificação de óbitos em um estudo de sobrevida através do emprego da metodologia de relacionamento probabilístico de registros com o software OpenRecLink

PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI, LUIZA LAPOLLA PERRUSO, PATRICIA FERREIRA, PAULA DIAS MAIA, ELIENE FERREIRA SALLES, ANA LUIZA FERREIRA SALES, MARCELLA DE AGOSTINI ISSO, LUIZ AUGUSTO FEIJO, MARCELO IORIO GARCIA, ANDREA SILVESTRE DE SOUZA e SERGIO SALLES XAVIER.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O método do relacionamento probabilístico de registros pode ser empregado na identificação de desfechos em estudos de coorte, porém poucos estudos avaliaram sua acurácia. **Objetivo:** Avaliar a acurácia do método para a identificação de óbitos em uma coorte de 459 pacientes hospitalizados em um hospital universitário por insuficiência cardíaca descompensada de 01/01/2006 a 31/12/2011. **Métodos:** O estado vital dos membros da coorte foi determinado por meio do registro em prontuário eletrônico de passagens pelo hospital após a alta (consultas ambulatoriais, internações e visitas à emergência) ou de óbito hospitalar (morte). O método probabilístico foi usado para relacionar os registros da coorte (padrão ouro) com aqueles da base de mortalidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, visando à identificação de óbitos. A data limite para avaliação do seguimento foi 31/12/2012. Foi empregado o software OpenRecLink. **Resultados:** Apenas 206 (45%) pacientes apresentavam estado vital conhecido em 31/12/2012. Destes 120 (58,25%) haviam falecido e apenas 86 (41,75%) ainda estavam vivos. O método apresentou uma sensibilidade de 97,5%, uma especificidade de 100%, um valor preditivo positivo de 100%, um valor preditivo negativo de 96,6% e uma acurácia de 98,5%. **Conclusão:** O relacionamento probabilístico de registros parece ser uma valiosa ferramenta na identificação de óbitos em estudos de coorte realizados no Brasil.

38590

Prevalência da insuficiência cardíaca na atenção primária no Brasil

ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE, EVANDRO TINOCO MESQUITA, MARIA LUIZA GARCIA ROSA, DAYSE MARY DA SILVA CORREIA, LUIZ CLAUDIO MALUHY FERNANDES, JEAN ALLAN COSTA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, CELSO VALE DE SOUZA JUNIOR, JOÃO PAULO PEDROZA CASSINO e SAMUEL DATUM MOSCAVITCH.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: O desenvolvimento de estratégias de prevenção para insuficiência cardíaca (IC) na comunidade em países em desenvolvimento necessita de dados epidemiológicos sobre a prevalência dos pacientes em risco para IC (estágios A e B) e para as formas sintomáticas, hoje ainda não disponíveis no Brasil e na América Latina. **Objetivo:** Estimar a prevalência dos estágios de IC e seus fenótipos, IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) e IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) e determinar o nível de BNP para identificar IC na população adulta. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal que incluiu de modo consecutivo e randomizado 633 indivíduos com idade ≥ 45 anos, cadastrados na atenção primária em Niterói, Brasil. Todos os indivíduos foram submetidos a uma avaliação realizada em um único dia que constou de consulta clínica, BNP, eletrocardiograma e ecocardiograma (EDT). **Resultados:** O estágio 0 incluiu 74 indivíduos (54,7±8,6 anos; 58% mulheres) correspondente a 11,7% da população estudada sem fatores de risco maiores para IC e sem alterações morfofuncionais cardíacas, sendo mais jovens que os indivíduos nos demais estágios. O estágio A foi identificado em 230 indivíduos (56,5 ± 8,5 anos; 60% mulheres) representando 36,3% sendo a HAS o fator de risco mais prevalente (85%). O estágio B foi encontrado em 270 indivíduos (idade 61±9,7 anos; 64% mulheres), sendo o de maior prevalência. No estágio B as principais alterações estruturais e funcionais envolvidas foram: HVE ao EDT 59,3%, disfunção diastólica 44,7%, HVE (ECG) 20%, disfunção sistólica 3,7%, alterações regionais de parede do VE 3%, lesão valvar moderada a severa 2,2%, aumento do VE 1,5% e doença pericárdica 0,4%. O estágio C envolveu 59 pacientes (idade 71,1±12,4 anos; 61% mulheres) sintomáticos correspondendo a 9,3%. A prevalência da ICFEP foi superior a ICFER (59% vs 41%). Em relação ao sexo, ICFEP foi mais frequente no sexo feminino (6,6% vs 3,7%) e ICFER no sexo masculino (5,7% vs 2,5%) (p = 0,012). Os valores médios do BNP foram de 20pg/mL no estágio 0; 20pg/mL no estágio A; 24pg/mL no estágio B; 93pg/mL na ICFEP e 266pg/mL na ICFER. O ponto de corte do BNP de 42g/mL apresentou melhor sensibilidade (92%) e especificidade(91%) para identificar IC. **Conclusão:** O estudo mostrou uma elevada prevalência de indivíduos em risco para IC e do fenótipo ICFEP na atenção primária. A utilização do BNP e do EDT é útil na caracterização dos diferentes estágios de IC, um problema crescente em países em desenvolvimento.

38591

Avaliação pré-operatória de paciente adulto jovem assintomático

ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE, MARIO LUIZ RIBEIRO, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, EVANDRO TINOCO MESQUITA, CELSO VALE DE SOUZA JUNIOR e JOÃO PAULO PEDROZA CASSINO.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A avaliação pré-operatória é uma janela de oportunidade para o clínico identificar condições silenciosas e otimizar tratamento de doenças cardiovasculares prévias. Nos últimos anos, objetivando reduzir desperdícios de recursos com exames, diretrizes de Sociedades Médicas estabeleceram protocolos para a solicitação de exames pré-operatórios. Editorial publicado pela Cleveland Clinic, que se encontra em conformidade com a II Diretriz de avaliação perioperatória da SBC, questiona o valor do ECG em cirurgias de baixo risco em indivíduos assintomáticos. Relatamos o caso de um paciente jovem candidato a cirurgia ortopédica e que durante a avaliação do risco pré-operatório foi identificado um bloqueio de ramo esquerdo de terceiro grau (BRE). A avaliação com exames de cardioimagem identificou uma cardiomiopatia não compactada isolada do ventrículo (CNCV) e embolia pulmonar. **Relato de caso:** Paciente masculino, 35 anos, assintomático, com lesão do tendão calcâneo esquerdo durante prática desportiva. Sem história prévia de cardiopatia ou uso de medicamentos e tabagismo. Encaminhado para o risco cirúrgico (cirurgia de baixo risco). PA 134x78mmHg FC 89bpm; Exame físico sem alterações. Aparelho móvel de imobilização em membro inferior esquerdo (MIE). Foi realizado ECG que mostrou BRE. Realizado ecodopplercardiograma com FEVE de 61%, VAE-I de 22mL/m2 e MVE-I de 94,9g/m^2. Alterações do relaxamento do VE (E' 6cm/s) e aumento das pressões de enchimento (E/E' = 16). O eco mostrou uma hipertrabeculação da parede lateral média e septal. Encaminhado para angioTC coronariana que mostrou sinais de embolia pulmonar bilateral. Dosagem de D-Dimero (2310ng/mL) o ecoDoppler do sistema venoso do MIE mostrou as veias poplítea e tibial posterior com material hipoecogênico no seu interior ocluindo parcialmente a luz do vaso. Foi Submetido à RM cardíaca que mostrou hipertrofia e acentuação do trabeculado subendocárdico médio-apical estimado em 22% da massa miocárdica total, confirmando o diagnóstico de CNCV. **Conclusão:** O ECG é uma ferramenta de baixo custo útil na identificação de doenças miocárdicas e arritmias. O seu emprego de rotina no risco pré-operatório pode ser importante na identificação de condições que podem agravar o risco perioperatório. As recomendações da Diretriz da SBC para sua não realização de rotina estão embasadas na opinião de especialistas, devendo essa questão ser respondida de forma definitiva por estudos de metodologia robustos.

38805

Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, comparando ivabradina e piridostigmina em pacientes com insuficiêncica cardíaca crônica: associação da frequência cardíaca com variáveis clínica e funcionais

ALINE PAIVA STERQUE, HUMBERTO VILLACORTA JUNIOR, BERNARDO LUIZ CAMPANÁRIO PRECHT, PILAR BARRETO DE ARAÚJO PORTO, JEAN ALLAN COSTA, CHRISTIANE RODRIGUES ALVES, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, JOSE ANTÔNIO CALDAS TEIXEIRA, JENNE SERRÃO DE SOUZA, CLAUDIO TINOCO MESQUITA e ANTÔNIO CLAUDIO LUCAS DA NOBREGA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: O estudo SHIFT, onde ivabradina foi comparada a placebo, mostrou que a redução da frequência cardiaca está associada a melhora de desfechos em pacientes com insuficiência cardiaca (IC). A piridostigmina é um anticolinesterásico (vagomimético) que mostrou efeitos agudos benéfícos quando usada em pacientes com IC por 48h. **Objetivo:** Avaliar a associação da frequência cardíaca (FC) basal dos pacientes iniciais incluídos em um estudo randomizado comparando ivabradina versus piridostigmina. **Delineamento e Métodos:** Estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, onde 30 pacientes com IC crônica em tratamento otimizado e FC > 70bpm serão randomizados para ivabradina ou piridostigmina. Até o momento 16 pacientes foram incluídos, fazendo parte dessa análise. Avaliou-se a frequência cardíaca basal antes da randomização e procurou-se identificar associações com parâmetros clínicos, laboratoriais, ecocardiográficos, capacidade funcional e avaliação da atividade simpática cardíaca pelo MIBG. **Resultados:** A FC basal foi 83,5±11,5bpm, variando de 72 a 104. Todos estavam com dose de 50mg/dia de carvedilol, com exceção de dois pacientes, que usavam 25 mg/dia. Sete (43,7%) pacientes apresentavam FC acima da média, os quais possuiam tendência a pior classe funcional da NYHA (classe III e IV 57,1% vs 11,1%, p=0,10), menor distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos (DP6M) (292,3±93 vs 465,2±97,1 m, p=0,0029), maiores valores de NT-proBNP (medianas 708,4 vs 76,1, p=0,035) e maior denervação simpática cardíaca avaliada pela relação coração/mediastino (RCM) (1,49±0,12 vs 1,73±0,09, p=0,006). Houve correlação negativa com a DP6M (r=-0,55, p=0,024). Não houve diferença na incidência de edema de membros inferiores em pacientes com FC acima e abaixo da média (0% vs 33%, p=0,21) nem na avaliação por bioimpedância vetorial (BIVA) (índice de hidratação 73,6±0,05% vs 75,8±3,75%, p=0,28). **Conclusão:** A FC elevada associou-se a pior capacidade funcional e não está relacionada a congestão, mas a maior denervação simpática cardíaca.

38912

A insuficiência renal é a grande vilã da IC descompensada

ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO e ROBERTO KALIL FILHO.

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A IC é síndrome prevalente e a descompensação identifica pts mais graves. No Brasil não temos dados sobre a evolução destes pacientes, especialmente na vigência do tratamento otimizado com betabloqueadores. Neste estudo analisamos a evolução dos pts internados para compensação no ano de 2014. **Métodos e Resultados:** Em nossa enfermaria, em um Hospital Terciário de são Paulo foram internados, de janeiro a junho de 2014, com IC aguda 132 pts. Os pts tinham idade média de 65,4±13,0 anos, sendo a maioria homens (59,1%). A principal etiologia da cardiopatia foi a doença coronária (34,9%) seguida pela dilatada (30,3%) e a chagásica por 22,7%. Oitenta e três (62,9%) pts apresentaram insuficiência renal (IR), 43,2% uma infecção (pulmonar ou urinária). 57,6% dos pts já haviam passado pelo Pronto Socorro ou tinham sido anteriormente hospitalizados por IC. 69,7% dos pacientes necessitaram dobutamina para compensação e o tempo médio de hospitalização foi de 30,0±18,9 dias. 86,4% dos pts estavam tomando carvedilol (dose média de 34,2±20,6mg/dia). O BB não foi suspenso durante a hospitalização. A mortalidade hospitalar foi de 25,8%. Dos pacientes que morreram durante a hospitalização 26 (76,5%) apresentavam IR. A IR foi associado com maior tendência de morte intra-hospitalar: 31,3% VS 16,3%, p=0,066. A não melhora da função renal com o tratamento foi o principal fator associado a morte. O uso concomitante de dobutamina e carvedilol não foi associado à piora do prognóstico. **Conclusão:** Num hospital terciário a IC, mesmo bem tratada, continua sendo uma síndrome maligna e a presença de IR foi um importante fator para a descompensação e piora do prognóstico.

38913

Na IC descompensada hospitalizações anteriores identificam pacientes de pior prognóstico

ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO e ROBERTO KALIL FILHO.

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: No seguimento de pacientes com IC a necessidade de hospitalização identifica quadros mais graves. Alguns pts procuram muitas vezes os hospitais para orientação e mesmo tratamento. Procuramos neste estudo verificar se a evolução daqueles com múltiplas passagens pelo Pronto Socorro seria diferente daqueles internados pela primeira vez. **Materiais e Resultados:** No primeiro semestre de 2014 foram hospitalizados para compensação 132 pts. A maioria eram homens (59,1%) sendo a idade média de 65,4±13,0 anos. A maioria estava em tratamento para IC, 41,7% recebendo inibidor do sistema renina angiotensina, 22,7% um bloqueador do receptor da angiotensina, 86,4% um betabloqueador, 56,1% a espironolactona, 31,8% hidralazina e 29,5% um nitrato. Destes pts, 76 (57,6%) tiveram passagem pelo pronto atendimento (média de 3,3±2,4 vezes) no ano anterior a esta hospitalização. Quando comparamos aqueles de primeira internação com os com passagem anterior não constatamos diferenças nas características clínicas e laboratoriais (FEVE 32,5±13,5% VS 32,9±13,7%; p=0,856). Não diferiram também quanto ao tratamento que vinham recebendo. A mortalidade hospitalar foi de 25,8%. Não houve diferença na mortalidade hospitalar nos pacientes com passagem anterior no PS (67,6% VS 54,1%; p=0,168). Entretanto, dos 98 pacientes que receberam alta e permaneceram em seguimento, 42 (42,9%) procuraram novamente o PS pós-alta, com risco relativo de reinternação de 1,71 (IC 95%: 1,07-2,73; p=0,038). Dos pacientes em seguimento, aqueles que necessitaram de reinternação tiveram maior mortalidade: 65,4% VS 33,3%; p=0,006. **Conclusão:** A necessidade de reinternação hospitalar dos pacientes com IC para compensação foi associado com pior prognóstico. A identificação e prevenção dos fatores associados com a reinternação pode melhorar o prognóstico dos pacientes com IC.

38914

Pneumonia em pacientes com insuficiência cardíaca aumenta a mortalidade durante hospitalização

ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, JULIANO NOVAES CARDOSO, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO e ROBERTO KALIL FILHO.

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A IC é síndrome que nas formas avançadas tem mau prognóstico e este é ainda mais agravado pela presença de co-morbidades. Pneumonia é uma infecção frequente em pacientes com IC. Procuramos verificar seu impacto na evolução dos pacientes com IC num Hospital Terciário de São Paulo. **Métodos:** A Unidade de Informação Médicas Hospitalares fez um levantamento dos casos de IC internados, em nossa Instituição, nos últimos 10 anos. Nesta população verificou-se o tempo de hospitalização e a mortalidade intra-hospitalar. Verificou-se também a incidência de pneumonia e seu impacto sobre o tempo de internação e a mortalidade. **Resultados:** Foram hospitalizados e tiveram o diagnóstico de IC (I50), 27528 pts, nestes últimos 10 anos. Os homens predominaram nesta população (55%). O tempo de hospitalização para os pacientes com IC foi de 14,8 dias e a mortalidade intra-hospitalar de 24,8%. Pneumonia foi diagnosticada em 2485 pts (9,02%). Comparando os pacientes com e sem pneumonia, constatou-se que o tempo de hospitalização foi 7 dias superior nos com pneumonia (21,5 dias VS 14,2 dias). A mortalidade dos com pneumonia foi 56% maior (37,1% VS 23,7%). **Conclusão:** Pneumonia é co-morbidade entre os pacientes hospitalizados com IC e quando presente agrava sua evolução, aumentando em 7 dias o tempo de hospitalização e aumentando significativamente a mortalidade. A vacinação contra pneumonia, como indicado nas Diretrizes de IC, pode reduzir este risco.

38915

Betabloqueadores mudam a evolução da IC descompensada

ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO e ROBERTO KALIL FILHO.

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A manutenção dos BB em pts com IC descompensada ainda é conduta polêmica. As diretrizes indicam que o BB pode ser mantido nos pts sem baixo débito, mas deveriam ser suspensos nos com sinais de BD. Em nosso Hospital o BB não é sistematicamente suspenso. Neste estudo avaliamos se a manutenção do BB influenciaria a evolução dos pts com IC descompensada. **Materiais e Resultados:** No primeiro semestre de 2014, 132 pts foram internados para compensação. A maioria era homem (59,1%) sendo a idade média de 65,4±13,0 anos. 86,3% dos pts estavam recebendo carvedilol (dose média 34,2±20,6mg/dia). Sinais de baixo débito estavam presentes em 67,7 % dos casos e receberam dobutamina, sendo a dose do BB reduzida pela metade, o tempo médio de hospitalização foi de 30,0±18,8 dias. A mortalidade hospitalar foi de 25,8%. Para verificar o papel do BB na evolução dos pts eles foram divididos em 2 grupos aqueles com dose abaixo e acima de 25mg/dia (12,5mg 2 x ao dia). Os pts que receberam doses mais elevadas eram mais jovens (62,5±13,8 VS 66,9±12,7 anos; p=0,035). Os grupos foram semelhantes quanto ao grau de comprometimento cardíaco e características laboratoriais. A mortalidade hospitalar foi semelhante nos dois grupos (28,3% VS 24,1%; NS), mas aqueles que tiveram alta após compensação a mortalidade foi significante menor naqueles com dose mais elevada do BB (15,8% VS 32,8%; p<0,05), respectivamente para doses médias de 17,4±7,4mg/dia VS 53,7±12,6 mg/dia. **Conclusão:** Na IC descompensada a dose utilizada antes da hospitalização não modificou a evolução intra-hospitalar, mas os que tiveram alta com dose de 25mg dia ou mais tiveram mortalidade menor do que os com dose inferior a 25mg/dia. O uso de dobutamina não modificou esta evolução.

38934

Inotrópico na Enfermaria

JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, ROBERTO KALIL FILHO e ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

Instituto do Coração (InCor) HC.FM.USP.BR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A IC é síndrome prevalente e a descompensação identifica pts mais graves. O inotrópico é prescrito para pts com síndrome de baixo débito e em nossa Instituição ele é empregado na enfermaria. Neste estudo analisamos a evolução dos pts internados para compensação no ano de 2014. **Métodos e Resultados:** Em nossa enfermaria, em um Hospital Terciário de São Paulo, foram internados, de janeiro a junho de 2014, com IC aguda 132 pts. Os pts tinham idade média de 65,4±13,0 anos, sendo a maioria homens (59,1%). A principal etiologia da cardiopatia foi a doença coronária (34,1%) seguida pela dilatada (28,8%) e a chagásica por 22,7%. 61,3% dos pts apresentaram insuficiência renal, 54,0% uma infecção (pulmonar ou urinária). 57,7% dos pts já haviam passado pelo Pronto Socorro ou tinham sido anteriormente hospitalizados por IC. 69,2%% dos pacientes necessitaram dobutamina para compensação e o tempo médio de hospitalização foi de 30,0±18,8 dias. 86,3% dos pts estavam tomando carvedilol (dose média de 34,2±20,6mg/dia). O BB não foi suspenso durante a hospitalização. Quando comparamos pts que necessitaram ou não dobutamina, os com inotrópico eram mais graves tinham a PA sistólica mais baixa (92,±23,4 VS 118,6± mmHg; p<0,001), FE mais reduzida (29,1±11,0% VS 41,0±15,2%; p<0,001), a função renal era mais alterada creatinina (1,833±0,73 VS 1,53±0,55 mg/dl; p=0,0205). A mortalidade hospitalar foi maior no grupo que necessitou Dobutamina (31,5% VS 10,0%; p<0,05). O uso concomitante de dobutamina e carvedilol não foi associado à piora do prognóstico. No seguimento os pacientes com tomaram dobutamina apresentaram maior mortalidade no seguimento (30,2% VS 19,4%; p<0,05). **Conclusão:** Num hospital terciário o inotrópico é empregado nos pts com baixo débito e estes tem maior comprometimento cardíaco e sistêmico que os que não necessitam de inotrópicos. Estes pts mais graves têm pior evolução após a alta, mesmo bem tratados.

38947

O uso da ecocardiografia com contraste na otimização da abordagem percutânea em cardiomiopatia hipertrófica

GUSTAVO MEDEIROS DA SILVEIRA, CAMILA TOLEDO DE SOUZA, THEO XAVIER DE ALMEIDA E SILVA, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA e ANA LUIZA FERREIRA SALES.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Apresentamos um caso de reintervenção percutânea em cardiomiopatia hipertrófica (CMH) sintomática, tecnicamente possível unicamente pela presença da ecocardiografia com contraste durante o procedimento. **Relato de caso:** TES, 43 anos, hipertenso e dislipidêmico, sabidamente portador de CMH, com histórico pessoal de alcoolização septal em 2011, porém experimentando retorno dos sintomas após cerca de um ano. Em uso regular de atenolol, verapamil e sinvastatina. Nos últimos meses apresentando dispnéia e angina limitantes para esforços menores que os habituais. Considerando sua idade, baixo risco cirúrgico e o insucesso do primeiro procedimento, sugerida fortemente a abordagem cirúrgica, sobretudo pelo relato de grande dificuldade técnica no primeiro procedimento. Tal sugestão foi prontamente refutada pelo paciente, que, por questões religiosas, negava-se a assinar quaisquer termos de consentimento cirúrgico que envolvessem grande possibilidade de hemotransfusão. Assim sendo, em uma nova apresentação do caso para o "heart team", foi sugerida uma segunda tentativa de abordagem percutânea, desta vez guiada por ecocardiografia com contraste. O auxílio técnico por este recurso tem sido relatado desde a década de 90, com grandes benefícios teóricos. Permite a confirmação imediata da distribuição do marcador, demarcando a área de miocárdio dependente de cada ramo septal selecionado e a extensão desta, monitorando em tempo real o recrutamento de áreas miocárdicas na sala de hemodinâmica. O procedimento foi realizado em janeiro de 2015, com queda imediata do gradiente de pico em mais de 50mmHg. Além de auxiliar na cateterização segura da artéria septal envolvida, a ecocardiografia no per-procedimento evidenciou ainda: septo inter-ventricular de 1,2cm, movimento sistólico anterior da valva mitral, caracterizando uma obstrução importante da via de saída do ventrículo esquerdo com gradiente médio de 111mmHg e velocidade máxima de 6,6m/s. O pós-procedimento em unidade fechada transcorreu de maneira habitual ao procedimento, com dor torácica restrita aos 2 primeiros dias e alterações eletrocardiográficas compatíveis com a lesão propositalmente provocada (área septal). Recebeu alta para o domicílio 5 dias após a alcoolização, assintomático. **Conclusão:** A utilização do ecocardiograma com contraste durante a alcoolização septal apresenta um enorme potencial para melhoria dos resultados desta técnica, o que pode ser exemplificado no caso aqui relatado.

39127

Efetividade do treinamento nas taxas de diagnóstico, internação e mortalidade por insuficiência cardíaca em hospitais municipais da cidade de São Paulo

ALINE SIQUEIRA BOSSA, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, TAIN CURADO GOMES DE BARROS, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO, MANOEL FERNANDES CANESIN, MOACYR ROBERTO CUCÊ NOBRE, AMAURY ZATORRE AMARAL, WALTER WILLIAM YAZBEK e CARLOS COSTA MAGALHAES.

Unidade Clínica de Emergência - InCor-HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, BRASIL - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A capacitação dos profissionais de saúde não especialistas visa promover um melhor atendimento médico à população. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade de treinamento aplicado à médicos de unidades de pronto atendimento sobre as taxas de atendimento ao paciente com insuficiência cardíaca aguda (ICA) por não especialistas em cardiologia em hospitais secundários. **Métodos:** A metodologia de treinamento foi o curso Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca (SAVIC) em uma sessão de 6 horas com duas aulas expositivas e 3 estações de simulação abordando diversas fases e diversos cenários do atendimento para profissionais convocados de hospitais municipais de 2 diferentes bairros da cidade. O material residual deixado foi o livro do curso. Neste projeto piloto, foram avaliadas as taxas de atendimento, internação e mortalidade por todas as causas, causas cardiovasculares e ICA de 2 hospitais em período anterior e posterior (6 meses/cada) ao treinamento. Os dados foram coletados a partir do CID I e I.50 no prontuário médico, e os períodos comparados estatisticamente por Teste T. **Resultados:** Não foram observadas alterações nas taxas do Hospital de maior porte - Alípio Correa Neto. Entretanto, houve redução significativa nas taxas de diagnóstico (P=0,013) e internação (P=0,007), sem aumento nas taxas de mortalidade por IC no Hospital Inácio Proença de Gouvêa (P=0,35). **Conclusão:** Os resultados do Hospital Inácio podem sugerir que esta metodologia de treinamento foi eficiente em auxiliar o profissional não especialista a fazer um melhor diagnóstico diferencial, excluindo com mais segurança a hipótese diagnóstica de IC. Entretanto novos estudos devem ser realizados em hospitais com a mesma capacidade de atendimento, incluindo repetição das sessões e confecção de material residual como folders e cartazes para mensurar a efetividade do SAVIC na mudança da rotina assistencial e avaliar as hipóteses aqui levantadas.

39128

Edema agudo pulmonar cardiogênico: correlação dos peptídeos natriuréticos e características clínicas

MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, ALINE SIQUEIRA BOSSA, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, PRISCILA GHERARDI GOLDSTEIN, RONY LOPES LAGE, TATIANA DE CARVALHO ANDREUCCI TORRES, GLACYLARA REIS GEOVANINI, LUDHMILA ABRAHÃO HAJJAR e ROBERTO KALIL FILHO.

Unidade Clínica de Emergência - InCor-HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os níveis dos peptídeos natriuréticos (BNP e NT-ProBNP) e seu uso para o diagnóstico de Edema agudo de pulmão (EAP) permanece pouco estudado. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar as características clínicas, nível do BNP e correlacioná-lo com o tempo de sintomas, etiologia e prognóstico de curto prazo. **Métodos:** Durante 24 meses, pacientes com mais de 18 anos admitidos na Unidade Clínica de Emergência (UCE) com EAP tiveram seus níveis de BNP avaliados durante o primeiro horário da admissão, assim como tiveram coletados os dados clínicos hospitalares da internação. Todos os pacientes foram tratados com bolus inicial de furosemida 1mg/kg/min seguido por repetidos bolus, ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, nitroglicerina, nitroprussiato e drogas inotrópicas - se necessário. **Resultados:** Para esta análise, foram incluídos 79 pacientes (64 eram homens), com distribuição equivalente nos períodos do dia e noite. A etiologia do EAP foi estenose aórtica em 8 pacientes, regurgitação mitral em 3, hipertensiva em 38, síndrome coronariana aguda em 16, evento coronário isquêmico em 5, dissecção aórtica com regurgitação aórtica aguda em 3 e hipervolemia ou estágio final de insuficiência renal em 6. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) foi analisada excluindo pacientes com dissecção aórtica e etiologia valvar e variou entre 0,20-0,69, em 30% dos pacientes a FEVE foi menor que 0,40 e em 20% foi menor que 0,35. A pressão arterial sistólica foi significantemente maior em pacientes com FEVE > 0,40 (P=0.019). O BNP apresentou grande variação porém foi significantemente maior em pacientes com EAP não hipertensivo do que nos hipertensivos. (1.405,8±570,3pg/mL vs. 549±713,6pg/mL, P=0,001). Entre os FEVE preservados vs. reduzidos, houve diferença significante (P=0.007). Excluindo os pacientes com doença valvar, a sensibilidade do valor de BNP após a chegada na UCE foi de 73%. Sete pacientes faleceram (3 valvares e 4 não-valvares). **Conclusão:** Os pacientes com EAP na UCE, a etiologia hipertensiva foi a mais frequente (48%), com 30% dos pacientes com disfunção grave do ventrículo esquerdo. O BNP apresentou uma ampla variabilidade e sua sensibilidade foi de 73%. Entre os pacientes não valvopatas, a mortalidade hospitalar foi de 6%.

39446

Associação da ancestralidade genômica e cor autodeclarada com o padrão hemodinâmico não invasivo da insuficiência cardíaca crônica

SABRINA BERNARDEZ PEREIRA, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, LUCIANA GIOLI PEREIRA, JOCELI MABEL ROCHA SPINA, PAULO CALEB JUNIOR DE LIMA SANTOS, ANDREA ROSELI VANCAN RUSSO HORIMOTO, HADASSA CAMPOS SANTOS, FABIO FERNANDES, FERNANDO BACAL, ALEXANDRE COSTA PEREIRA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Fac, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: As taxas de mortalidade e hospitalização por IC parecem ser maiores entre afro-americanos em comparação com populações brancas. No entanto, os mecanismos para esta ocorrência ainda são pouco conhecidos. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo primário avaliar a associação da ancestralidade genômica e cor autodeclarada com os parâmetros hemodinâmicos não invasivos em pacientes com IC crônica. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal onde foram elegíveis pacientes com IC entre 18 e 80 anos de idade e fração de ejeção menor ou igual a 50%. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, análise genética dos marcadores de ancestralidade, ecocardiograma e impedância cardiográfica. **Resultados:** No período de agosto de 2012 a fevereiro de 2014 foram incluídos 362 pacientes. A média de idade foi de 56 anos, 66,6% do gênero masculino e 65,5% autodeclarados não brancos (pardos e negros). Em toda a população estudada, a média da ancestralidade europeia, africana e ameríndia foi de 61%, 29% e 6%, respectivamente. Os pacientes autodeclarados brancos tinham em média 80% de ancestralidade europeia, 12% de ascendência africana e 8% de ancestralidade ameríndia. Em pacientes autodeclarados pardos, a ascendência genética foi representada por 58% europeia, 31% africana e 11% ameríndia. Enquanto os pacientes autodeclarados negros tiveram, em média, 32% de ancestralidade europeia, 61% de ascendência africana e 7% de ancestralidade ameríndia. Os resultados demonstraram correlação positiva entre a ancestralidade africana e o conteúdo de água pulmonar (r=0,124, p<0,05), pico da onda E (r=0,127, p<0,05) e relação E/e' septal (r=0,142, p<0,05) e lateral (r=0,197, p<0,01). A ancestralidade ameríndia se correlacionou positivamente com a razão do tempo sistólico (r=0,109, p<0,05). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dos parâmetros hemodinâmicos para a cor autodeclarada. A ancestralidade africana (p=0,005), insuficiência renal crônica (p=0,005), pressão arterial média (p=0,001), classe funcional (p=0,002) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (p=0,001) foram relacionadas a relação E/e' lateral. **Conclusão:** A ancestralidade genômica africana se relacionou com piores parâmetros da função diastólica, a ancestralidade ameríndia se correlacionou com pior padrão de contratilidade ventricular, enquanto que cor autodeclarada não foi útil para inferir os padrões hemodinâmicos na IC.

39666

Amiloidose cardíaca: relato de caso

RENATA NOGUEIRA PENTAGNA, RAFAEL RAFAINI LLORET, BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU, LEOPOLDO SOARES PIEGAS, RICARDO PAVANELLO, MURILO SALANI GIL, DEIVIDE RIBEIRO SILVEIRA, RAFAEL AUGUSTO MENDES DOMICIANO, JUSSARA REGINA SOUSA RODRIGUES, LÍVIA FERRAZ ACCORSI e VICTOR GUALDA GALORO.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose cardíaca é uma doença rara causada pelo depósito celular de fibrilas amilóides, que são responsáveis pela alteração no tecido miocárdico. Esse quadro pode ocasionar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca diastólica. **Relato de caso:** RSC, masculino, 77 anos, deu entrada com queixa de fadiga, perda de peso, aumento de circunferência abdominal, edema em membros inferiores e dispnéia nos últimos seis meses. Referiu que a cerca de um mês havia apresentado piora tanto do quadro dispneico quanto do volume abdominal. Ao exame físico foi observado emagrecimento importante, além de ascite volumosa, edema de membros inferiores e presença de sopro sistólico em foco mitral discreto. Eletrocardiograma mostrando complexo QRS de baixa voltagem e ritmo de fibrilação atrial. Solicitado ecocardiograma que evidenciou aumento importante dos átrios, ventrículo esquerdo com espessura aumentada e aspecto pontilhado em "vidro fosco", fração de ejeção de 42%, pressão de artéria pulmonar de 46mmHg, veia cava inferior dilatada sem complacência com o ciclo respiratório e redução da função diastólica do tipo restritivo. Realizado: (1) Investigação etiológica que excluiu proteinúria; (2) Ultrassonografia abdominal evidenciando volumosa ascite; (3) Sorologia para Chagas, AntiHBc (anti-core), Anti HBs e Sorologia para Hepatite A positivos. Foi identificada a presença de anemia normocítica e normocrônica, Clearence de creatinina (ClCr): 12mg/dL, Pro BNP: 14000, troponina I: 0.184, eletroforese de proteínas mostrando hipergamaglobulinemia monoclonal e marcadores reumatológicos negativos. Devido à função renal, optou-se pela realização de biópsia endomiocárdica, que evidenciou quadro de Amiloidose Cardíaca. Foi retirado o betabloqueador e IECA do paciente, otimizou-se o diurético de alça, o que resultou em uma melhora clínica importante, diminuição da ascite e recuperação importante da função renal (ClCr:62,9mg/dL). **Discussão:** Amiloidose cardíaca é uma doença progressiva com prognóstico reservado podendo ter uma sobrevida de seis meses quando o paciente apresenta sintomas decorrentes do comprometimento cardíaco, tornando-se um desafio clínico. As formas de tratamento incluem alternativas que apresentam resultados discutíveis, como a quimioterapia, agentes alquilantes, transplantes de célula tronco autóloga e transplante cardíaco. O tratamento de alívio acaba sendo a opção mais viável que possuímos atualmente, sendo os diuréticos a principal classe medicamentosa.

39695

Relato de caso: Insuficiência tricúspide isolada

CATARINA SCHIAVO GRUBERT, THAIS CARVALHO E SILVA, ALI KASSEN OMAIS e LARISSA NADAF BASTISTA.

Universidade de Cuiabá, Cuiabá, MT, BRASIL - ATRIUM, Cuiabá, MT, BRASIL - Hospital Geral Universitário, Cuiabá, MT, BRASIL.

Fundamento: Insuficiência tricúspide (IT) devido a lesão primária valvar é um achado incomum. A IT funcional é a mais frequente. Relatamos caso de IT primária com importante melhora do quadro clínico e ecocardiográfico após o tratamento cirúrgico da valva tricúspide (VT). **Relato de caso:** Homem, 42 anos, com dispnéia, edema de membros inferiores (mii), ascite com piora progressiva há 5 anos. História prévia de osteomielite e amputação da perna direita. Ao Exame físico distensão de jugular, ritmo cardíaco irregular, 2T, Bulhas normofonéticas e sopro sistólico 3+/6+ em foco tricúspide; ascite, hepatomegalia e edema de mmii. Ao ECG- Fibrilação atrial e sobrecarga de ventrículo direito (VD). ECO- dilatação importante de cavidades direitas, movimento assincrônico do septo, IT importante, pressão sistólica da artéria pulmonar de 37 mmHG. O ecotrasesofágico - ausência de shunts, IT importante e hipertensão arterial pulmonar (HAP) discreta. RNM- aumento importante de átrio direito, importante IT e aumento discreto de átrio esquerdo. Biópsia de miocárdio - aspecto de tecido miocárdico habitual. Cintilografia pulmonar sem evidência de embolia. Cateterismo cardíaco - HAP discreta, IT importante e dilatação de cavidades direitas. Com a resposta inadequada ao tratamento medicamentoso e piora clínica, foi submetido à anuloplastia de tricúspide com melhora dos sintomas e NYHA classe I. **Conclusão:** A IT está relacionada com evolução clínica desfavorável e preditor independente de sobrevida em pacientes com disfunção ventricular esquerda. Nath e cols avaliou a incidência IT em 5223 adultos submetidos ao ECO sendo que a IT moderada a importante foi encontrada em 15,7% mas somente 8% com doença tricúspide valvar primária. As causas de IT primária podem ser por envolvimento reumático, implantação anormal da valva, anomalia de Ebstein, síndrome Carcinóide, endocardite infecciosa e traumas. Em geral, pressão arterial sistólica pulmonar < 40mmHg, sugere causa primária de IT, como evidenciado ao ECO. O papel do ECO é estimar a gravidade, o valor da pressão pulmonar, da função contrátil do VD e alterações nas cavidades esquerdas. Pacientes com IT isolada, a cirurgia é indicada nos casos de IT importante associada a evidente repercussão clínica. A possibilidade de endocardite de valva tricúspide não pode ser afastada devido a história prévia de osteomielite e antibioticoterapia.

40159

Adesão e autocuidado da criança e do adolescente em preparo para transplante cardíaco

ALINE ALVES BRAGA, VERA LÚCIA MENDES DE OLIVEIRA, KEYLA HARTEN PINTO COELHO, TAIANE EMYLL SILVA SAMPAIO, JACQUELINE DE SOUZA PEREIRA, SILVANIA BRAGA RIBEIRO, GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS, JOÃO DAVID DE SOUZA NETO, RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO, WANESSA MAIA BARROSO e MABEL LEITE PINHEIRO.

Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes; Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará - UECE, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: O transplante de órgãos e tecidos, atualmente, é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, com significativa melhora na qualidade de vida dos pacientes. O transplante cardíaco em crianças e adolescentes envolve também a família, sem descartar o grau de autonomia da criança ou adolescente em expressar seu desejo e aceitação. As especificidades relativas ao transplante cardíaco na infância e adolescência exigem da equipe interdisciplinar uma postura atentiva e comprometida com o esclarecimento de dúvidas e estímulo à adesão e autocuidado. O período de avaliação e preparo, que antecede ao transplante, envolve inúmeras providências e traz consigo a necessidade de participação ativa da criança/adolescente e seus pais. **Objetivo:** Esta pesquisa têm como objetivos sugerir a utilização de material educativo que seja favorecedor da compreensão do transplante e estimular adesão e auto cuidado de crianças e adolescentes que venham a ser submetidos a transplante cardíaco. **Delineamento, Métodos e Materiais:** Trata-se de relato de experiência no qual as autoras, a partir da prática assistencial como enfermeiras, elaboraram uma cartilha informativa referente as dúvidas e inquietações observadas nas consultas de enfermagem durante o preparo e avaliação para transplante cardíaco pediátrico. O material contém informações a cerca da dieta, medicações, higiene e convívio social. Em fase posterior será feito um aprimoramento e validação dessa cartilha com propósito educativo e favorecedor da adesão e autocuidado.

40164

Acurácia do ecocardiograma transtorácico na medida de fração de ejeção pelo método de Simpson modificado em portadores de doença de Chagas: comparação com ressonância magnética

MARCIA MARIA NOYA RABELO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, CAROLINA THE MACEDO, MOISES IMBASSAHY GUIMARAES MOREIRA, ALESSANDRA CARVALHO CALDAS, JORGE ANDION TORREÃO, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS, MILENA B P SOARES e LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A ressonância magnética cardíaca (RMC) é considerada o padrão-ouro para medida da fração de ejeção, pois sendo uma modalidade tridimensional, utiliza do método verdadeiro de Simpson. Como o ecocardiograma utiliza o método de Simpson Modificado, baseado em premissas matemáticas, sua acurácia pode ser prejudicada em condições associadas a alterações de contratilidade segmentar, tal como a doença de Chagas. **Objetivo:** Testar a acurácia da fração de ejeção do ventrículo esquerdo obtida pelo ecocardiograma transtorácico em pacientes portadores da doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro até dezembro de 2013, pacientes consecutivamente admitidos no ambulatório especializado em doença de Chagas do Hospital São Rafael tiveram medida da fração de ejeção realizada pelo ecocardiograma, de acordo com método de Simpson Modificado. Como padrão-ouro, foi utilizada medida da fração de ejeção pela ressonância magnética cardíaca. **Resultados:** Foram avaliados 61 pacientes, 58 ± 8 anos, 59% feminino, 17 pacientes na forma indeterminada, 16 na forma cardíaca sem disfunção do VE e 28 na forma cardíaca com disfunção do VE, sendo que 74% em classe funcional NYHA I-II. A média da FEVE obtida por RMC foi de 55 ± 20 % e a média da FEVE obtida por ecocardiograma foi de 53 ± 15%. Observou-se moderada correlação entre os 2 métodos (r= 0,85; p < 0,001). As médias das diferenças entre os valores de fração de ejeção por cada método foi 1,16% ± 10,6% (95% limites de concordância = -1,66% a + 3,98%). A concordância entre os dois métodos na definição de função normal, disfunção leve, moderada ou severa foi de 93% (Kappa=85%; P < 0,001). **Conclusão:** A fração de ejeção calculada pelo ecocardiograma possui boa acurácia em portadores da doença de Chagas.

40165

Devemos realizar teste ergométrico após Holter 24h visando detectar taquicardia ventricular não sustentada em pacientes portadores de doença de Chagas?

MARCIA MARIA NOYA RABELO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, CAROLINA THE MACEDO, LUCIANA CUNHA NASCIMENTO, TATIANA FRANCO DE SOUZA ROCHA, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS, MILENA B P SOARES e LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: As arritmias ventriculares são sabidamente frequentes na doença de Chagas e apontada como um dos principais mecanismo de morte. Porém só recentemente foi possível demonstrar a importância da taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) como marcador independente de mau prognóstico. Sendo assim, parece apropriado utilizar os meios disponíveis com a finalidade de detecção e estratificação de risco. Porém, até o momento, pouco sabemos da acurácia da detecção de arritmias ventriculares complexas usando diferentes métodos diagnósticos não invasivos em portadores da doença de Chagas. **Objetivo:** Comparar o Holter 24h e o Teste Ergométrico na detecção de arritmias ventriculares complexas em pacientes portadores da doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro 2012 até dezembro de 2013, pacientes consecutivamente admitidos no ambulatório especializado em doença de Chagas do Hospital São Rafael tiveram história clínica colhida de forma sistematizada e submetidos a realização de exames laboratoriais, Holter 24h e Teste Ergométrico. **Resultados:** Foram estudados 61 pacientes portadores da doença de Chagas, 58±8 anos, 59% do sexo feminino, sendo 17 pacientes na forma indeterminada, 16 na forma cardíaca sem disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e 28 na forma com disfunção do VE. TVNS foi detectada em 20 pacientes (34,5% - 95% IC: 9,79-30,2), com número máximo de 49 batimentos e mínimo de 3(IIQ: 3-11) sendo mais frequente na forma cardíaca com disfunção do VE (58%; P=0,002). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo daqueles com TVNS foi significativamente diferente daqueles sem TVNS (40% vs 63%; P<0,001). Foi identificado TVNS em 14 pacientes ao Holter e em 7 pacientes ao TE sendo que em apenas 3 deles a arritmia foi identificada no Holter e TE. A concordância entre os dois métodos para a presença de TVNS foi de 5,5% (Kappa=13%;P=0,27). **Conclusão:** Não existe concordância entre o teste de esforço e o Holter 24h quanto à indução de taquicardia ventricular não sustentada sugerindo que o teste ergométrico tenha papel complementar na pesquisa da carga arritmogênica na doença de Chagas.

40166

Associação entre o nível sérico de Galectina-3 e a extensão de fibrose miocárdica mensurada por ressonância nuclear magnética cardíaca na doença de Chagas

MARCIA MARIA NOYA RABELO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, CAROLINA THE MACEDO, JORGE ANDION TORREÃO, LUCIANA ESTRELLA, AGNALUCE MOREIRA, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS, MILENA B P SOARES e LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: Até hoje não conseguimos identificar pacientes com maior risco de progressão para as formas clínicas mais graves na doença de Chagas. Porém temos conhecimento que o desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC) é caracterizado por remodelamento ventricular estando intimamente associado a maior fibrose miocárdica.Galectina-3 (Gal-3) é uma lectina expressa por macrófagos ativados e associada a maior atividade inflamatória com resultante formação de fibrose. Dessa forma a mensuração sérica da Gal-3 poderá ser útil visando a detecção precoce do remodelamento caracterizado por aumento da fibrose podendo ajudar na identificação de subgrupo de paciente com maior risco. **Objetivo:** Testar a associação do nível sérico de Gal-3 com a extensão da fibrose miocárdica à ressonância magnética cardíaca e a sua relação com as diversas formas clínicas da doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro 2012 até dezembro de 2013, pacientes admitidos no ambulatório do Hospital São Rafael tiveram história clínica colhida e submetidos a realização de exames laboratoriais e ressonância nuclear magnética. **Resultados:** Foram estudados 61 pacientes portadores da doença de Chagas, 58±8 anos, 59% do sexo feminino, sendo 17 pacientes na forma indeterminada, 16 na forma cardíaca sem disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e 28 na forma com disfunção do VE. Realce tardio foi detectado em 37 pacientes (64%) estando presente em 7 na forma indeterminada, em 7 na forma cardíaca sem disfunção do VE e em 23 na forma com disfunção do VE (41,2%, 43,8%, 92%; P=0,001). O percentual de área acometida por fibrose foi de 9,4% (IIQ:2,4-18,4) com progressivo aumento nas diferentes formas da doença (P=0,004). O nível sérico de Galectina-3 foi de 12,1ng/mL (II:9,4-14,4). A concentração sérica da Galectina-3 foi maior no gênero feminino (14,2 vs 10,8; P=0,03) não sendo detectada diferenças nos idosos (P=0,82). Assim como, não identificado diferença do níveis de Galectina-3 relacionados a presença de fibrose (Fibrose: 12,6 vs 13,3 vs Sem Fibrose; P=0,67) e/ou a forma de apresentação clínica da doença (P=0,77). Não houve correlação entre a presença de fibrose e nível de Galectina-3 (r=0,057; P=0,67). **Conclusão:** Não há relação direta entre o grau de fibrose miocárdica e o nível sérico de Galectina-3 na doença de Chagas, sugerindo que não é a fibrose o principal determinante da concentração de galectina e negando um papel preditor dessa molécula em relação a fibrose miocárdica.

40167

O uso da ressonância magnética cardíaca pela técnica de realce tardio é capaz de predizer arritmia ventricular complexa em pacientes com Chagas?

MARCIA MARIA NOYA RABELO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, CAROLINA THE MACEDO, LUCIANA CUNHA NASCIMENTO, TATIANA FRANCO DE SOUZA ROCHA, JORGE ANDION TORREÃO, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS, MILENA B P SOARES e LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: O uso de teste invasivos e não invasivos não tem sido capaz de identificar pacientes com alto risco para ocorrência de arritmias complexas na doença de Chagas. Por outro lado, a ressonância nuclear magnética cardíaca (RNM), pela técnica de realce tardio (RT), permite delimitar e quantificar a fibrose miocárdica com precisão. Nesse contexto, o uso de RMC poderá ser útil na identificação de elementos preditores para arritmias complexas. **Objetivo:** Testar a hipótese de que a presença de fibrose miocárdica é capaz de predizer arritmia ventricular complexa em portadores de doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro 2012 até dezembro de 2013, pacientes consecutivamente admitidos no ambulatório especializado em doença de Chagas do Hospital São Rafael tiveram história clínica colhida de forma sistematizada e submetidos a realização de exames laboratoriais, Holter 24h e RNM. A aquisição das imagens pela ressonância foi realizada em duas partes: estudo da morfologia/função ventricular e detecção de fibrose miocárdica. A fibrose foi avaliada de forma qualitativa (visual) pela presença ou ausência de realce tardio e de forma quantitativa em valores percentuais em relação à massa total do miocárdico. **Resultados:** Foram estudados 52 pacientes portadores de doença de Chagas, 58±8,4 anos, 58% do sexo feminino, 14 na forma indeterminada, 17 na forma com cardíaca sem disfunção do VE e 21 na forma cardíaca com disfunção do VE. A presença de RT ocorreu em 37 pacientes com área total de fibrose 9,4% (IIQ: 2,15-16,0). O desfecho taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) ao Holter foi identificado em 15 pacientes com maior prevalência naqueles com RT (P= 0,004). Após ajuste do RT para variáveis clinicas (forma clínica, QRS largo, alterações da contratilidade segmentar do VE à RNM, fração de ejeção do VE e presença de fibrose) fibrose perdeu significância (OR= 0,95; 95%IC: 0,87-1,02) ficando como preditor independente apenas fração de ejeção do VE (OR= 0,90; 95%IC: 0,84-0,96). **Conclusão:** A despeito da associação à analise univariada, a presença de fibrose à RNM não é preditor independente de arritmia complexa após ajuste para função sistólica do ventrículo esquerdo.

40168

Associação entre a extensão de fibrose miocárdica por ressonância nuclear magnética cardíaca e formas clínicas da doença de Chagas

MARCIA MARIA NOYA RABELO, CAROLINA THE MACEDO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, JORGE ANDION TORREÃO, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS, MILENA B P SOARES e LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A ressonância magnética (RM) cardíaca tem sido considerada o método não invasivo mais adequado para a detecção de fibrose além de oferecer uma ampla variedade de ferramentas para análise de alterações cardíacas estruturais. Poucos dados são disponíveis sobre a quantificação do realce tardio e a sua relação com as diversas formas de apresentação da doença de Chagas. **Objetivo:** Descrever a extensão da fibrose miocárdica à RM cardíaca e a sua relação com as diversas formas clínicas da doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro 2012 até dezembro de 2013, pacientes consecutivamente admitidos no ambulatório especializado em doença de Chagas do Hospital São Rafael tiveram história clínica colhida de forma sistematizada e submetidos a realização de exames laboratoriais e ressonância nuclear magnética. A aquisição das imagens pela ressonância foi realizada em duas partes: estudo da morfologia/função ventricular e detecção de fibrose miocárdica. **Resultados:** Foram estudados 61 pacientes portadores da doença de Chagas, 58±9 anos, 56% do sexo feminino, sendo 16 pacientes na forma indeterminada, 17 na forma cardíaca sem disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e 28 na forma com disfunção do VE. Realce tardio foi detectado em 38 pacientes (67,9%) estando presente em 7 na forma indeterminada, em 9 na forma cardíaca sem disfunção do VE e em 22 na forma com disfunção do VE (43,8%, 52,9%, 95,7%; P=0,001). O percentual de área acometida por fibrose foi de 9,4% (IIQ:2,15- 16,0) com progressivo aumento nas diferentes formas da doença (P<0,001). Naqueles com fração de ejeção do VE < 40% o percentual de área de fibrose foi de 14,2% (IIQ: 12,3-18,8) vs 1,43% (IIQ:0-5,80) naqueles com fração de ejeção > 40% (P<0,001). Houve moderada correlação negativa entre área de fibrose e fração de ejeção (r=-0,613; P<0,001). **Conclusão:** Há relação direta entre o grau de fibrose miocárdica e a manifestação clínica na doença de Chagas. Isto sugere que o processo inflamatório é progressivo e incessante resultando em miocardite fibrosante decorrente da persistente destruição celular.

40170

Avaliação do efeito mediador da predisposição genética na formação de fibrose miocárdica na doença de Chagas: Polimorfismo da Galectina-3

GABRIELA DA SILVA CRUZ, ANA LUZIA DIAS ANGELO, TICIANA FERREIRA CAMPOS, CAROLINA THE MACEDO, MARCIA MARIA NOYA RABELO, LUIS CLAUDIO LEMOS CORREIA, JORGE ANDION TORREÃO, BRUNO SOLANO DE FREITAS SOUZA, RICARDO RIBEIRO-DOS-SANTOS e MILENA B P SOARES.

Hospital São Rafael, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: Galectina-3 é uma proteína multifuncional altamente expressa e associada a maior atividade inflamatória com resultante formação de fibrose. O gene da galectina-3 (*LGALS3*) apresenta vários candidatos a polimorfismo de nucleotídeo único (*SNP*) e a existência de SNP pode alterar a atividade de transcrição e levar a mudanças qualitativas de proteínas. Esses polimorfismos nos genes que codificam proteínas tem sido associados a maior susceptibilidade ou gravidade das doenças. Ainda não foi descrito a relação entre estes *SNPs* no *LGALS3* e as variações fenotípicas específicas em doença de Chagas. **Objetivo:** Testar a hipótese de que a presença de *SNP* no *LGALS3* é capaz de predizer fibrose miocárdica em portadores de doença de Chagas. **Métodos:** De janeiro 2012 até dezembro de 2013, pacientes consecutivamente admitidos no ambulatório especializado em doença de Chagas do Hospital São Rafael tiveram história clínica colhida de forma sistematizada e submetidos a realização de exames laboratoriais, a ressonância nuclear magnética cardíaca (RNM) e extração do DNA e genotipagem dos polimorfismos pela técnica de PCR em tempo real. A aquisição das imagens pela ressonância foi realizada em duas partes: estudo da morfologia/função ventricular e detecção de fibrose miocárdica. A fibrose foi avaliada de forma qualitativa (visual) pela presença ou ausência de realce tardio e de forma quantitativa em valores percentuais em relação à massa total do miocárdico. **Resultados:** Foram estudados 55 pacientes portadores de doença de Chagas, 58±9 anos, 58% do sexo feminino, 16 na forma indeterminada, 16 na forma cardíaca sem disfunção do VE e 23 na forma cardíaca com disfunção do VE. O realce tardio foi detectado em 36 pacientes (68%) com área acometida de fibrose de 9% (IIQ: 2,05-15,3). A distribuição genotípica do SNP rs4644 e rs4652 para os padrões homozigoto CC, homozigoto AA e heterozigoto CA foram semelhantes entre as diferentes formas de apresentação clínica da doença, com exceção do rs4644 heterozigoto CA que foi mais frequente na formas com acometimento cardíaco (P=0,05). O genótipo *LGALS3* rs4644 heterozigótico CA foi observado em 17 pacientes estando presente em 15 com a forma cardíaca da doença porém não encontrado diferença na área acometida por fibrose 1,65%(IIQ:0-32) vs 4,35% (IIQ: 0-18) quando da ausência do polimorfismo (P=0,36). **Conclusão:** O polimorfismo do *LGALS3* não é capaz de predizer fibrose na diferentes apresentações fenotípicas da doença de Chagas.

40222

Aumento da capacidade funcional em pacientes INTERMACS 3 utilizando a reabilitação cardiovascular: relato de dois casos

AMANDA TESTA, ANDERSON DONIZETI RODRIGUES DIAS, MARIANNE LANES DELARISSE, ALINE CRISTINA DE OLIVEIRA, THAIS SILVA DE SOUZA, EVELYN SILVA DE SOUZA, MICHELE DANIELA BORGES DOS SANTOS, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, PEDRO VELLOSA SCHWARTZMANN, LIVIA ARCÊNCIO DO AMARAL e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é responsável por grande número de internações hospitalares. No tratamento das descompensações, o uso de drogas inotrópicas é necessário em pacientes mais graves, muitas vezes por tempo prolongado, levando a redução de capacidade funcional (CF) devido ao longo repouso ou restrição ao leito. A reabilitação cardiovascular (RCV) é uma estratégia de tratamento adicional realizada durante a fase hospitalar, cujo objetivo é minimizar as complicações do repouso prolongado. **Objetivo:** Documentar melhora de CF associada à segurança da aplicação da RCV durante a internação hospitalar em pacientes com IC descompensada através do relato de dois casos. **Pacientes:** Relato de caso de dois pacientes em uso de dobutamina, classificados como INTERMACS 3 (dependentes de inotrópico mas com funções orgânicas estáveis), em fila de transplante cardíaco (TX). **Métodos:** Aplicação do protocolo de RCV em seis etapas progressivas em unidade de terapia intensiva cardiológica. As atividades realizadas nas etapas incluíram atividades passivas, ativo-assistidas, ativas, exercícios respiratórios e aeróbicos. Durante as sessões de RCV foram colhidas frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) ao início e final da sessão além do acompanhamento da percepção do esforço. A ventilação não invasiva (VNI) foi utilizada para iniciar a RCV caso houvesse relato de dispneia pelo paciente. **Resultados:** Não ocorreram efeitos adversos relacionados ao esforço durante a RCV. O uso VNI permitiu o início precoce da RCV no período de descompensação clínica, reduzindo o trabalho respiratório e a sensação de dispneia. Os pacientes relataram melhora na fadiga dos membros inferiores. Finalmente, documentou-se melhora na CF através da progressão das etapas da RCV e no desempenho das mesmas, incluindo aumento no tempo de exercício, além da diminuição da dependência para a execução das atividades diárias de cuidado pessoal. **Conclusão:** Não há muitos dados referentes à realização de RCV em pacientes INTERMACS 3. Foi observado que a intervenção foi segura, minimizou complicações e restabeleceu mobilidade de ambos os pacientes. Desse modo, a RCV pode ser uma intervenção custo-efetiva adicionalmente ao tratamento padrão de pacientes dependentes de inotrópicos e em fila de TX cardíaco.

40356

Desafios do diagnóstico de pericardite constritiva

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA, LUAM VIEIRA DE ALMEIDA, CLEISE VAZ DA COSTA SOLINI, CAROLINA CRISTINA CRUZ DE SOUZA, ROBERTA RIBAS TASCA, JANE ANUNCIACAO CORDEIRO, MARCUS VINICIUS IGLESIAS DE SOUZA, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DE O GONCALVES, ALEXANDRE DE SOUSA ROCHA e FABIO RODRIGUES DE ANDRADE.

Hospital Universitário Gafree Guinle, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Trata-se de relato de dois casos de pacientes imunocompetentes e de diferentes sexos, atendidos no Hospital Universitário Gafree Guinle (HUGG) no Rio de Janeiro, com diagnóstico de pericardite constrictiva de etiologia indefinida, mesmo após exames complementares. A principal hipótese diagnóstica foi de tuberculose. **Objetivo:** É demonstrar que pericardite constrictiva é diagnóstico de alta suspeição inicial e que sua prevalência pode ser maior que a esperada. **Relato de caso 1:** É de paciente masculino, 30 anos, previamente hígido, sem vícios, com história de 8 meses de quadro de síndrome edemigênica, 3 internações em instituições diferentes no período, hipótese diagnóstica de carcinomatose abdominal. Admitido em regular estado geral, estável hemodinamicamente, em anasarca, com insuficiência cardíaca classe funcional III (NYHA). Tomografia computadorizada de tórax com derrame pleural bilateral e atelectasia passiva em pulmão esquerdo. Exame de escarro e de líquido pleural negativos para BAAR. Ecocardiograma com sinais de insipiente pericardite constrictiva, tomografia de abdôme e pelve com nódulo cálcico no lobo inferior do pulmão esquerdo e ascite. Complicado com uma discrasia sanguínea. Realizada pericardiectomia, após liberação da hematologia, seguida de manutenção de corticoterapia, diurético e esquema RIP. **Relato de caso 2:** É de paciente feminino, 23 anos, hígida, com dor torácica ventilatório dependente e derrame pleural, transferida para o HUGG com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada por pneumonia em tratamento. Admitida taquicardica e taquipneica, com bulhas cardíacas hipofonéticas e em anasarca. Eletrocardiograma com baixa amplitude dos complexos QRS submetida a ecocardiograma que demonstrou espessamento pericárdico e sinais de restrição diastólica com alternância respiratória no fluxo da via de saída do ventrículo esquerdo e no fluxo mitral. Realizada pericardiectomia de urgência pela restrição diastólica, seguiu-se corticoterapia e esquema RIP com melhora. **Conclusão:** Concluímos que a pericardite constrictiva tem gravidade significativa e seu diagnóstico é muitas vezes esquecido, sendo muitos pacientes subdiagnosticados. Apesar de variados métodos diagnósticos, para diagnóstico etiológico os exames se mostram inconclusivos.

40561

Avaliação do sistema nervoso autônomo através da análise da variabilidade da frequência cardíaca durante a fase aguda da doença de Chagas

JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA, GUILHERME PEIXOTO TINOCO ÂREAS, ELDER NASCIMENTO PEREIRA, SIMAO GONCALVES MADURO, BRUNA VALESSA MOUTINHO PEREIRA, KETLEN GOMES DA COSTA, THAYANA BRAGA MARQUES, MARIA DAS GRACAS VALE BARBOSA e JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Fundação de Medicina Tropical - Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: Desde a descrição da doença de Chagas (DC) é conhecido que o acometimento do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é evidente e importante na fisiopatologia da doença. As alterações do SNA na fase crônica têm sido amplamente estudadas e estão presentes desde a forma indeterminada da DC. No entanto, durante a fase aguda, os estudos se restringem a modelos animais de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o acometimento do SNA na fase aguda da DC em humanos através da análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). **Métodos:** Foram avaliados 14 indivíduos com diagnóstico de DC aguda que foram comparados com um grupo controle (GC) de 15 indivíduos saudáveis. O SNA foi avaliado através da medida da VFC no domínio do tempo no holter 24 horas e no domínio da frequência em períodos curtos de 5 minutos em repouso. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 37 anos, a maioria era do sexo masculino (57%) e a maioria foi infectada através da forma oral (57%). Não foram observadas diferenças significativas quanto a idade, peso e fração de ejeção de VE com relação ao grupo controle. Foram observados menores índices de avaliação da função global do SNA, porém não houve diferenças significativas em relação aos parâmetros dos ramos simpático e parassimpático especificamente: [SDNN: GC= 137 (15); Chagas Agudo = 100 (41) ms; p=0,009. SDANN: GC=120 (14); Chagas Agudo = 85 (37) ms; p=0,006; BF (un) GC = 66 (11).; Chagas Agudo= 68 (16); p= 0,78; AF (un) GC= 31 (07) Chagas Agudo= 31 (11) p=0,87]. **Conclusão:** Observou-se acometimento do SNA de uma forma global durante a fase aguda da doença de Chagas, no entanto, não foi possível a diferenciação entre qual o ramo mais acometido através da análise da VFC neste grupo de pacientes.

40562

Melhora nos parâmetros de avaliação do sistema nervoso autônomo em pacientes tratados da forma aguda da doença de Chagas

ELDER NASCIMENTO PEREIRA, GUILHERME PEIXOTO TINOCO ÂREAS, SIMAO GONCALVES MADURO, BRUNA VALESSA MOUTINHO PEREIRA, KETLEN GOMES DA COSTA, THAYANA BRAGA MARQUES, MARIA DAS GRACAS VALE BARBOSA, JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA e JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Fundação de Medicina Tropical - Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: Existem evidências de que a doença de Chagas (DC) associa-se a lesões do sistema nervoso autônomo (SNA), detectadas, principalmente, em estudos feitos na fase crônica. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o comportamento dos parâmetros de avaliação do SNA antes e após o tratamento da fase aguda da DC. **Métodos:** Foram avaliados 13 indivíduos com diagnóstico de DC aguda no início do tratamento com benzonidazol e logo após o tratamento padronizado de dois meses. O SNA foi avaliado através da medida da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) no domínio do tempo no holter 24 horas. Para os testes estatísticos, inicialmente foi utilizado o teste de Kruskall - Walis para a identificação da normalidade dos dados, após isso foi usado teste *t* student para dados pareados e paramétricos e o teste de Wilcoxon para os testes pareados e não paramétricos, aceitando $p < 0.05$. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 35 anos, a maioria era do sexo masculino (53%) e a maioria foi infectada através da forma oral (53%). A função ventricular esquerda medida pela fração de ejeção de VE foi normal antes e após o tratamento. Houve melhora dos índices de avaliação da função global do SNA (SDNN e SDANN) e de um parâmetro de avaliação específica do sistema parassimpático (pNN50%) [SDNN: Antes= 90 (±36); Depois= 128 (±30) ms; p=0,01. SDANN: Antes= 75 (±31); Depois =110 (±29); ms; p=0,001. pNN50%: Antes= 5,4 (±08), Depois= 12 (±13) %; p= 0,05]. **Conclusão:** Observou-se melhora dos parâmetros de avaliação global do SNA e do sistema parassimpático após o tratamento da forma aguda da DC. Estes dados sugerem boa resposta ao tratamento da fase aguda, porém são necessários estudos longitudinais para melhor avaliação da evolução a longo prazo da função do SNA após o tratamento.

40563

Efeito do treinamento contra-resistência em pacientes portadores de insuficiência cardíaca sistólica em fila ambulatorial de transplante cardíaco

CAMILA Q BERTINI, LUCIANO F L OLIVEIRA, PEDRO V SCHWARTZMANN, FABIANA MARQUES, JÚLIO C CRESCÊNCIO, ANDERSON D R DIAS, LORENA A FERREIRA, MARIANNE L DELARISSE, ALINE C OLIVEIRA, MICHELE D B SANTOS e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

Hospital das Clínicas da FMRP/USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Centro de Reabilitação do HCRP-FMRP/USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada por limitação multifatorial da capacidade funcional, com anormalidades musculoesqueléticas como fraqueza muscular e fadiga precoce. Nesse contexto, o treinamento contra-resistência pode ser utilizado para pacientes com IC sistólica para melhora da qualidade de vida e aumento de força muscular, mas não há evidência na utilização em pacientes mais graves, classificados como INTERMACS 4 a 7. **Objetivo:** Avaliar o efeito de um programa de treinamento contra-resistência (TCR) de membros superiores e inferiores em pacientes com IC sistólica grave. **Métodos:** Foram avaliados 6 pacientes (5 homens e 1 mulher), idade de 55±10anos, com IC grave (INTERMACS 4 a 7) sendo 4 pacientes com IC de etiologia isquêmica, 1 secundário à valvulopatia e 1 idiopática; FEVE média 28±16%, IMC 29±3. No Teste Cardiopulmonar, eles apresentaram VO_2 pico: 10,4±2,3ml/Kg.min, VE/VCO_2slope: 39±10 e RER 1,2±0,25. Os pacientes foram submetidos à avaliação da resistência muscular máxima (RM) com halteres ou caneleiras. Os grupos musculares avaliados foram: flexores e extensores do cotovelo; abdutores, extensores e flexores do quadril; flexores e extensores do joelho. O TCR foi realizado 3 vezes por semana e consistia em 5 minutos de alongamento, 45 minutos de TCR com 60% da RM máxima (3 séries de 12 repetições para cada exercício) e 15 minutos de exercício aeróbico em esteira ou bicicleta com monitorização da frequência cardíaca e pressão arterial. Ao final de 8 semanas de treinamento, os pacientes foram novamente submetidos à avaliação da RM. Análise estatística com Software Minitab® 16 com teste t pareado e os dados são apresentados em média±desvio padrão. **Resultados:** Todos os grupos musculares avaliados apresentaram aumento da RM após o TCR. Houve um aumento médio de 50% na RM (Flexores de cotovelo 8±1 para 11±2Kg p=0,007; extensores cotovelo 4±1 para 7±2Kg p=0,04; abdutores quadril 7±2 para 11±3Kg p=0,009; flexores quadril 10±1 para 14±3Kg p=0,03; extensores quadril 8±2 para 12±3Kg p=0,03; flexores joelho 8±2 para 12±3Kg p=0,02 e extensores joelho 10±5 para 12±5Kg p=0,049). **Conclusão:** Após 8 semanas de TCR, apesar de não apresentar mudanças significativas no VO_2 pico ou VE/VCO_2 slope, o TCR foi seguro e houve importante aumento na força muscular de pacientes com IC sistólica grave, com melhora da qualidade de vida. Desse modo, essa modalidade de treinamento pode ser considerada mesmo em pacientes classificados como INTERMACS 4 a 7.

40565

Perfil epidemiológico de pacientes portadores de miocardiopatia chagásica submetidos ao transplante cardíaco

VERA LÚCIA MENDES DE OLIVEIRA, JOÃO DAVID DE SOUZA NETO, JÊNIFA CAVALCANTE DOS SANTOS, FÁBIO GOMES MADEIRA, ALINE ALVES BRAGA, JULIANA ROLIM FERNANDES, BRÁULIO MATIAS DE CARVALHO, KEYLA HARTEN PINTO COELHO, WANESSA MAIA BARROSO, IASMIN BELÉM SILVA e TERESA CRISTINA DE FREITAS.

Hospital Dr. Carlos Albert Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia chagásica caracteriza-se como uma situação clínica de adoecimento do músculo cardíaco decorrente de uma doença parasitária, a Doença de Chagas. Tal patologia caracteriza-se essencialmente como uma miocardiopatia dilatada em que a inflamação crônica, usualmente de baixa intensidade, mas incessante, provoca destruição tissular progressiva e fibrose extensa no coração, que a depender do grau de severidade, encontra como alternativa terapêutica resolutiva unicamente o transplante cardíaco. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com miocardiopatia chagásica submetidos ao transplante cardíaco. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, exploratório, quantitativo, do tipo documental, realizado num hospital de referência para doenças cardíacas do estado do Ceará, na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca. A coleta de dados foi realizada mediante informações contidas nos formulários preenchidos pelas enfermeiras atuantes na referida unidade, no momento da inserção do paciente no programa de transplante cardíaco. A população foi composta por pacientes transplantados decorrentes do desenvolvimento da miocardiopatia chagásica nos últimos dez anos, com uma amostra 65 pacientes. Foram excluídos aqueles formulários cujas informações estiverem incompletas, obtendo-se um total de 49 pacientes. O estudo foi submetido e aprovado no comitê de ética sob o CAAE 31503014.2.0000.5039. **Resultados:** Observou-se predominância do sexo masculino (81,6%) e dentro de uma faixa etária entre 31 e 59 anos (75,5%). Quanto à procedência, mais da metade (61,8%) residia no interior do Ceará. Pouco mais de um terço (39,5%) tinha tempo de transplante superior a cinco anos; a maioria (88,2%) não fez uso de dispositivo de assistência ventricular. Apenas 6,1% dos pacientes em estudo tinham em seu prontuário anotações acerca da utilização de Rochagan. No que diz respeito à recidiva do quadro infeccioso observou-se que a apenas 3,1% dos pacientes tiveram em sua evolução clínica a reincidência da doença em questão.Verificou-se ainda que a maior frequência de transplantes em pacientes com miocardipatia chagásica ocorreu em 2008 (nove casos). Quanto aos óbitos, observou-se que ocorreram 19 óbitos, com maior frequência em 2008 e 2014 (três casos em cada). **Conclusão:** Concluiu-se que conhecer o perfil epidemiologico de pacientes portadores de miocardiopatia chagasica que foram transplantados possibilita bases para elaboração de intervenções preventivas de complicações.

40586

Aneurisma do seio de valsalva roto: relato de caso

JANAYNA DE OLIVEIRA ALENCAR, JOICELY MELO DA COSTA e THIAGO DA COSTA SANTOS.

Hospital de Clinicas do Acre, Rio Branco, AC, BRASIL.

Fundamento: O aneurisma roto do seio de valsava é uma lesão cardíaca rara. A incidência é mais rara ainda nos países ocidentais que nos orientais. Estas lesões têm diferentes localizações e vários tipos de fístulas, geralmente o prognóstico é grave a menos que seja realizado o tratamento cirúrgico, como descrito no estudo de Bonatelli Filho (Rev Bras Cir Cardiovascular 1999; 14(4): 344-7). **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar o quadro clinico de um aneurisma do seio de valsava roto para o interior do átrio direito. **Relato de caso:** No caso o paciente Y.V.C.A, masculino, 26 anos de idade, apresentou um quadro clínico de dor torácica de inicio súbito de forte intensidade (9/10), precipitada pelo esforço físico de características opressivas, contínua, ventilatório dependente, com irradiação para região cervical e mandíbula, associada à dispnéia de moderada intensidade. Foi atendido no pronto atendimento onde foi identificada síndrome coronariana aguda com supra de ST em parede lateral alta, Killip I, sendo realizada terapia trombolítica com tenecteplase 50mg EV em bolus, porém, sem melhora do quadro clínico e eletrocardiográfico. Transferido para a unidade coronariana, onde foi estabilizado e realizado cineangiocoronariografia, a qual não encontrou anormalidades. Após quatro dias de evolução, ocorreu piora do quadro de dispnéia, tendo episódios de ortopneia e dispnéia paroxística noturna, com melhora após introdução de terapia para insuficiência cardíaca. O diagnóstico de aneurisma do seio de valsalva não coronariano roto com fistula para o interior do átrio direito, foi realizado por ecocardiograma transtorácico e a partir de então, encaminhado para a realização de correção cirúrgica. Sendo efetuada aneurismectomia com troca valvar aórtica por prótese mecânica, devido identificação de insuficiência aórtica moderada no intra-operatório. Evoluindo bem no pós-operatório, não apresentou nenhuma complicação. Recebendo alta hospitalar após o quinto dia do procedimento e permanecendo assintomático na reavaliação de trinta dias. rápido e preciso. **Conclusão:** O aneurisma do seio de valsalva está associado a complicações potencialmente fatais; no entanto, o prognóstico após o tratamento é excelente. Assim, é importante fazer um diagnóstico.

40592

A distância percorrida em seis minutos pode estar associada com o tamanho do átrio esquerdo?

MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, LUANA DE DECCO MARCHESE, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE, EVANDRO TINOCO MESQUITA e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca - CLIC, Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: Aumentos na pressão diastólica final na insuficiência cardíaca (IC) resultam em mudanças estruturais, piora do desempenho ventricular, diminuição da função do átrio esquerdo (AE) e piora da capacidade funcional. Assim, o remodelamento do AE resulta em sobrecarga hemodinâmica que afeta os resultados clínicos nestes pacientes. Pouco se sabe sobre a associação entre o diâmetro do AE (DAE) e a distância percorrida em seis minutos (DP6M) no teste de caminhada de seis minutos (TC6M). **Objetivo:** Investigar as possíveis correlações entre a tolerância ao exercício no TC6M e as medidas ecocardiográficas do AE em portadores de IC. **Delineamento e Métodos:** O estudo seguiu um protocolo observacional, retrospectivo e transversal. Foram avaliados dezessete pacientes de uma clínica de IC universitária (56,9 ± 13 anos, 52 % do sexo masculino, NYHA II / III, VO_2 27,7 ± 5,6ml/Kg/min, METS 7,8 ± 1,5. FEVE 49 ± 16%). Todos os ECO foram realizados pelo mesmo examinador. Análise estatística: Teste "*t-student*" para comparar as diferenças entre os ECO e correlação de *Pearson* para medir a associação entre o DAE, VO_2 máx, METS e a DP6M. O valor de *p* foi considerado significante se ≤ 0,05. **Resultados:** Nossos resultados mostraram uma correlação negativa entre o tamanho do AE e DP6M (1° ECO e 1 ° TC6M; r = - 0,42, p <0,01) e o tamanho do AE (1 ° ECO) e o VO2 de pico (r = - 0,65; p = 0,03). **Conclusão:** O resultado deste estudo mostrou uma correlação moderada significativa entre DP6M e o tamanho do AE. Estes resultados sugerem que o aumento do AE pode interferir na tolerância ao exercício e na distância percorrida em seis minutos em pacientes com IC.

40605

Função autonômica cardíaca e dessaturação de oxigênio durante o teste de caminhada de seis minutos de indivíduos com insuficiência cardíaca atendidos pelo SUS

ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, SERGIO S.M.C. CHERMONT, EVANDRO TINOCO MESQUITA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, RAFAEL DE MENEZES SILVA, THAIS BESSA, JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO e BRUNO BOMPET DOS SANTOS.

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, Niterói, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é um problema cada vez maior em saúde pública, é a terceira causa de morte cardiovascular nos países desenvolvidos, além de ser a principal causa de internações hospitalares entre as enfermidades do aparelho cardiovascular. O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) é utilizado para avaliar objetivamente o grau de limitação funcional e obter estratificações prognósticas na IC. Por ser um teste capaz de provocar respostas autonômicas cardíacas especificas, pressupõe-se que quanto maior variabilidade da frequência cardíaca durante do TC6M, existe uma melhor saúde do sistema cardiovascular. A dessaturação durante TC6M também é indicador de gravidade da doença, preditor de mortalidade e correlaciona-se com o prejuízo da função do coração e do pulmão. **Objetivo:** Avaliar a variabilidade da frequência cardíaca e dessaturação de oxigênio durante o teste de caminhada de seis minutos em pacientes com insuficiência cardíaca. **Delineamento e Materiais:** Trata-se de um estudo transversal, constituído de 13 pacientes com IC (8 mulheres; 60±6 anos; IMC 29±6 kg/cm^2; Classes II e III da NYHA) no qual realizaram o TC6M. A FC e SaO2 foram aferidos no repouso, 2º, 4º e 6º minuto pelo oxímetro de dedo. Foi considerado dessaturação quando houve a presença de saturação ≥ 4% ou SaO2 ≤ 88% em qualquer ponto durante o TC6M. **Resultados:** Não houve diferença significativa entre a distância percorrida e predita (470,2±58 vs 463,2±114,6; p= 0,422). Houve uma variabilidade da FC durante todo o teste 2º (71,8±12,5 vs 87,8±33,1; p=0,05), 4º minuto (71,8±12,5 vs 105,5±27; p=0,0001) e 6º minuto (71,8±12,5 vs 97,8±18,1; p=0,0001). Houve uma variabilidade maior da SaO2 (ΔSaO2) no 2º (-7,1±4,5; p=0,0001) e 4º minuto (-4,5±4,7; p=0,03) comparado ao repouso (97,4±1,4). 35% dos pacientes apresentaram saturação ≥ 4% (p=0,03) verificado imediatamente no 6º minuto. 32% dos pacientes apresentaram SaO2 ≤ 88% durante o teste. Foi realizado análise comparativa entre o grupo com a presença e ausência de dessaturação, foi observado que houve variabilidade da FC no 2º (70,1±15,3 vs 90,6±25,5; p=0,03), 4º (70,1±14,3 vs 96,8±20,3; p= 0,002) e 6º (72,9±13,2 vs 96,7±16,1; 0,0005) minuto apenas no grupo de pacientes que não dessaturou. **Conclusão:** Pacientes com insuficiência cardíaca que dessaturam durante o teste de caminhada de seis minutos apresentam menor variabilidade da frequência cardíaca, podendo indicar um mal prognóstico e piora da função autonômica cardíaca.

40607

Métodos lineares e não lineares no estudo da variabilidade da frequência cardíaca em indivíduos saudáveis e com síncope neurocardiogênica submetidos ao Tilt-Test

MARIANA ADAMI LEITE, DANIEL PENTEADO MARTINS DIAS, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, RUBENS FAZAN JUNIOR, ANDRE SCHMIDT e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

HC-FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Síncope neurocardiogênica (SNC) é caracterizada por perda transitória da consciência devido a uma hipoperfusão cerebral global; alterações no balanço simpato-vagal cardíaco têm sido referidas na SNC durante o *Tilt-test* (teste provocativo dessa síndrome). Neste teste, a modulação autonômica cardíaca pode ser avaliada pelo estudo da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) por métodos lineares e não lineares. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a modulação autonômica cardíaca, por meio do estudo da VFC em indivíduos com história clínica de SNC, com *Tilt-test* positivo (TTP) ou negativo (TTN), e em indivíduos saudáveis (grupo controle). **Métodos:** Foram estudados 60 indivíduos, em 3 grupos, sendo 16 positivos (15 mulheres e 1 homem), 18 negativos (11 mulheres e 7 homens) e 26 saudáveis (16 mulheres e 10 homens). A VFC foi analisada pela *Transformada Rápida de Fourier e Análise Simbólica*. No espectro dos intervalos RR (iRR), a potência da banda de baixa frequência (LF) reflete a modulação simpática e a de alta frequência (HF) a parassimpática. Foram analisados 2 momentos: Pré-*Tilt* (posição supina; trechos com 1000-1500 pontos) e *Tilt* (70º de inclinação; trechos com 1000-1500 pontos; anteriores à síncope). **Resultados:** O *Tilt-test* promoveu redução dos iRR, da variância dos iRR, do RMSSD (índice que reflete a modulação vagal sobre o coração), da potência da banda de HF e da incidência de ocorrência de padrões 2V (reflete a modulação vagal sobre o coração), além de promover aumento da potência da banda de LF do espectro dos iRR, da razão LF/HF e da incidência de ocorrência de padrões 0V (reflete a modulação simpática sobre o coração). No momento *Tilt*, os grupos TTN e TTP apresentaram menores valores de LF, 0V e razão LF/HF, quando comparados ao grupo controle, além de apresentarem maiores valores de incidência de padrões do tipo 2V e potência da banda de HF, também comparados ao grupo controle. **Conclusão:** Concluímos que, houve no *Tilt* diferença entre os grupos: menor modulação simpática e maior vagal no TTP e TTN comparativamente ao controle, sugerindo um desbalanço simpato-vagal. Entretanto, o padrão da resposta autonômica foi semelhante, ou seja, aumento da modulação simpática e diminuição da modulação vagal sobre o nó sinusal com a mudança de postura tanto nos métodos lineares quanto não lineares.

40608

Variabilidade da pressão arterial e sensibilidade barorreflexa em indivíduos saudáveis e com síncope neurocardiogênica submetidos ao Tilt-Test

MARIANA ADAMI LEITE, DANIEL PENTEADO MARTINS DIAS, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, RUBENS FAZAN JUNIOR, ANDRE SCHMIDT e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

HC-FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A síncope neurocardiogênica (SNC) é frequente na população e pode contribuir com a redução da qualidade de vida. Na SNC são observadas alterações no balanço simpato-vagal cardíaco, que podem ser estudadas utilizando-se o teste de inclinação passiva (*Tilt-Test*), combinado à análise da variabilidade da pressão arterial sistólica (VPAS) e sensibilidade barorreflexa (SBR). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a modulação autonômica cardíaca, por meio da VPAS e SBR em indivíduos com história clínica de SNC, com *Tilt-test* positivo (TTP) ou negativo (TTN), comparados a um grupo controle saudável. **Métodos:** Foram estudados 60 indivíduos, em 3 grupos, sendo 16 positivos (15 mulheres e 1 homem), 18 negativos (11 mulheres e 7 homens) e 26 saudáveis (16 mulheres e 10 homens). A VPAS foi analisada pela *Transformada Rápida de Fourier* e a potência da banda de baixa frequência (LF) utilizada como índice da modulação simpática. A SBR foi analisada pelo *Método da Sequência*, que busca por alterações simultâneas na pressão arterial sistólica (PAS) e intervalo cardíaco. Foram analisados 2 momentos: Pré-*Tilt* (posição supina; trechos com 1000-1500 pontos) e *Tilt* (70º de inclinação; trechos com 1000-1500 pontos; anteriores à síncope), sendo estudados os mesmos momentos para o grupo controle. **Resultados:** Comparando-se o grupo TTP, TTN e Controle, não houve diferença na PAS em condições basais. Além disso, a mudança de postura (*Tilt-Test*) não alterou a PAS nos grupos estudados (Pré-*Tilt* vs *Tilt*). O *Tilt-Test* promoveu aumento na banda de LF do espectro da PAS em todos os grupos, quando comparado ao momento Pré-*Tilt*. Entretanto, foi observado maior valor de LF, no momento *Tilt*, nos grupos TTP e TTN, quando comparados ao grupo controle. O *Tilt-Test* promoveu redução na SBR em todos os grupos nos momentos (Pré-*Tilt* vs *Tilt*). Porém, não foram observadas diferenças entre os grupos. Foi observada redução no índice de efetividade do barorreflexo nos grupos TTP e Controle nos momentos (Pré-*Tilt* vs *Tilt*). **Conclusão:** Concluindo, observamos que a mudança postural passiva promoveu aumento da modulação simpática da PAS e redução da SBR em todos os grupos. Apesar da hipótese de que indivíduos com SNC durante o *Tilt-Test* possuem sistemas de regulação cardiovascular menos eficientes, nesse estudo não foram observadas diferenças no índice de efetividade do barorreflexo e SBR nos grupos estudados, indicando que apesar de apresentarem SNC o grupo TTP possue mecanismos de regulação cardiovascular equivalentes aos do grupo TTN e Controle.

40615

Resgate da função renal após transplante cardíaco

NATALI DOS REIS SANTOS DA SILVA, JOSÉ RIBAMAR DE ANDRADE JÚNIOR, MYRNA MARIA COSTA DE MELO e JOÃO DAVID DE SOUZA NETO.

Hospital de Messejana, Forataleza, CE, BRASIL - Fundação Bahiana de Cardiologia, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: O transplante de Coração-Rim (TCR) é uma das alternativas para pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca (IC) avançada associada à Doença Renal Crônica (DRC). O primeiro relato na literatura data de 1978, e desde então, o número de procedimentos duplos ainda é pequeno. Ainda não foi possível estabelecer qual perfil de pacientes irá se beneficiar do TCR e qual irá ter a função renal recuperada após o Transplante Cardíaco (TxC) Isolado. Tendo em vista que a disponibilidade de órgãos para transplante é escassa, faz-se importante a identificação dos indivíduos que apresentam DRC irreversível e que, portanto se beneficiará do procedimento duplo. **Relato de caso:** O presente relato traz o caso um homem de 58 anos, portador de miocardiopatia isquêmica dilatada, com FEVE:23%, em Classe Funcional IV (NYHA), dependente de inotrópicos para manter as funções vitais, que evoluiu com DRC dialítica, inicialmente listado para realização de TCR. Em 1º de março de 2015 foi submetido ao TxC com sucesso. O transplante renal do mesmo doador estava programado para o segundo tempo cirúrgico, dentro de 24h, porém o paciente apresentou leucocitose importante, que foi atribuída à infecção/inflamação, já que o mesmo vinha de um tempo de internamento hospitalar prolongado devido à descompensação das doenças de base. Permaneceu dialítico nos primeiros dias após o TxC, e devido à melhora gradual dos parâmetros, passou a necessitar de sessões de HD cada vez menos frequentes. No 18º dia pós-operatório (DPO) começou a apresentar diurese (400mL/24h), permaneceu em melhora progressiva da função renal, até que no 38º DPO realizou a última sessão de HD. Recebeu alta e mantém acompanhamento ambulatorial multidisciplinar, com diurese satisfatória (1.500-2.000mL/24h), sem estímulo diurético, e Clearance de Creatinina em torno de 27,0mL/min, sem necessidade de HD. **Conclusão:** Esse caso ilustra a dificuldade em identificar os pacientes com DRC irreversível no cenário dos indivíduos com IC avançada em programação de TxC. A definição adequada do paciente que irá se beneficiar do TCR é uma questão primordial, já que a morbidade e a mortalidade dos indivíduos que recebem o transplante duplo são maiores do que os pacientes que passam por TxC isolado e recuperam a função renal.

40618

Percepção precoce pelo enfermeiro dos sinais e sintomas da insuficiência cardíaca relacionada a cardiotoxicidade por quimioterápicos

JANNAINA GOMES DE LIMA, LUANA LLAGOSTERA SILLANO GENTIL, MONIQUE IDLER GOMES, ALINE CRISTINA PREDOSO, MARILIA DE SA ESTEFANO, CAMILA RENATA JANINI, PATRICIA DIAS SERRALHEIRO e KAROLINE RAZIMAVICIUS VILALVA.

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas e tissulares. A IC por cardiotoxicidade, pode ocorrer nos primeiros meses após o ciclo de quimioterapia, nas primeiras semanas e anos após o tratamento. A incidência de IC após uso de antraciclinas é entre 5 a 35%, agentes alquilantes 5 a 25%, agentes antimicrotúbulos, anticorpos monoclonais 2 a 10% e inibidores da tirosina-quinase (trastuzumabe 2 a 28%, bevacizumabe 2 a 10% e sunitinibe 3 a 10%). **Objetivo:** Objetivou-se identificar estudos que relatem os sinais e sintomas da Insuficiência Cardíaca relacionada a cardiotoxicidade após o uso de quimioterápicos. **Delineamento:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, realizada por meio de revisão de literatura com abordagem quantitativa. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, realizada por meio de revisão de literatura com abordagem quantitativa. Através dos descritores. Quimioterapia; Complicações e Insuficiência Cardíaca, identificou-se 37 artigos, sendo que, 24 na *Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (LILACS) e 13 na (MEDLINE), destes selecionou-se 22, pois somente estes estavam disponíveis, após a leitura do resumo somente 07 preencheram os critérios de inclusão. Foram incluídos artigos publicados no período de 2005 a 2014 no idioma português. **Resultados:** A incidência e a gravidade das lesões dependem do quimioterápico administrado, da dose cumulativa empregada e da presença prévia ou não de cardiomiopatias. De acordo com os estudos os principais sintomas que os pacientes apresentaram foram: ortopneia, dispneia paroxística noturna, cansaço, hepatomegalia, ascite, taquicardia e edema de membros inferiores. **Conclusão:** Por meios destes achados clínicos, deve-se proceder a um cuidadoso exame físico, avaliando sinais que indiquem pressões de enchimento de ventrículo esquerdo (VE) aumentadas, congestão pulmonar e sistêmica e sinais de baixo débito cardíaco, como: hipotensão arterial, alterações do nível de consciência, oligúria, pulso filiforme e extremidades frias. Entre os sinais de exame físico, aqueles com maior especificidade para IC são a presença de terceira bulha e a turgência jugular. Entretanto, a sensibilidade desses sinais é baixa e sua ausência não exclui o diagnóstico de IC. O reconhecimento da apresentação clínica de complicações por quimioterápicos, pelo enfermeiro, propicia intervenções precoces e controle de riscos.

40669

Perfil funcional de pacientes com insuficiência cardíaca no ambulatório do Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS

LAURA JUREMA DOS SANTOS, ANA LUCIA DA ROSA, RAFAEL KIPPER ELESBÃO, JORDAN BOEIRA DOS SANTOS e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL - Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) podem apresentar anormalidades na função muscular respiratória, tais como resistência e força reduzidas, atrofia das fibras tipo I do diafragma e desoxigenação aumentada durante os exercícios (Arq. Bras. Cardiol. 2012;99(2):762-771). **Delineamento e Objetivo:** Estudo de caráter transversal, quantitativo e descritivo que buscou identificar o perfil funcional de pacientes com IC no ambulatório do Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS. **Pacientes:** Foram incluídos pacientes com o diagnóstico de IC em acompanhamento médico em nível ambulatorial no Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS durante os meses de Agosto à Dezembro de 2014. **Métodos:** Para a avaliação da capacidade funcional utilizou-se o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M) sendo identificada a distância percorrida pelo indivíduo e a estimada por equação levando em consideração a altura, idade e o peso corporal. A força muscular respiratória (PImax e PEmax) foi aferida através de um manovacuômetro digital (Globalmed® modelo MVD 300), sendo posteriormente calculado o valor estimado segundo proposto por Neder e cols. **Resultados:** Foram incluídos 44 pacientes (65,9±11,8 anos) com diagnóstico de IC (FEVE 52,5±17,7%) durante o período, com predomínio do gênero feminino (61,4%). Houve diferença entre os escores médios obtidos e os valores preditos no teste de força muscular respiratória realizado através da manovacuometria (PImax realizada -70,4±35,9cmH_2O e PImax estimada -86,8±13,8cmH_2O; PEmax realizada 63,5±24,3cmH_2O e PEmax estimada 89,1±19,9cmH_2O) e na capacidade funcional através do Teste de caminhada de Seis Minutos (distância percorrida 357,0±94,4 metros e distância estimada 469,6±96,5 metros). **Conclusão:** A força muscular respiratória e a capacidade funcional encontraram-se limitadas nos pacientes portadores de IC avaliados, evidenciando a necessidade de programas de reabilitação destinados a esta população.

40670

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca no ambulatório do Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS

LAURA JUREMA DOS SANTOS, RAFAEL KIPPER ELESBÃO, ANA LUCIA DA ROSA, JORDAN BOEIRA DOS SANTOS e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL - Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: A atividade física da maioria dos pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) é limitada por fadiga e dispneia com implicações importantes na qualidade de vida (Rev Bras Cardiol. 2014;27(2):97-103). **Delineamento e Objetivo:** Estudo de caráter transversal, quantitativo e descritivo que visou determinar a qualidade de vida de pacientes com IC no ambulatório do Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS. **Pacientes:** Foram incluídos pacientes com o diagnóstico de IC em acompanhamento médico em nível ambulatorial no Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS durante os meses de Agosto a Dezembro de 2014. **Métodos:** O grau de dispneia foi verificado utilizando o *Escore do Medical Research Council* (MRC) que considera o relato dado pelo paciente, onde este deve quantificar a intensidade deste sintoma correlacionando com as limitações em seu cotidiano numa escala de 0 a 4, sendo o 0 a ausência de dispneia e 4 a existência de severas limitações, com sintomatologia presente até mesmo com o indivíduo em repouso. A qualidade de vida foi avaliada com a versão brasileira do questionário de Minnesota (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) que avalia as percepções dos pacientes sobre a influência da IC nos aspectos físicos, socioeconômicos e psicológicos da vida. Os participantes responderam os 21 itens usando uma escala de resposta de seis pontos (0-5). **Resultados:** Foram incluídos 44 pacientes (65,9±11,8 anos) com diagnóstico de IC (FEVE 52,5±17,7%) durante o período, com predomínio do gênero feminino (61,4%). Na avaliação da dispneia houve maior prevalência do escore *Medical Reserach Council* (MRC) 2 (36,4%). O escore médio obtido pelo questionário de qualidade de vida *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* foi de 35,3±19,7 pontos. **Conclusão:** A qualidade de vida encontrava-se comprometida nos pacientes portadores de IC avaliados, evidenciando a necessidade de futuros programas de reabilitação com atuação de equipe multidisciplinar.

40671

Associação das dispneias e insuficiência cardíaca segundo seus fenótipos em pacientes do programa médico de família de Niterói

DIANA M M CERON e MARIA L G ROSA.

Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A dispneia é o sintoma mais comumente reportado por pacientes com Insuficiencia cardiaca (IC) (Friedman MM. Lung. 1997 May-Jun;26(3):169-76), sendo comum em pessoas idosas (Tessier JF. Eur J Epidemiol. 2001;17(3):223-9.). Recentemente foi descrito entre os pacientes com IC, mais um tipo de dispneia, chamado de *bendopnea* (Thibodeau JT. JACC Heart Fail. 2014 Feb;2 (1):24-31). No cenário de atenção primária, o acesso ao ecocardiograma, exame essencial para o diagnóstico da IC, tem se mostrado difícil (de la Figuera M. Aten Primaria. 2012 Apr;44(4):190-8). O estudo dos tipos de dispneia e sua associação com a IC, com as doenças respiratórias e a doença coronariana podem colaborar para o melhor encaminhamento de pacientes com suspeita de IC para o ecocardiograma. **Objetivo:** Caracterizar a dispneia, segundo seus quatro tipos e estimar sua associação independente com a insuficiência cardíaca e seus fenótipos em pacientes entre 45 e 99 anos assistidos pelo Programa Medicam de Família da cidade de Niterói Rio de Janeiro. **Delineamento e Métodos:** Estudo Seccional que integra o estudo Digitalis em que foram selecionados os 633 adultos de 45 a 99, selecionados aleatoriamente entre os indivíduos cadastrados no Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro. Os desfechos foram a presença de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna e bendopnea. A exposição de interesse foi a presença de IC, ICFER ou ICFEN. Para comparação entre grupos empregou-se o teste do qui-quadrado. Foram estimados modelos de regressão linear generalizados com função de ligação logito (regressão logística). A significância estatística foi estabelecida em 0,05. **Resultados:** A dispneia paroxística noturna (DPN) e a bendopnea apresentaram associação com a IC antes do ajuste (ORb=2,42; IC 95%=1,10-5,29 e ORb=2,59; IC 95%=1,52-4,44 respectivamente). Nos modelos múltiplos, somente a associação da insuficiência cardíaca com a DPN manteve a significância estatística. Asma, DPOC angina, infarto e a doença da tireoide não mostraram associação com a bendopnea. A depressão foi a única variável que na analise bruta mostrou forte associação com as quatro dispneias. **Conclusão:** A bendopnea, foi o único tipo de dispneia que não associou às doenças respiratórias e às doenças coronarianas. Mesmo após o controle pela depressão e IMC, a bendopnea manteve associação com a IC e com a ICFEN, mostrando-se como um sintoma promissor para diferenciar a IC dos outros dois grupos de doença.

40715

Análise da estimativa de taxa de filtração glomerular pela equação de CKD-EPI em pacientes com ICFEP e ICFER

BRUNA ORTEGA BURMEISTER, VANESSA GRINGS, THAINA SILVA MOREIRA e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

ULBRA, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) comumente apresentam Doença Renal Crônica (DRC) simultânea, tanto nos com fração de ejeção preservada (ICFEP) quanto nos com fração reduzida (ICFER). Várias equações foram validadas para estimar a taxa de filtração glomerular (TFG), sendo as de Cockroft-Gault (CG) e MDRD simplificada as mais utilizadas. Porém, estudo recente (Valente MA) sugere maior acurácia da fórmula CKD-EPI. **Objetivo:** Testar a diferença da estimativa de TFG entre os grupos ICFEP e ICFER utilizando a equação CKD-EPI. **Amostra:** Amostra total de 88 pacientes, com maior prevalência do gênero feminino (56,8%) e idade média estimada de 67,2 anos. Em relação a fração de ejeção, 52 pacientes tinham fração preservada e 36 reduzida. **Métodos:** Foram incluídos adultos com diagnóstico de IC por critérios de Boston e obtidos aspectos clínicos e laboratoriais de um banco de dados. A TFG foi estimada pela fórmula CKD-EPI, mas também CG e MDRD. Foram testadas as diferenças entre as médias e percentuais dos dados dos pacientes com ICFEP e ICFER através do teste T de Student e Qui-quadrado. O valor de P < 0,05 foi considerado para a significância estatística. **Resultados:** Não foi observada diferença significativa nos valores estimados de TFG pela equação CKD-EPI entre os grupos ICFER e ICFEP. Constatou-se um maior valor na creatinina sérica no grupo ICFER (tabela). **Conclusão:** A análise desta amostra não demonstrou diferença significativa nos valores médios de TFG estimados pela equação de CKD-EPI entre os grupos ICFEP e ICFER.

	Todos	ICFEP	ICFER
n	88	52	36
idade (anos) - média (DP)	67,2(9,6)	67,4(8,2)	66,9(11,4)
masculinos - n (%)	38(43,2)	16(30,8)*	22(61,4)*
creatinina P (mg/dL) - média (DP)	1,06(0,32)	1,00(0,29)*	1,14(0,35)*
DCE-CG	73,66(24,82)	77,95(23,90)**	67,75(25,25)**
DCE-MDRDs	65,82(18,83)	66,44(15,20)***	64,92(23,36)***
DCE-CKD-EPI	67,74(18,27)	69,17(16,20)****	65,67(20,96)****

#p=0,0091/*p=0,044 (IC95%: 0,0039 a 0,2761)/**p=0,058/***p=0,712/ ****p=0,373 Qui-quadrado com Yates ou teste t de Student

40717

Intervenções de enfermagem realizadas pelo enfermeiro no cuidado ao paciente em uso de dispositivo de assistência ventricular

ALINE ALVES BRAGA, VERA LÚCIA MENDES DE OLIVEIRA, KEYLA HARTEN PINTO COELHO, WANESSA MAIA BARROSO, VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, SILVANIA BRAGA RIBEIRO, RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO, MARIA GYSLANE VASCONCELOS SOBRAL, MABEL LEITE PINHEIRO, TAIANE E S SAMPAIO e JACQUELINE DE SOUZA PEREIRA.

Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: O Dispositivo de Assistência Ventricular (DAV) é uma importante estratégia na gestão da falência cardíaca, visto oferecer assistência ao coração doente, funcionando como bomba de suporte. Com o número crescente de pacientes com DAV, os enfermeiros e demais profissionais da saúde são desafiados a desenvolver intervenções que possam oferecer aos pacientes e seus familiares um atendimento de qualidade. Tendo como identificar os cuidados do enfermeiro direcionados ao paciente em uso de DAV. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos nas bases de dados LILACS, BDENF, SciELO, MEDLINE e PubMed, em fevereiro de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos produzidos por profissionais da saúde; publicados em periódicos, estabelecendo-se como limite de ano de publicação os últimos cinco anos; que contemplassem ao objetivo proposto; indexados nas bases de dados supracitadas; nos idiomas inglês, português e espanhol; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Para a seleção final dos artigos, foi realizada a leitura de todo o trabalho, de modo que foram selecionados aqueles que atendessem os objetivos estabelecidos. O *corpus* da revisão integrativa foi composto por 15 artigos.Cuidados essenciais envolvem a orientação do paciente e cuidador quanto: anatomia e funcionamento do dispositivo; revisar os componentes externos; instruir para o uso dos acessórios do DAV; cuidados com sítio de saída; realização/troca do curativo; documentação de acompanhamento diário (sinais vitais e parâmetros do dispositivo); identificar e responder a situações emergenciais e contatos de emergência; seguir uma dieta saudável e com restrição de sódio e regime de exercícios; quanto às atividades físicas, não realizar aquelas que envolvam imersão em água (piscinas) e evitar esportes de contato; e evitar tocar em eletricidade estática (tela de computador e televisão). Acrescenta-se, ainda, o preparo do paciente no período pré-operatório, realizar admissões e alta de pacientes, listar os pacientes para transplante, realizar aconselhamento psicossocial e sexual desses pacientes **Conclusão:** No que se refere aos cuidados de enfermagem, constatou-se a importância destes abrangerem o paciente como o todo, diante de toda a sua complexidade. A avaliação do paciente para o gerenciamento de problemas de saúde é útil para prevenir ou diagnosticar precocemente as complicações associadas ao uso do DAV.

40718

Complicações associadas ao uso dos dispositivos de assistência ventricular: uma revisão integrativa

VERA LÚCIA MENDES DE OLIVEIRA, ALINE ALVES BRAGA, JOÃO DAVID DE SOUZA NETO, JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJIA, MABEL LEITE PINHEIRO, VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS, JULIANA ROLIM FERNANDES, WANESSA MAIA BARROSO, KEYLA HARTEN PINTO COELHO e RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO.

Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: O Dispositivo de Assistência Ventricular (DAV) é uma bomba de coração mecânica, utilizada em pacientes com falência cardíaca, que promove suporte circulatório para os ventrículos que apresentam falhas em seu funcionamento. Apesar dos inúmeros benefícios comprovados, muitas complicações vêm sendo relatadas após a cirurgia para implante de DAV. Diante do exposto, torna-se essencial o conhecimento dessas complicações para que o enfermeiro atue de forma preventiva. **Objetivo:** Temos como objetivo identificar as principais complicações associadas ao implante de DAV. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos nas bases de dados LILACS, BDENF, SciELO, MEDLINE e PubMed, em fevereiro de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos produzidos por profissionais da saúde; publicados em periódicos, estabelecendo-se como limite de ano de publicação os últimos cinco anos; que contemplassem ao objetivo proposto; indexados nas bases de dados supracitadas; nos idiomas inglês, português e espanhol; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Para a seleção final dos artigos, foi realizada a leitura de todo o trabalho, de modo que foram selecionados aqueles que atendessem os objetivos estabelecidos. O *corpus* da revisão integrativa foi composto por 19 artigos. **Resultados:** Dentre as complicações mais citadas pela literatura, as infecções graves e sepses estão entre as mais comuns. A ocorrência de infecções está presente em 14% a 59% dos casos e de sepse, em 42% dos pacientes no período de um ano. Verificou-se, ainda, danos ao DNA, estresse oxidativo; menor complacência e distensibilidade da artéria carótida, o que pode elevar a pressão sobre o ventrículo esquerdo; insuficiência de múltiplos órgãos; eventos neurológicos (a longo tempo ocorrem eventos embólicos ou hemorrágicos); insuficiência renal; disfunção mecânica; e alterações psicológicas. **Conclusão:** Devido à complexidade tecnológica, eventos adversos ocasionados pelo uso dos DAV, bem como os cuidados exigidos e necessidade de monitoração constante, alguns pacientes podem solicitar a retirada destes e/ou podem tornar-se psicologicamente abalados, com o risco de desenvolvimento de Síndrome de *Burnout* e isolamento. O implante e uso dos DAV estão associados a complicações frequentes, que podem ser graves, podendo levar os pacientes a óbito. Evidencia-se, portanto, a necessidade de adoção de protocolos no cuidado a estes indivíduos, de forma a facilitar a assistência e torná-la eficaz, melhorando a qualidade de vida.

40720

Assistência circulatória na miocardite aguda fulminante: relato de casos

HELMGTON JOSE BRITO DE SOUZA, RICARDO BARROS CORSO, ISAAC AZEVEDO SILVA e MARCELO BOTELHO ULHOA.

Hospital do Coração do Brasil, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: A assistência circulatória mecânica é uma opção terapêutica em casos de choque cardiogênio refratário. Apresentamos a experiência inicial do Centro Avançado de Tratamento da Insuficiência Cardíaca do DF. **Relato de caso 1:** Paciente 62 anos, feminina, previamente hígida, história recente de IVAS, admitida no PA com insuficiência respiratória aguda, choque (60x40mmHg), turgência de jugulares e cianose central. Gasometria mostrava acidose mista. Após TOT, VM e infusão de aminas vasoativas, realizou ECO TT que mostrou disfunção severa de VE (FE: 15%). Evoluiu com piora hemodinâmica progressiva e do débito urinário. Instalado dispositivo de assistência circulatória por via periférica (ECMO), apresentando melhora hemodinâmica e do débito urinário. Após 48 horas de assistência, apresentou melena e FA refratária. Novo ECO TT mostrava disfunção severa de ambos os ventrículos (FE: 9%). Decidido pela substituição da ECMO por dispositivos paracorpóreos de assistência circulatória - CENTRIMAG (Thoratec), por canulação central (toracotomia), para suporte biventricular. Seguimento diário com ECO TT mostrou melhora progressiva da função miocárdica. Após 9 dias de assistência biventricular, constatamos a recuperação total da função miocárdica. O explante dos dispositivos foi realizado. **Relato de caso 2:** Paciente 67 anos, feminina, sem comorbidades, admitida no PA com cefaléia, tontura, dor no peito e hipotensão (100x60mmHg). Sem alterações no ECG. MNM alterados. Iniciadas medidas para SCA com melhora dos sintomas. Evoluiu com EAP. Encaminhada para CATE, não havia evidência de DAC. Entretanto, VE mostrava disfunção importante. ECO TT confirmou a disfunção do VE (FE: 12%). Instalado BIA, sem melhora hemodinâmica. Optamos por instalar dispositivo paracorpóreo de assistência circulatória - CENTRIMAG (Thoratec), por canulação central (toracotomia), para suporte ventricular esquerdo. Evoluiu com melhora hemodinâmica. No sétimo dia de assistência circulatória, paciente apresentou infecção de provável sítio respiratório e insuficiência renal. Nesta data, o ECO TT mostrava uma recuperação parcial do VE (FE: 36%). Apesar disso, no 9º dia de assistência, houve piora do quadro infeccioso, com evolução letal. **Conclusão:** Nos casos apresentados, a assistência circulatória se mostrou eficaz no tratamento de miocardite aguda fulminante.

40723

Uso de ECMO em miocardite aguda grave como ponte para transplante cardíaco

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA, ANDRÉ RODRIGUES DURÃES, SIDNEI PACCIULLI NARDELI e ANDRE REBELO LAFAYETTE.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL - Hospital Ana Nery, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A miocardite é uma doença inflamatória que pode ocorrer por diversas causas infecciosas ou não. As manifestações clínicas são variáveis, desde quadros subclínicos a casos de insuficiência cardíaca refratária e choque cardiogênico. **Relato de caso:** Paciente de 17 anos, história de dispnéia progressiva há 15 dias e piora nas últimas 24h. Admitido no dia 04/04/15, em insuficiência respiratória e choque cardiogênico, com disfunção de múltiplos órgãos: (Ur 144, Cr 3,5, TGO 7.599, TGP 5.242 e INR 7,43). Ecocardiograma evidenciava FE 11-15%, hipocinesia difusa grave e PSAP 50mmHg. Evoluiu com insuficiência respiratória e necessidade de suporte hemodinâmico com dobutamina (20mck/Kg/min) e noradrenalina (0,7mcg/Kg/mim). Após 48h, evoluiu sem melhora clínica ou hemodinâmica, decidido por instalação de ECMO. Houve melhora hemodinâmica (noradrenalina 0,21mcg/Kg/min), da perfusão sistêmica (lactato 2,5 / SVcO2 72%), da disfunção renal (Ur 108 e Cr 2,1) e hepática (INR 3,21), porém sem recuperação da função cardíaca, sendo então indicado transporte para centro transplantador. Realizado transporte aéreo de Salvador para Recife no dia 09/04/15. Ecocardiograma evidenciava dilatação e disfunção biventricular (FEVE 25% / DDVE 7cm / DSVE 5,25cm / TAPSE 1,1cm), sendo o paciente priorizado para transplante cardíaco. Realizado o procedimento em 11/04/15, com excelente evolução, apresentando rápida recuperação da função hepática e renal e boa função do enxerto. Histopatológico do coração explantado mostrou miocardite crônica ativa, sem características de especificidade ou identificação de agente etiológico. **Discussão:** Suporte circulatório mecânico deve ser considerados em casos refratários à terapia medicamentosa. O caso em questão utilizou o dispositivo em um paciente com falências múltiplas de órgãos secundário a um choque cardiogêncio definido e refratário. O benefício do método mostro-se inquestionável mesmo em fases avançadas de falência renal e hepatica. O paciente obteve recuperação parcial dos sistemas, podendo ser oferecido a ele o tratamento definitivo para a miocardite grave - o transplante cardiaco. **Conclusão:** O uso de ECMO em pacientes com miocardite grave e refratária é opção como ponte para transplante cardíaco, quando não há recuperação espontânea da função ventricular.

40725

Perfil nutricional de uma população submetida à transplante cardíaco nos últimos 30 anos de um centro de transplantador

CLAUDIA VILLELA DA SILVA, PATRÍCIA MACHADO CORDEIRO, LÍDIA LUCAS LIMA, ROBERTO TOFFANI SANT´ANNA, MARCIANE MARIA ROVER, PATRÍCIA PEREIRA RUSCHEL, CHRISTIAN CORREA CORONEL, DAIANA WANESSA DA ROSA, SANDRA MARI BARBIERO e ANNE MELLO.

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Nos últimos 30 anos o transplante cardíaco evoluiu de um procedimento experimental para uma terapia de tratamento. O perfil nutricional destes pacientes é avaliado na seleção dos candidatos à transplante cardíaco e possui um impacto importante no prognóstico. **Objetivo e Delineamento:** Analisar o perfil nutricional pré-transplante e sua relação com o impacto prognóstico dos pacientes submetidos à transplante cardíaco nos últimos 30 anos em um estudo transversal retrospectivo, descritivo. **Materiais:** Dados secundários de 180 pacientes submetidos à transplante cardíaco de um centro transplantador no Sul do Brasil do ano de 1985 a 2015. **Métodos:** Coletaram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, peso, altura, data de óbito (dias pós transplante) e cidade de origem do órgão. O Índice de Massa Corporal foi analisado segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (1998). Foram estabelecidas três categorias para a variável óbito: até 30 dias, de 31 dias a 6 meses e maior que 6 meses. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e Teste T Student com auxílio do SPSS versão 22,0. **Resultados:** Dos 180 pacientes estudados, 80%(n=144) eram do sexo masculino. A média de idade no momento do transplante foi de 47,49+ 12,12 anos. A mediana de dias de vida, pós-transplante, foi de 272 dias. Em relação ao estado nutricional, o IMC médio foi de 24,31+3,71kg/m², sendo 4,4% (n=8) desnutridos, 57,2% (n=103) eutróficos e 38,3% (n=69) apresentavam excesso de peso. A cidade de origem do órgão foi, em sua maioria, Porto Alegre e grande Porto Alegre (54,5%), interior do Rio Grande do Sul (31,6%) e 13,9% eram de outros estados do país. O estado nutricional pré-transplante não apresentou associação com mortalidade (p=0,5). A idade do receptor no momento do transplante não teve relação com o tempo de sobrevida (p=0,3). **Conclusão:** O perfil nutricional pré-transplante bem como a idade do receptor não apresentaram associação com a mortalidade. É de suma importância a participação da equipe multidisciplinar no acompanhamento desta população, com o objetivo de melhorar o estado geral do paciente pré-transplante e consequentemente um melhor prognóstico futuro.

40738

A estimativa de TFG em pacientes com IC pela equação CDK-EPI poderia reclassificar o estágio de DRC?

BRUNA ORTEGA BURMEISTER, VANESSA GRINGS, THAINA SILVA MOREIRA e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

ULBRA, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: Em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crônica (DRC), tanto nos com fração de ejeção preservada (ICFEP) quanto nos com fração reduzida (ICFER), a estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG), pode ser realizada pelas equações de Cockroft-Gault (CG) e MDRD simplificada. Valente MA et al *(Valente MA, et al. Eur J Heart Fail 2014;16:86-94.*) sugere que a equação da Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) poderia reclassificar os pacientes com IC em classes de DRC menos grave. **Objetivo:** Avaliar possível reclassificação da DRC de acordo com diretriz atualizada (KDIGO) de pacientes com ICFEP e ICFER, utilizando a equação de CKD-EPI. **Amostra:** A amostra total foi composta de 88 pacientes adultos; destes, 52 se encontravam no grupo ICFEP e 36 no ICFER. Houve predomínio do gênero feminino (56,8%) e uma média de 67,2 anos de idade. **Métodos:** Foram incluídos adultos com diagnóstico de IC por critérios de Boston. Foram obtidos aspectos clínicos e laboratoriais de um banco de dados, os quais forneceram os subsídios para o cálculo estimativo da TFG pela fórmula de CKD-EPI, mas também de CG e MDRD. Foi utilizado como ponto de corte de TFG o valor de 60mL/min para realizar classificação da DRC. **Resultados:** Foi observada reclassificação para um estágio de DRC quando foi utilizada a equação CKD-EPI em relação as outras (CG e MDRD), tanto no grupo ICFER quanto no ICFEP (tabela). **Conclusão:** A utilização da estimativa de TFG pela equação CKD-EPI reclassificou os pacientes da nossa amostra quanto aos estágios de DRC, quando comparado à classificação pelas equações de CG e MDRD.

		ICFER		ICFEP	
		<60mL/min	60mL/min ou >	<60mL/min	60mL/min ou >
CG	média(DP)	46,13(7,45)	83,19(25,82)	49,00(9,56)	87,33(19,02)
	n	15	21	13	39
MDRD	média(DP)	47,71(7,28)	80,32(21,99)	47,64(7,33)	73,37(10,72)
	n	17	19	14	38
CKD-EPI	média(DP)	48,72(8,04)	82,61(15,24)	49,00(8,54)	77,35(10,29)
	n	18	18	15	37

40739

Miectomia septal em miocardiopatia hipertrófica: resultados de um hospital público no Rio de Janeiro

CINTIA C MATTOSO, JACQUELINE S S MIRANDA, VITOR SALLES, SHARON KUGEL, ELISANGELA C REIS, LIGIA SCHTRUK, ALEXANDRE S COLAFRANCESCHI, ANDREY MONTEIRO, BRUNO MARQUES e ANA L F SALES.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia hipertrófica (MCH) é a doença cardíaca genética mais comum. Sintomas como dispnéia, angina e palpitações são frequentemente relatados pelos pacientes e a presença deles geralmente está relacionada à obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo (OVSVE). Terapias de redução do septo interventricular como miectomia septal (MS) ou alcoolização septal (AS) são geralmente recomendados em pacientes com gradiente pressórico no trato de saída do ventrículo esquerdo (TSVE) superior a 50mmHg, quando associado a sintomas clínicos. Conforme literatura internacional, a MS suprime ou reduz substancialmente o gradiente do TSVE em mais de 90% dos casos, melhorando a capacidade funcional e os sintomas. **Objetivo:** Descrever os resultados cirúrgicos de pacientes submetidos a MS no Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro (INC) no período de 2008 a 2014. **Amostra:** Portadores de MCH acompanhados regularmente no INC, submetidos a MS. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional baseado na avaliação de consultas médicas ambulatoriais, prontuarios, exames ecocardiográficos e contato telefônico. **Resultados:** São 89 pacientes portadores de CMH em acompanhamento ambulatorial regular no INC. A média de idade total é de 48 anos, 55% são mulheres, 44 pacientes (44%) apresenta OVSVE apesar da terapia farmacológica. Nove pacientes (10%) foram submetidos a MS e 27 (30%) a AS. Mortalidade operatória da MS é zero, porém um paciente faleceu após 48 horas da cirurgia por choque cardiogênico. Não houve recidiva de gradiente em TSVE. Todos os pacientes referem melhora sintomática. Dois pacientes (22%) necessitaram de substituição da válvula mitral combinada, um (11%) desenvolveu comunicação interventricular e três pacientes (33%) evoluíram com bloqueio atrioventricular total necessitando de marcapasso definitivo. **Conclusão:** Apesar da pequena amostra de pacientes, nossos resultados da MS para portadores de CMH são semelhantes aos apresentados na literatura internacional. Desta forma, MS permanece como importante opção terapêutica em pacientes com CMH refratária ao tratamento clínico.

40742

Alcoolização do septo interventricular em miocardiopatia hipertrófica: resultados de um hospital público no Rio de Janeiro

CINTIA C MATTOSO, JACQUELINE S S MIRANDA, VITOR SALLES, LIGIA SCHTRUK, SHARON KUGEL, ELISANGELA C REIS, SERGIO M LEANDRO e ANA L F SALES.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia hipertrófica (MCH) frequentemente se apresenta com sintomas relacionados a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo (OVSVE), como a dispnéia, angina e palpitações. Segundo guideline internacional, terapias de redução do septo interventricular como alcoolização septal (AS) ou miectomia septal (MS) são geralmente recomendados em pacientes com gradiente pressórico no trato de saída do ventrículo esquerdo (TSVE) superior a 50mmHg, quando associado a sintomas clínicos. A AS reduz substancialmente o gradiente do TSVE, com melhora da capacidade funcional e dos sintomas, oferecendo menor morbidade e tempo de internação quando comparado a MS. **Objetivo:** Descrever os resultados clínicos de pacientes submetidos a AS no Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro (INC) no período de 2008 a 2014. **Amostra:** Portadores de MCH acompanhados regularmente no INC, submetidos a AS. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional baseado na avaliação de consultas medicas ambulatoriais, prontuarios, exames ecocardiográficos e contato telefônico. **Resultados:** São 89 pacientes portadores de MCH em acompanhamento ambulatorial regular no INC. A média de idade total é de 48 anos, 55% são mulheres, 44 pacientes (49%) apresenta OVSVE apesar da terapia farmacológica. Nove pacientes (10%) foram submetidos a MS e 27 (30%) a AS. Dentre estes, houveram 3 (11%) óbitos por complicações do procedimento, 5 pacientes (18%) evoluíram com bloqueio atrioventricular total e necessidade de marcapasso. Houve recidiva do gradiente obstrutivo do TSVE em 12 pacientes (44%), com necessidade de nova tentativa da AS em 8 deles, sem sucesso. **Conclusão:** Apesar da pequena amostra de pacientes, apresentamos percentual de recidiva de gradiente obstrutivo em TSVE superior ao esperado conforme literatura internacional. Desta forma, AS permanece como uma opção terapêutica em pacientes com MCH refratária ao tratamento clínico, porem não sendo a intervenção preferencial.

40743

Avaliação do enchimento ventricular em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada submetidos ao estresse isométrico

LUCAS AMARO CASTELAN, LUIZ CLAUDIO DANZMANN, VANESSA GRINGS, ALETEIA SIMON, KIZI COSTA BIANCHI, ILMAR KOHLER, MARCIO GARCIA MENEZES e EDUARDO LIMA GARCIA.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: Muitos pacientes que comparecem aos ambulatórios de cardiologia por dispneia, em que foram descartadas etiologias não cardíacas, trazem dificuldade aos cardiologistas em descobrir sua causa com exames não invasivos em repouso. O exercício aeróbico já foi testado como modificador da pressão diastólica, porém, implica em um teste demorado e que requer custos, já que deve ser realizado com cicloergômetro. **Objetivo:** Avaliar os índices de enchimento ventricular esquerdo em indivíduos com ICFEP através da manobra estresse isométrico, sendo que a hipótese considerada é de que o estresse isométrico funcionaria como um instrumento modificador da função diastólica nestes pacientes. **Pacientes:** Foram alocados 35 pacientes adultos, com critérios da ESC para o diagnóstico ICFEP e que fazem acompanhamento no ambulatório de insuficiência cardíaca de um hospital universitário. **Métodos:** Os pacientes foram submetidos a uma manobra de preensão manual (50% da força máxima durante 3 minutos ou com o tempo máximo que eles pudessem executar) durante ecocardiograma. A estrutura do ventrículo esquerdo (VE) e os índices sistólicos e diastólicos foram analisados antes e após o estresse. Para detectar diferenças entre os índices foi aplicado o teste t de Student. O valor de p <0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** A população teve média de idade de 64,9 ± 8,1 anos, sendo 68% do sexo feminino e 97% dos pacientes avaliados tinham hipertensão. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo foi de 69,6 ± 7,6% e os volumes cardíacos estavam normais. Houve alteração significativa dos índices diastólicos, incluindo o E/e' após o estresse isométrico. **Conclusão:** A estratégia do estresse isométrico pela manobra de *handgrip* determinou diferenças significativas nos índices de função diastólica do VE, inclusive do sumarizador não-invasivo da pressão diastólica do VE, E/e`, em pacientes com diagnóstico prévio de ICFEP. Isto provavelmente poderá ser útil em futuros estudos sobre estresse diastólico.

40746

Perfil dos pacientes com cardiomiopatia chagásica assistidos em ambulatório de hospital universitário na região centro oeste

SILENE JACINTO DA SILVA, JOANA D`ARC SILVÉRIO PORTO, SALVADOR RASSI e ALEXANDRE DA COSTA PEREIRA.

Faculdade de Medicina, Goiânia, GO, BRASIL - Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas ainda é uma etiologia da insuficiência cardíaca que exige um importante enfrentamento técnico-científico. As especificidades levam à necessidade de conhecer o perfil dos portadores, para melhor traçar uma conduta clínica (Freitas et al. 2005; Rassi et al. 2005; I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica, 2011). **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e demográfico dos pacientes com cardiomiopatia chagásica. **Pacientes:** Foram incluídos 70 pacientes de ambos os sexo portadores de cardiomiopatia chagásica atendidos pelo Serviço de Cardiologia do Hospital das Clínicas (HC/UFG). **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (UFG) (Número: 910.327). Participa da pesquisa 70 pacientes portadores de cardiomiopatia chagásica atendidos pelo Serviço de Cardiologia desta instituição, no período de fevereiro 2014 a fevereiro 2015, mediante aplicação de questionário clínico e demográfico. A análise da estatística descritiva foi processada pelo software SPSS versão 18. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 70 pacientes, sendo 52,82% do sexo masculino, com idade entre 33 a 84 anos. Destes 74,28% eram procedentes da cidade de Goiânia e 7,32% do interior do estado. Todos encontravam em terapia farmacológica, 7,14% eram tabagistas e 15,71% etilistas, em relação aos antecedentes familiares 62,85 % apresentaram antecedentes com doença de Chagas. Da amostra avaliada 45,71% utilizaram marcapasso ou CDI. **Conclusão:** A cardiomiopatia pela doença de Chagas continua sendo uma afecção ainda muito prevalente no Brasil. O comprometimento do músculo cardíaco nessa doença é complexo. Com perfil clínico e demográfico, pode-se observar que todos os pacientes estavam em terapia farmacológica adequada, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (52,82%), para evitar a morte súbita (45,71%) utilizaram marcapasso ou CDI, parte dos pacientes (62,85%) apresentaram antecedentes familiares para a doença de Chagas. Apesar do avanço da medicina, o paciente com cardiomiopatia chagásica continua sendo um grande desafio na prática clínica diária.

40747

Síndrome das pernas inquietas uma nova causa de descompensação de insuficiência cardíaca

CELSO VALE DE SOUZA JUNIOR, EVANDRO TINOCO MESQUITA, MARCELO WESTERLUND MONTERA e ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Pró-Cardíaco, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A síndrome das pernas inquietas (SPI) é uma desordem neurológica do movimento sendo caracterizada pela necessidade imperiosa de se mover os membros inferiores, em geral associada a parestesia dos mesmos. No entanto, pode acometer braços, tórax, cabeça e até membros fantasma. Os sintomas aumentam ou surgem nos momentos de inatividade, sobretudo no período noturno, sendo importante preditor de reduzida qualidade de sono e das atividades de vida diárias. As causas de descompensação da insuficiência cardíaca (IC) é uma parte importante da avaliação clínica tendo em vista ser uma janela de oportunidade para evitar futuras readmissões. Hoje está bem estabelecido que após uma readmissão o paciente portador de IC exibe uma piora do seu prognóstico. A SPI não é descrita como uma causa associada à descompensação da IC, no entanto, no presente caso descrevemos um paciente com IC avançada em que não identificamos nenhum agravamento de comorbidades ou relato de má adesão à terapia, que cursou com quadro compatível com SPI que culminou com sua internação com piora do quadro de IC. **Objetivo:** O objetivo deste estudo visa alertar aos cardiologistas emergencistas essa nova entidade de amplo conhecimento dos neurologistas e dos especialistas em sono e que pode ser um possível novo fator de descompensação de IC capaz de gerar impacto na qualidade de vida do paciente. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 73 anos, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica crônica com IC avançada com fração de ejeção de 20% e insuficiência renal estágio IV, apresentou há 3 meses quadro de desconforto em membros inferiores durante o período noturno e durante o repouso compatível com SPI, confirmado por neurologista. Devido à intensidade do quadro álgico e da privação do sono cursa com descompensação de sua IC. Evolui com estabilidade hemodinâmica após a otimização da terapêutica visando o manejo do fator descompensador descrito. **Conclusão:** Apesar dos efeitos deletérios, da limitação funcional e da frequência com que os sintomas são relatados, a SPI ainda é uma condição subdiagnosticada em nosso meio. Atribuímos ao estresse cardiovascular deflagrado pelos mecanismos fisiopatológicos da síndrome como a etiologia do agravamento da condição cardiovascular do paciente, descrevemos dessa forma um novo fator de descompensação de IC, ao qual os cardiologistas clínicos devem estar atentos.

40755

Atuação do enfermeiro no processo de captação de coração no Núcleo de Transplantes do InCor-HCFMUSP

JULIANA MARIA ANHAIA DE SOUSA, MARCIA REGINA BUENO FREIRE BARBOSA, ANA MARIA DUQUE, AUDREY ROSE DA SILVEIRA AMANCIO DE PAULO, JAQUELINE APARECIDA LEITE DE MELO, LUCIANA AKUTSU OHE, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, FERNANDO BACAL, FABIO ANTÔNIO GAIOTTO, ESTELA AZEKA e MARCELO BISCEGLI JATENE.

Instituto do Coração (InCor-FMUSP), São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O número de transplantes de coração e pulmão tem crescido nas últimas décadas no país, porém o número de doadores em condições adequadas ainda é insuficiente para atender a fila de espera por um transplante de órgãos sólidos e medidas para melhorar o cuidado com o potencial doador são fundamentais. Neste contexto, a atuação de enfermeiros treinados, sob supervisão médica, pode contribuir para aumentar o número de transplantes destes órgãos. **Objetivo:** Descrever as atribuições do enfermeiro no processo de captação de coração e pulmão no InCor e demonstrar a importância de sua atuação no aumento do número de transplantes realizados pela instituição. **Delineamento e Métodos:** Estudo de caráter descritivo e observacional realizado no Núcleo de Transplantes do InCor-HCFMUSP, utilizando o organograma institucional elaborado pela equipe sobre as atividades do enfermeiro e o fluxograma para o aceite do doador. **Resultados:** O enfermeiro recebe as notificações pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de São Paulo (CNCDO-SP) e é responsável pela averiguação das informações dos potenciais doadores (PD), junto aos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOTs) e hospitais de origem, assim como verificar possibilidade de realização de exames adicionais quando necessários (ecocardiograma, gasometria arterial, exames laboratoriais). A avaliação "in loco" em um raio de 50Km da Instituição, também é realizada pelo profissional dando início à manutenção do PD, sob supervisão da equipe médica do InCor em consonância com a equipe responsável pelo PD. Esta manutenção é baseada em um protocolo institucional e tem como objetivo, diminuir os efeitos deletérios oriundos do processo de morte encefálica (ME). Efetivando-se o aceite do órgão para transplante, cabe também ao enfermeiro, todo o processo de logística. No período de Agosto de 2013 a Dezembro de 2014, tivemos 710 ofertas de coração adulto e 264 ofertas de coração infantil, isso representou um aumento de 260% na captação de coração adulto e 60,8 % de coração infantil, quando comparado com o mesmo período dos anos anteriores. **Conclusão:** A iniciativa de organizar e formar um grupo de enfermeiros para trabalhar especificamente com captação de coração e pulmão é pioneira no país e tem mostrado resultados muito positivos. Tal fato pode contribuir para melhorar o cenário de transplantes no Brasil.

40756

O impacto do programa de transplantes do InCor - FMUSP

JAQUELINE APARECIDA LEITE DE MELO, MARCIA REGINA BUENO FREIRE BARBOSA, JULIANA MARIA ANHAIA DE SOUSA, LUCIANA AKUTSU OHE, ANA MARIA DUQUE, AUDREY ROSE DA SILVEIRA AMANCIO DE PAULO, EDVALDO LEAL DE MORAES, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, FERNANDO BACAL, ESTELA AZEKA e FABIO ANTÔNIO GAIOTTO.

Instituto do Coração (InCor - FMUSP), São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Em Maio de 2013, foi instituído a formação do Núcleo de Transplantes do Instituto do Coração (InCor), as equipes de Coração Adulto, Coração Congênito e Pulmão. O funcionamento do programa deu-se na centralização do recebimento pela enfermeira de plantão de todas as notificações de doadores ofertados para os receptores do InCor pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de São Paulo (CNCDO- SP). Após o contado com a enfermeira ela entra em contato com a OPO, equipe do hospital onde está o doador, Laboratório de Imunologia, equipe médica do InCor, com os cirurgiões, clínicos e ecocardiografistas exclusivos para essa função. Além disso, a enfermeira avalia pessoalmente melhor alguns doadores. Houve auxílio transporte aéreo privado e de ecocardiograma financiado pela CNCDO-SP, que possibilitou o aumento de transplantes. **Objetivo:** Verificar o impacto do programa do Núcleo de Transplantes em relação a número de transplantes, alta precoce e mortalidade em 30 dias. **Delineamento:** Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e transversa. **Resultados:** Observa-se que o número de transplante de coração adulto pós-núcleo aumentou em 50% e coração congênito em 118%, também reduziu mortalidade considerável o transplante da equipe congênito. **Conclusão:** Percebe-se que a enfermeira atuando "in loco" pode ser uma educadora de estratégias para aumentar a efetividade do transplante de múltiplos órgãos e tecidos.

40757

Associação do impacto e intensidade da fadiga com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo em pacientes com insuficiência cardíaca

LUMA NASCIMENTO SILVA, ELIANE NEPOMUCENO, ANDRE SCHMIDT, REJANE KIYOMI FURUYA e ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS.

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Uma manifestação importante e frequente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) é a fadiga, a qual relaciona-se com gravidade da disfunção cardíaca e com a medida objetiva obtida pela fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). **Objetivo:** Associar o impacto e a intensidade da fadiga com a FEVE nos pacientes com IC. **Pacientes:** Pacientes com IC de um hospital universitário. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, realizado de setembro/2014 a março/2015. As variáveis de interesse foram coletadas pelo Pictograma de Fadiga, o qual avalia a intensidade (item A) e o impacto (item B) da fadiga nas atividades diárias. A primeira questão é respondida em uma escala ordinal que varia de 0 (nada cansado) a 4 (extremamente cansado), assim como a segunda questão, de 0 (eu consigo fazer tudo que habitualmente faço) a 4 (eu consigo fazer muito pouco). As respostas são acompanhadas por dois conjuntos de figuras e são avaliadas separadamente, de modo que quanto maior a pontuação, maior a intensidade e o impacto da fadiga. A FEVE foi coletada do prontuário de acordo com o último laudo de ecocardiograma, sendo classificada como Preservada (≥ 55%) ou Reduzida (< 55%), segundo a *American Society of Echocardiography*. Os dados foram analisados pelo teste de qui-quadrado e o nível de significância foi 0,05. **Resultados:** Participaram 112 pacientes, média de idade de 63 anos (dp:13), sexo masculino 61% (n=68), não tinham companheiro(a) (92%, n=103) e, inativos (86,6%, n=97) no momento da entrevista. A maioria dos participantes estava na categoria FEVE reduzida (84%, n=94). Destes, 28,7% (n=27) referiram estar "Um pouco cansados", enquanto que, para aqueles que estavam na categoria FEVE preservada, 38,8% (n=7) referiram estar "Extremamente cansados" (p=0,02). Com relação ao impacto da fadiga, 25,5%(n=24)dos participantes com FEVE reduzida referiram "Eu consigo fazer alguma das coisas", enquanto que 33,3%(n=6) com FEVE preservada referiram "Eu consigo fazer muito pouco"(p=0,47). **Conclusão:** Pacientes com FEVE reduzida sentem-se menos cansados e percebem menor impacto da fadiga comparados àqueles com FEVE preservada. Novos estudos necessitam explorar melhor a validade do Pictograma de Fadiga para avaliação da fadiga em pacientes com IC.

40758

Comparação da percepção da classe funcional e da fadiga, segundo o sexo nos pacientes com insuficiência cardíaca

ELIANE NEPOMUCENO, LUMA NASCIMENTO SILVA, ANDRE SCHMIDT, REJANE KIYOMI FURUYA e ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS.

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Na insuficiência cardíaca (IC), os pacientes diferenciam-se significantemente entre os sexos. Dessa forma, a percepção dele sobre sua classe funcional (CF), proposta pela *New York Heart Association* (NYHA), pode ser uma útil para avaliar essas diferenças. **Objetivo:** Comparar a percepção de pacientes com IC sobre a CF, segundo o sexo e presença de fadiga. **Pacientes:** Pacientes com IC de um hospital universitário de setembro/2014 a março/2015. **Delineamento e Métodos:** Estudo descritivo, no qual a CF foi avaliada pela percepção dos pacientes com instrumento adaptado das CF originais da NYHA através de uma redação com linguagem direta para paciente. Pictograma de Fadiga avaliou a intensidade (item A) e o impacto da fadiga (item B), respondidos individualmente, em uma escala ordinal que varia de 0 a 4. As respostas foram categorizadas em: Nada ou Pouco cansaço (0 e 1) e Moderado a Extremo cansaço (2, 3 e 4) para o Item A e; Nenhum ou Pouco impacto (0 e 1) e Moderado a Extremo impacto (2, 3 a 4) nas atividades diárias para o Item B. Os dados foram analisados pelo teste de Fisher e o nível de significância foi 0,05. **Resultados:** Dos 113 pacientes, 61,1% (n=69) do sexo masculino com média de idade de 64 anos(dp:13), 84,1% (n=58) inativos profissionalmente e 73,9% (n=51) tinham menos de oito anos de escolaridade. Para as 44 (38,9%) mulheres, a média de idade foi de 60 anos (dp:13), 88,6% (n=39) inativas profissionalmente e 88,6% (n=39) estudaram menos de oito anos. Cerca de 33,3% (n=23) dos homens se classificaram na CF II, enquanto as mulheres nas CF III e IV 38,6% (n=17) e 38,6% (n=17), respectivamente (p=0,001). Na avaliação da intensidade da fadiga 75%(n=33), as mulheres referiram apresentar Moderado a Extremo Cansaço, enquanto que 60,9% (n=42) dos homens referiram estar "Nada a Pouco Cansaço" (p=<0,001). Em relação ao impacto da fadiga nas atividades diárias, 84% (n=37) das mulheres perceberam um impacto "Moderado a Extremo", e 71%(n=44) dos homens, "Moderado a Extremo" nas atividades diárias (p=0,002). **Conclusão:** As mulheres referiram maior intensidade e impacto da fadiga, assim como percebem piores CF do que os homens. Consideramos ser importante uma maior atenção às mulheres atendidas com IC.

40759

Efeitos agudos e sub-agudos do treinamento muscular inspiratório nos índices da hemodinâmica pulsátil e do enchimento do ventrículo em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preserva

MARCIO GARCIA MENEZES, EDUARDO LIMA GARCIA, ANTONIO CARDOSO DOS SANTOS, MARIA MERCEDES CARACCIOLO PICARELLI, VANESSA GRINGS e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital Universitário Mãe de Deus/Ulbra Canoas, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) é uma síndrome de alta prevalência e difícil tratamento. Os sintomas de dispneia e fadiga são prevalentes na maioria dos casos levando a intolerância ao exercício e piora na qualidade de vida dos pacientes. A fraqueza dos músculos respiratórios já é observada neste grupo contribuindo para a sintomatologia dos pacientes com ICFEP. **Objetivo:** Avaliar o impacto dos efeitos agudos e sub-agudos do treinamento muscular inspiratório (TMI) nos índices da hemodinâmica pulsátil e do ventrículo esquerdo (VE) derivados do ecocardiograma com Doppler nos pacientes com ICFEP. **Delineamento, Pacientes e Métodos:** Estudo quase experimental que alocou 18 pacientes oriundos do ambulatório de Insuficiência Cardíaca da ULBRA com ICFEP que foram submetidos a treinamento da musculatura inspiratória com intensidade de 80% da pressão inspiratória máxima (Pimáx) prevista durante 30 minutos. Foram avaliadas ecocardiograma com Doppler e a hemodinâmica pulsátil em três momentos. Pré-exercício, Pós-imediato ao exercício e 1 hora após o exercício. A capacidade funcional foi avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6') e a qualidade de vida pelo questionário de Minessotta. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente por mulheres (66,7%), idade média de 61, 3 ± 7, 2 anos e 83,3% apresentaram-se com NYHA II. Houve modificações significativas nos índices ecocardiográficos E/e' (Pré: 10, 33 vs Pós: 8, 73 p<0,001) e nos índices de hemodinâmica pulsátil velocidade de onda de pulso (VOP) (Pré: 8,3 m/s vs Pós: 7,6 m/s p<0,001). **Conclusão:** Dados preliminares demonstram uma modificação favorável com o TMI de alta intensidade nos parâmetros da hemodinâmica pulsátil e na hemodinâmica do VE em pacientes com ICFEP.

40760

Prevalência de anormalidades eletrocardiográficas em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica chagásica em comparação com etiologia não-chagásica

LUCAS ROSEMBERG PELLEGRINO JORGE ALENCAR, RAIZA MENEZES FERRAZ, ADRIANO ARAUJO MATOS MAGALHAES, ISABELA PILAR MORAES ALVES DE SOUZA, MARCUS VINICIUS SANTOS ANDRADE, LUIZ EDUARDO FONTELES RITT, MARCOS BAROJAS, JOEL ALVES PINHO FILHO e GILSON SOARES FEITOSA FILHO.

Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Salvador, BA, BRASIL - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas é uma importante etiologia de insuficiência cardíaca (IC) sistólica em nosso meio. Alterações eletrocardiográficas eventualmente podem ser úteis em sugerir determinadas etiologias. **Objetivo:** Comparar as prevalências das anormalidades eletrocardiográficas em pacientes com IC sistólica de etiologia chagásica e não-chagásica em um ambulatório de referência em Salvador, Bahia. **Métodos:** Foram incluídos pacientes com IC e fração de ejeção (FE) <45%, divididos em 2 grupos conforme etiologia: Chagas e não-Chagas. Alterações eletrocardiográficas foram sistematicamente investigadas por dois avaliadores cegos para o diagnóstico etiológico. **Resultados:** Foram incluídos 107 pacientes, 47 com IC chagásica (43,9%), ambos com frequência aproximada de 57% de homens. No grupo Chagas, a mediana de idade foi 63 anos (intervalo interquartil (IIQ) = 55,5-69,5 anos) e de FE 37,5% (IIQ = 30,5-42%). No grupo não-Chagas, a mediana de idade foi 60 anos (IIQ = 49-67,5 anos), e a de FE 33,5% (IIQ = 24-40%). Não existiram diferenças significativas quanto às avaliações de duração ou amplitude de P e PR (quando ritmo sinusal). Existiram diferenças significativas quanto à duração de QRS, amplitude de QRS, Sokolow-Lyon, Cornell e tempo de ativação ventricular. As seguintes variáveis categóricas foram significativamente mais prevalentes nos chagásicos: Fibrilação atrial, BRD completo e BDAS. **Conclusão:** Existe distinção de achados eletrocardiográficos entre pacientes com IC sistólica chagásica em comparação com etiologia não-chagásica, particularmente na análise do QRS e prevalência de fibrilação atrial.

Análise QRS: Chagas x Não-Chagas	Chagas	Não-Chagas	p
Duração QRS (mseg)	140(120-160)	100(80-120)	<0,001
Maior Amplitude QRS (mm)	18(13-24)	28(20-32)	<0,001
Sokolow-Lion (mm)	11(7-16,5)	23(16-34)	<0,001
Cornell (mm)	15(8,5-20)	25,5(10-29)	0,032
Tempo de Ativação Ventricular (mseg)	60(20-80)	40(20-40)	0,032

40761

Miectomia septal versus alcoolização do septo interventricular em miocardiopatia hipertrófica: comparação clínico-terapêutica de um hospital público no Rio de Janeiro

CINTIA CHAVES MATTOSO, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA, VITOR SALLES, ELISANGELA CORDEIRO REIS, SHARON KUGEL, LIGIA SCHTRUK, SERGIO MARTINS LEANDRO, ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, ANDREY MONTEIRO, BRUNO MARQUES e ANA LUIZA FERREIRA SALES.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia hipertrófica (MCH) frequentemente se apresenta com sintomas relacionados a obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo (TSVE). Terapias de redução do septo interventricular (SIV) como alcoolização septal (AS) e miectomia septal (MS) são geralmente recomendados. São procedimentos descritos com taxas de mortalidade semelhantes, no entanto a AS oferece menor morbidade e tempo de hospitalização, enquanto a MS relaciona-se a menor taxa de recorrência do gradiente obstrutivo e dos sintomas. **Objetivo:** Comparar as complicações precoces e tardias dos procedimentos e o acompanhamento clínico dos pacientes portadores de MCH obstrutiva submetidos a AS ou MS em hospital publico no Rio de Janeiro. **Pacientes:** Portadores de MCH obstrutiva acompanhados regularmente no período de 2008 a 2014, submetidos a AS ou MS. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional baseado na avaliação de consultas ambulatoriais, prontuários, exames ecocardiográficos e contato telefônico. **Resultados:** Foram analisados 44 pacientes portadores de MCH obstrutiva, sintomáticos apesar da terapia farmacológica. A media de idade foi de 50,5 anos e 68% eram do sexo feminino. O padrão de hipertrofia predominante foi septal assimétrico (77,7% dos casos). Nove pacientes (10%) foram submetidos a MS e 27 (30%) a AS. A mortalidade foi de 10% nas primeiras 24 horas de ambos os procedimentos, por complicações associadas aos mesmos. A incidência da necessidade de marcapasso por bloqueio atrioventricular total foi maior com a MS (33% versus 18%). Não houve recidiva de gradiente em TSVE na MS e todos os pacientes referiram melhora sintomática, enquanto 12 pacientes (44%) dos submetidos a AS foram refratários ao tratamento, seguindo com nova intervenção em 8 deles (29%), sem sucesso. **Conclusão:** Apesar da pequena amostra de pacientes, nossos resultados de intervenções para redução do SIV nos pacientes com MCH obstrutiva são semelhantes aos apresentados na literatura internacional, notificando-se que não há diferenças significativas na mortalidade e que a AS relaciona-se a recorrência do gradiente obstrutivo com maiores taxas de reintervenções. Apesar do maior tempo de internação, a MS permanece como importante opção terapêutica em pacientes com MCH refratária ao tratamento clínico.

40762

Relato de caso: manejo clínico de insuficiência cardíaca descompensada em paciente com miocardite viral aguda fulminante

ERICA SILVA, JOÃO PAULO CHAVES DE MELO, IGOR ULLOA DA CUNHA e RODRIGO CUNHA DE SOUSA.

Hospital Universitário Mario Palmério - UNIUBE, Uberaba, MG, BRASIL.

Fundamento: Miocardite é uma entidade grave com incidência estimada entre 0,2 e 12%. Manifesta maior prevalência no sexo masculino, principalmente no adulto jovem, sendo uma das principais causas de morte súbita em menores de 40 anos. Pode decorrer de diversas causas infecciosas e não infecciosas, sendo a miocardite viral a mais prevalente. A forma fulminante possui maior gravidade, caracterizada por um curso agudo e rapidamente progressivo (insuficiência cardíaca congestiva classe funcional IV e choque cardiogênico). Possui alta letalidade quando não tratada adequadamente. **Relato de caso:** N.J.B, masculino, 22 anos, hígido, admitido com quadro de insuficiência cardíaca agudamente descompensada de início súbito. Apresentava radiografia de tórax com cardiomegalia grau III e congestão pulmonar. Ao ecocardiograma transtorácico, fração de ejeção 16%, hipocinesia ventricular esquerda difusa importante, dilatação de câmaras cardíacas e hipertensão pulmonar grave (PSAP: 69mmHg). Foi iniciado medidas para insuficiência cardíaca agudamente descompensada perfil C necessitando de altas doses de drogas inotrópicas e vasodilatadoras parenterais, suporte dialítico e reversão de episódio de morte súbita em fibrilação ventricular. Para elucidar a causa etiológica, foram realizados diversos exames que apresentaram resultados negativos, incluindo investigação de doenças auto-imunes, testes sorológicos para HIV, hepatites, doença de Chagas e síndrome mono-like. A cintilografia miocárdica com Gálio-67 evidenciou intenso processo inflamatório em atividade no miocárdio, compatível com miocardite. Após longo tempo de internação, foram otimizadas medicações por via oral na maior dose tolerada pelo paciente, sendo então encaminhado para seguimento ambulatorial. **Discussão:** O quadro de miocardite fulminante acarreta em alta morbimortalidade, prolongamento do tempo de internação e não raramente, evolui para necessidade de transplante cardíaco. A biópsia endomiocárdica de ventrículo direito é o método padrão ouro para o diagnóstico, possui grande importância na orientação terapêutica como o uso de imunossupressores, imunomoduladores e antivirais, porém não está disponível na maioria dos centros médicos. Na prática clínica, o diagnóstico não raramente torna-se obscuro sendo realizado através de dados clínico-epidemiológicos e com auxílio de exames laboratoriais e de imagem. Pela dificuldade diagnóstica, a terapêutica adotada frequentemente baseia-se no suporte hemodinâmico intensivo.

40765

Construção da escala de avaliação da função sexual de homens com insuficiência cardíaca (EAFSH_IC)

VANESSA ALVES DA SILVA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO, THAIS BESSA, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, SORAYA DA COSTA VIEIRA, BRUNO BOMPET DOS SANTOS e ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: Estudos evidenciaram sua relação com a diminuição da qualidade de vida e adesão ao tratamento .No entanto, não existem escalas de avaliação da função sexual específicas para homens com IC. **Objetivo:** Construir a Escala de Avaliação da Função Sexual de Homens com IC (EAFSH_IC). **Pacientes:** Homens com insuficiência cardíaca. **Delineamento e Métodos:** Estudo metodológico composto por cinco fases. Na primeira, uma revisão integrativa de literatura, que foi a base para a construção do conceito de função sexual e definições das características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual da Classificação Internacional de Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I. Em seguida, foi realizada a validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual da NANDA-I onde foi realizada a prevalência de cada característica. Os resultados destas fases foram apresentados a um comitê de juízes que sugeriram a estruturação das perguntas. Para a construção de uma escala de Thrustone, foram elaboradas 165 afirmativas que foram avaliadas por 30 juízes. Para a análise da prevalência das características definidoras foi usado o cálculo proposto por Fehring. Os valores atribuídos para a seleção das afirmativas foi obtido por coeficiente de ambiguidade e amplitude semi-interquartílica. **Resultados:** Na revisão integrativa foram analisados 10 artigos que explicitaram como causas da disfunção sexual em pacientes com IC. As características definidoras de maior prevalência foram relacionadas ao esforço físico. Após avaliação dos juízes a escala ficou composta de 20 afirmativas que verificam a função sexual do homem com IC. O alfa de Conbrach para os 20 itens da escala foi de 0,860 o que indica uma confiabilidade alta da escala. A construção da EAFSH_IC traz para prática clínica uma maior acurácia ao se verificar a função sexual de homens com IC. **Conclusão:** Espera-se com a EAFSH_IC a identificação dos fatores causais da disfunção sexual de homens com IC para o direcionamento de intervenções e alcance de resultados que melhorem a qualidade de vida dos mesmos.

40767

Associação entre disfunção sistólica ao ecocardiograma e ocorrência de síndrome coronariana aguda na unidade de dor torácica

ADRIANO VELLOSO MEIRELES, MARCELO B S RIVAS, MARCELO I GARCIA, ANDRE VOLSCHAN, EVANDRO T MESQUITA, MARCUS V R S MARTINS, ANA A FERREIRA, ISABELA STARLING, MONIK M PINTO, TICIANA P E SILVA e RAYANA L SANTOS.

Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O adequado manejo da dor torácica em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) pode reduzir a ocorrência de altas equivocadas e internações desnecessárias. O ecocardiograma transtorácico (ECO TT) é um metodo complementar não invasivo e ágil, que pode ser realizado à beira do leito e fornece informações em relação à estratificação de risco, dados hemodinâmicos e prognóstico. **Objetivo:** Avaliar a associação entre de disfunção sistólica global ou segmentar do ventrículo esquerdo (VE) ao ECO TT e ocorrência de SCA. **Materiais:** Série de 1833 atendimentos consecutivos no setor de emergência devido a dor torácica nos quais houve suspeita de SCA. Foram incluídos no estudo pacientes que realizaram ECO TT. **Métodos:** A indicação para realização de ECO TT foi: presença de moderada ou alta probabilidade de SCA e em casos em que houve solicitação do médico assistente. O critério para detecção de disfunção global do VE foi ocorrência de Fração de Ejeção (FE) < 40% (SIMPSON) ou avaliação subjetiva do examinador, critério este também utilizado para identificação de alteração segmentar. Os pacientes foram submetidos à avaliação seriada de ECG e troponina I na admissão e após 6h. O diagnóstico de SCA foi realizado por detecção de isquemia nos testes provocativos ou presença de obstruções significativas na coronariografia. Análise estatística utilizou teste T de Student e qui quadrado. As medidas de acurácia utilizadas foram Sensibilidade, Especificidade e Valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN). **Resultados:** O ECOTT foi realizado em 59,1% dos pacientes(1031) e houve diagnóstico de SCA em 21,7%; A média de idade foi de 62,6 + 16,4a. A ocorrência de SCA foi maior nos pacientes que apresentaram alteração segmentar ao ECO TT (73,5% vs 18,4%; p<0,001). A presença de disfunção global do ventrículo esquerdo também apresentou maior associação com SCA (61,2% vs 25,2%; p<0,001). As medidas de acurácia para alteração segmentar foram: Sensibilidade: 40,7%; Especificidade: 94,7%; VPP: 73,5%; VPN: 81,6%; e para disfunção global de VE foram: Sensibilidade: 8%; Especificidade: 98,1%; VPP: 61% e VPN: 74,8%. **Conclusão:** Naqueles pacientes com alteração segmentar, a presença de SCA foi altamente prevalente. A disfunção global apresenta uma excelente especificidade porém com sensibilidade muito baixa. Futuros estudos avaliarão o impacto da incorporação do ECO TT ao protocolo de atendimento a dor torácica.

40769

Amiloidose cardíaca

MARCELY GIMENES BONATTO, FERNANDO ALVES, SARIANE BRESCOVIT e LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (ISCMC), Curitiba, PR, BRASIL.

Relato de caso: C.A.B, 60 anos. Natural de Maringá-PR, procedente de Curitiba/PR, casado, 2 filhos, aposentado, ex-motorista. Portador de hipertensão arterial há 15 anos, em uso de Losartana 50mg/dia; Nega diabetes, etilismo, tabagismo ou dislipidemia. Nega história de doença arterial coronariana. História familiar de um irmão que fez revascularização miocárdica com 37 anos de idade na Alemanha, com implante de CDI (2001) e transplante cardíaco em 2014. Paciente com história de que em Jan/2014 iniciou quadro de edema MMII seguido de dispneia aos moderados esforços, com evolução em alguns meses para edema ++++/4 de MMII e dispnéia aos mínimos esforços. Nega dor torácica, síncopes ou palpitações em qualquer momento. Refere que o quadro se instalou muito rapidamente e que, até então, era saudável. Em uso de carvedilol 6,25mg 12/12h, enalapril 10mg 12/12h e furosemida 40mg 2cp/dia. Iniciou investigação prévia devido quadro de insuficiência cardíaca, com realização de Ecocardiograma de estresse com dobutamina, negativo para isquemia, além de cineangiocoronariografia, que demonstrou lesão de 40% em terço próximal de a.DA. Admitido no Hospital Santa Casa com piora do quadro clínico. Ao exame, jugulares ingurgitadas à posição ortostática que aumentavam de volume com a inspiração. ECG sem sinais de isquemia, com ondas de baixa voltagem. Ecocardiograma com FE 58%, septo 15mm, PP 15mm, função diastólica com padrão restritivo, Relação E/E' = 20; Hiperrefringência dos ventrículos. Ressonância magnética cardíaca com presença de realce tardio miocárdico difuso mais evidente subendocárdico, compatível com infiltração por depósito amiloide. Diagnóstico de amiloidose cardíaca. Sem presença de macroglossia, púrpura, neuropatia ou síndrome nefrótico. Possível quadro de amiloidose familiar ATR que tem início de quadro clínico tardio e ausência de pico monoclonal em eletroforese.

40771

Correlação da força muscular respiratória e periférica com a distância percorrida em seis minutos em pacientes com insuficiência cardíaca

ARIANA LOPES PORTELA BASTOS, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, LUANA DE DECCO MARCHESE, KAREN SANTOS R. DE CARVALHO, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, LAÍS MOREIRA MOURA, DANIELLE WAROL DIAS, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, BRASIL.

Fundamento: Pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida (ICFER) apresentam frequentemente uma diminuição da força muscular respiratória evidenciada pela redução tanto na pressão inspiratória máxima como na pressão expiratória máxima, que por sua vez determinam diminuição na tolerância ao exercício. Pouco se conhece a respeito da associação entre a distancia percorrida (DP6M) no teste de caminhada de seis minutos (TC6M) e as força muscular respiratória e periférica. **Objetivo:** Determinar a correlação entre a DP6M, a força muscular respiratória e a força muscular periférica. **Delineamento:** O presente estudo seguiu um protocolo transversal. **Pacientes:** Foram avaliados 39 pacientes de uma clinica de insuficiência cardíaca com ICFER, idade=60±13, NYHA II/III, FEVE=39±10%. **Métodos:** Todos os pacientes foram avaliados no mesmo dia e realizaram os exames na seguinte sequencia: consulta de enfermagem, consulta médica, ecodoplercardiografia e consulta de fisioterapia em que constou a manovacoumetria (MV), a dinamometria manual, ambos pré-teste, e foram submetidos ao TC6M, que seguiu a padronização segundo recomendações da ATS. Todas as variáveis foram registradas em uma planilha sistemática. Os dados foram submetidos ao teste "*t-student*" e de correlação de Pearson, e o valor de p foi considerado significante se ≤ 0,05. **Resultados:** A média da DP6M foi de 461±81m. O resultado da MV foi: PImax= - 62±36 cm H_2O e da PEmax de 68±36cmH_2O. Ocorreu uma correlação entre a DP6M e a PImax (R=0,65; p=0,0001) a DP6M e a PEmax (R=0,60; p=0,001) assim como houve uma correlação entre a força da dinamometria de preensão e a DP6M. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo sugerem que a força muscular tanto respiratória como periférica destes pacientes se associaram com a DP6M, determinando que quanto menores tanto a força muscular respiratória como periférica menor a capacidade de caminhar no teste de caminhada e consequentemente menor a tolerância ao exercício.

40774

Óbitos ambulatoriais de pacientes com insuficiência cardíaca que pertencem ao programa de gerenciamento de IC de um hospital privado

BÁRBARA REIS TAMBURIM, CAROLINA PADRAO AMORIM, FERNANDA DALPICOLO, RENATA BACCARO MADEO, VIVIANE DOS SANTOS GONÇALVES RIBEIRO, RENATA GOMES DE ARAUJO, VICTOR SARLI ISSA e FELIX JOSE ALVAREZ RAMIRES.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome que reconhecidamente evolui com alta morbimortalidade. A maior parte das publicações sobre a magnitude da IC, como causa de óbito no Brasil, é derivada de estudos sobre mortalidade hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a distribuição dos óbitos ambulatoriais no período de um ano dos pacientes participantes de um Programa de Gerenciamento de IC (PIC). **Casuística e Métodos:** Foram incluídos no PIC pacientes com IC com fração de ejeção reduzida (FEVE < 45%) e classe funcional III e IV (NYHA). Em 2013, foram internados 163 pacientes, destes 24 evoluíram a óbito intrahospitalar e 139 foram acompanhados por contato telefônico. Em 2014, foram internados 150 pacientes, sendo que 22 evoluíram a óbito intrahospitalar e 128 pacientes foram acompanhados pós-alta. Os contatos telefônicos foram realizados pelas enfermeiras do PIC e estes foram distribuídos da seguinte forma: 3 dias, 30 dias, 60 dias, 120 dias, 180 dias, 270 dias e 365 dias. Tabulados os óbitos dos pacientes pós-alta de acordo com o período do contato realizado. **Resultados:** Foram acompanhados 313 pacientes internados do PIC sendo que a idade média foi 75±11 anos; 69,3% são do sexo masculino; a FEVE foi de 32±7,9%; 72,5% são classe funcional III e 27,5%, classe funcional IV. **Conclusão:** Dos 139 pacientes com acompanhamento telefônico em 2013, 19 (13,7%) evoluíram a óbito. Em 2014, dos 128 pacientes, 08 (6,2%) evoluíram a óbito em um ano. Os dados supracitados demonstram que em nossa população a maior taxa de mortalidade ambulatorial ocorreu nos primeiros 120 dias pós-alta.

Tabela: Óbitos domiciliares.

Mortalidade (dias)	2013(n= 139)	2014(n= 128)	P
3	6(4,3%)	1(0,8%)	ns
30	0	1(0,8%)	ns
60	3(2,1%)	5(3,9%)	ns
120	4(2,8%)	0	ns
180	0	0	ns
270	6(4,3%)	0	ns
365	0	1(0,8%)	ns

40777

Contribuição substancial da terapia de controle de ritmo por ablação com radiofrequência de fibrilação atrial na recuperação da função sistólica

RENATA NOGUEIRA PENTAGNA, TASSO JULIO LOBO, ENRIQUE INDALECIO PACHON MATEO, VICTOR GUALDA GALORO, RAFAEL RAFAINI LLORET, MURILO SALANI GIL, JOSÉ GONZAGA SOBRINHO FILHO e TAMIRH BRANDAO SAKH KHOURI.

Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) e a Insuficiência Cardíaca (IC) frequentemente coexistem, em um ciclo deletério, uma agravando e perpetuando a outra; a arritmia pode atuar como fator de piora clinica e/ou como causador da miocardiopatia (taquicardiomiopatia). A coexistência das duas patologias torna-se um grande desafio terapêutico; o controle do ritmo através da ablação por radiofrequência pode contribuir de forma significativa contra a taquicardiomiopatia e disfunção ventricular. **Relato de caso:** P.R.P., sexo masculino, 73 anos, portador de FA e IC classe funcional III (NYHA), ecocardiograma transtorácico (ECO) com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FE) de 31%, átrio esquerdo (AE) 53mm, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (VE) 60mm, hipertrofia excêntrica do VE e hipertensão pulmonar (PSVD 46mmHg). Apresentava internações hospitalares recorrentes por IC descompensada e choque cardiogênico mesmo com terapêutica medicamentosa otimizada. Tentada cardioversão elétrica com reversão para ritmo sinusal, porém, com recidiva precoce. Optado pela realização de estudo eletrofisiológico e ablação por radiofrequência com sucesso e sem intercorrências. Na evolução, 22 meses após procedimento, manteve-se em ritmo sinusal, apresentando melhora clínica, laboratorial e ecocardiográfica significativa. Evolui em classe funcional I, sob uso de losartan 25mg 2x/dia, carvedilol 25mg 2x/dia e pradaxa 110mg 2x/dia, com ECO mostrando recuperação da função sistólica, FE de 60%, diminuição da dimensão da câmara cardíaca, AE 48mm, diâmetro diastólico do VE 55mm, sem hipertensão pulmonar (PSVD 25mmHg). Holter realizado 16 meses após ablação identificando ritmo sinusal, frequência cardíaca média 64bpm, 3 episódios de TPSV não sustentadas (máximo 9 batimentos), BAV 1ºgrau, 56 extrassístoles supraventriculares e 183 extrassístoles ventriculares. Atualmente encontra-se compensado do ponto de vista cardiológico, com melhora significativa da qualidade de vida e boa tolerância à pratica de atividade física regular. **Conclusão:** A fibrilação atrial pode contribuir significativamente para a deterioração progressiva da função sistólica. Estudos mais recentes mostram que o controle do ritmo cardíaco pode ter impacto expressivo na recuperação e/ou preservação da função ventricular. Portanto, a ablação por radiofrequência cada vez mais ganha importância no arsenal terapêutico dessa patologia tão frequente, sendo um procedimento seguro e com eficácia elevada a médio prazo.

40778

MELD XI como preditor de morbimortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

LINA MARCELA GOMEZ, NATHALIA DOS REIS DE MORAES, LUANA RIBEIRO MORAES, HENRY FUKUDA MOREIRA, CAIQUE BUENO TECHOCH, GUSTAVO ARRUDA BRAGA, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, GERMANO EMILIO CONCEIÇÃO SOUZA, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, VICTOR SARLI ISSA e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A disfunção hepática é frequente em portadores de insuficiência cardíaca (IC) descompensada, mas sua quantificação e influência no prognóstico são incertas. **Métodos:** Analisamos coorte prospectiva de pacientes internados com IC de junho/2013 a abril/2015 de acordo com a escala de MELD-XI de avaliação da função hepática.Os resultados foram categorizados em tercis e confrontados com as características clínicas e a evolução na internação. **Resultados:** Estudamos 246 pacientes - 147(59%) do sexo masculino, 99 (40%) sexo feminino e média de idade foi de 53,5±13 anos; 73 (29,7%) pacientes eram diabéticos e 115 (46,7%) hipertensos. As etiologias mais frequentes foram: doença de Chagas em 64 (26%), doença isquêmica em 63 (25,6%), miocardiopatia dilatada em 42 (17,1%) e hipertensão arterial em 25 (10,2%). A causa de internação foi choque cardiogênico em 43 (17,5%) e IC descompensada em 205 (56,5 %). Durante a internação 63 (25,6%) pacientes necessitaram balão intra-aórtico e 48 (19,5%) de diálise. O óbito ocorreu em 85 (34%) pacientes e transplante cardíaco em 31 (12%). A comparação dos pacientes de acordo com tercis de MELD-XI mostrou que quanto maior o escore, maior a idade (47 com erro padrão de 15,6 vs 52 ± 12 vs 54± 12; p = 0,03), os valores de uréia (46 ±16 vc 79 ± 31 vs 142 ± 76; p < 0,01), o diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (62,9 ± 10,8 vs 69 ± 11 vs 70 ± 11; p < 0,05), a pressão venosa central (10 ± 5 vs 15 ± 7 vs 16 ± 9; p = 0,05), a pressão sistólica da artéria pulmonar (42 ± 13 vs 49 ± 12 vs 48 ± 13; p = 0,05), e a pressão de artéria pulmonar média (42 ± 13 vs 55 ± 15 vs 57 ±17; p < 0,05). O aumento do score de MELD também se correlacionou com menor fração de ejeção (30 ± 13 vs 26 ± 9 vs 26 ± 8; p = 0,05). Ainda, o aumento do score de MELD se correlacionou à aumento da mortalidade (11% vs 27% vs 37%; p = 0,04). Não observamos diferença em relação à pressão arterial da admissão, perfil hemodinâmico e níveis de BNP, TGO, TGP, e presença de disfunção de ventrículo direito. **Conclusão:** O escore de MELD está associado ao grau de disfunção cardíaca e hipertensão pulmonar de pacientes internados com insuficiência cardíaca e não à intensidade de lesão hepatocelular; o MELD medido no momento da internação é capaz de identificar pacientes de maior gravidade e pior evolução.

40780

Impacto das estratégias baseadas em evidências nos indicadores de qualidade assistencial para insuficiência cardíaca

MARIA PAULA ANDRIETTA, MARCELO GOULART PAIVA, LUIZ ALBERTO DE ANDRADE MELLO, IRAPUAN MAGALHAES PENTEADO, LUIZ CARLOS FACCIOLLA PASSARELLI, BEATRIZ DA SILVA COSTA CORTIZO, CLAUDIA Y. S. M. BERNOCHE, FERNANDO GANEM e ALEX LEITE MASTIGUIN.

Hospital 9 de Julho, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Várias terapias são recomendadas em diretrizes por reduzirem o risco de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), entretanto muitos pacientes acabam por não recebê-las. A adesão aos protocolos de IC bem como o acompanhamento de indicadores de qualidade assistencial são fundamentais para redução da morbimortalidade desta síndrome. **Objetivo:** Avaliar o impacto da utilização sistemática do estudo da fração de ejeção (FE), prescrição de betabloqueadores (BB) e inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonista dos receptores de angiotensina (IECA/ARA) nas taxas de mortalidade e reinternação em 30 dias e no tempo de internação hospitalar durante o evento inicial. **Materiais:** Prontuários de pacientes com o diagnóstico de saída hospitalar de IC, de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, em um hospital geral de alta complexidade da cidade de São Paulo. Excluídos menores que 18 anos. **Métodos:** Estudo coorte utilizando 352 pacientes, divididos em grupo 1 com 180 pacientes (G1, 68,2% masc. Idade média 75,8 ± 13,1) aqueles que apresentaram eventos adversos (óbito em 30 dias, reinternação em 30 dias e tempo de internação superior a 9 dias) e grupo 2 com 172 pacientes (G2, 52,3% masc. Idade média 71,3 ± 17,8) sem eventos. Para fins de comparação foram utilizados os testes T e qui quadrado. **Resultados:** No G1, foram observados 23 óbitos, uma taxa de reinternação em 30 dias de 31,9% e um tempo médio de internação de 20,1 dias (no G2 foi de 4,8 dias). O uso isolado em pacientes com FE < 40% de IECA/BRA e BB respectivamente foram em G1 e G2 de 77,8% vs 88,1% e 81,1% vs 82,1%. **Conclusão:** A fração de ejeção < 40% confirmou ser importante marcador prognóstico nesta população. O uso de terapias guiadas por diretrizes ainda esta aquém do ideal (superior a 90% dos pacientes com indicação), não se observando impacto significativo na redução de eventos nesta população.

40781

Impacto no desfecho clínico dos indicadores de qualidade do tratamento da insuficiência cardíaca

MARIA PAULA ANDRIETTA, MARCELO GOULART PAIVA, LUIZ ALBERTO DE ANDRADE MELLO, IRAPUAN MAGALHAES PENTEADO, LUIZ CARLOS FACCIOLLA PASSARELLI, BEATRIZ DA SILVA COSTA CORTIZO, ALEX LEITE MASTIGUIN, CLAUDIA Y. S. M. BERNOCHE e FERNANDO GANEM.

Hospital 9 de Julho, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) apresenta elevada mortalidade e taxa de internação, principalmente na população acima de 65 anos de idade. Frente a esses dados, recomenda-se seguir Diretrizes para diminuir a variabilidade da conduta clínica melhorando os resultados clínicos. **Objetivo:** Traçar o perfil dos pacientes com IC internados. Elaborar um protocolo assistencial baseado nas Diretrizes Internacionais e Nacionais para nortear as melhores práticas da equipe multiprofissional. Estabelecer indicadores de qualidade, para medir e analisar os resultados dos processos. **Materiais:** Prontuários de pacientes com o diagnóstico de saída hospitalar de IC, entre o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, em um hospital geral de alta complexidade da cidade de São Paulo. Excluídos pacientes menor que 18 anos. **Delineamento e Métodos:** Estudo retrospectivo de 354 prontuários, os seguintes indicadores foram selecionados: taxa de avaliação da função ventricular, taxa de pacientes que receberam betabloqueador e IECA (inibidor da enzima de conversão da angiotensina) ou ARA (antagonista dos receptores de angiotensina) na alta hospitalar (pacientes com fração de ejeção menor que 40%), taxa de mortalidade, taxa de reinternação em 30 dias e média de permanência (geral e UTI). **Resultados:** 352 pacientes, traçado perfil por ano e um perfil geral. Dados gerais: 73,6 anos de média de idade, 56,5% masculino, média de permanência geral de 12,6 dias, média de permanência na Terapia Intensiva de 8,8 dias. 96,6% tiveram a função sistólica do ventrículo avaliada, sendo que 46,2% com fração de ejeção menor que 40% (média de 45%). Em relação ao tratamento medicamentoso, 80,9% receberam a prescrição de betabloqueador e 81,5% de IECA ou ARA. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 6,5% e a taxa de reinternação em 30 dias de 17,3%. **Conclusão:** Foi possível estabelecer o perfil dos pacientes com IC e assim fornecer subsídio para a elaboração do protocolo assistencial, que auxiliou na análise das ações e dos processos para desenvolver melhorias. Observou-se a necessidade de melhorar a educação em saúde dos pacientes/família com orientações dadas pela equipe multiprofissional. Viu-se a necessidade de ampliar o Protocolo para acompanhar os pacientes pós-alta hospitalar, por meio de ligações telefônicas para que possam reforçar as orientações dadas durante a hospitalização, garantir o autocuidado dos sinais e sintomas e melhorar a adesão ao tratamento.

40787

Resultados preliminares de um ensaio clínico randomizado de restrição hídrica e de sódio dietético no manejo de pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção preservada

KARINA SANCHES MACHADO D`ALMEIDA, ENEIDA REJANE RABELO, GABRIELA CORRÊA SOUZA, MELINA MARIA TROJAHN, SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI, DANIELA DE SOUZA BERNARDES, ANDRÉIA BIOLO, LUIS EDUARDO ROHDE, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LUIS BECK DA SILVA NETO.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A fisiopatologia da IC com fração de ejeção preservada (IC-FEP) é ainda pouco conhecida e seu tratamento pouco fundamentado em ensaios clínicos. A prescrição da restrição de sódio e líquidos é a mais frequente medida orientada para manejo de episódios congestivos, contudo, seu papel no tratamento de pacientes com IC-FEP ainda é incerto. **Delineamento e Objetivo:** Ensaio Clínico Randomizado para comparar o efeito de uma dieta com restrição de sódio e líquidos com uma dieta sem restrição, na redução do peso corporal na estabilidade clínica em pacientes internados por descompensação da IC. **Materiais:** Foram incluídos pacientes adultos (idade maior ou superior a 18 anos), com diagnóstico de IC-FEP, hospitalizados por descompensação da IC. **Métodos:** Os pacientes foram randomizados para receber uma dieta com restrição de 0,8g de sódio e 800ml de líquidos ao dia (GI) ou dieta sem restrição, com 4g de sódio ao dia e líquidos livres (GC). Foram acompanhados por sete dias ou até a alta hospitalar. O desfecho primário foi avaliado por perda de peso corporal e estabilidade clínica guiada pelo Escore Clínico de Congestão. **Resultados:** Foram incluídos até o momento 33 pacientes. A maioria do sexo feminino (69,7%), casadas (51,5%) e com média de idade de 71 ± 11 anos. A patologia mais comumente associada foi à hipertensão arterial (75,8%), seguida de diabetes mellitus (45,5%). A fração de ejeção média foi de 61,6 ± 8,4% para o GC e 61,9 ± 9,8% para o GI (p=0,930). A mediana do tempo total de permanência foi de 4 dias (2 - 6) no GC e 3,5 dias (1 - 6,8) no GI (p=0,913). A perda de peso durante a internação foi semelhante entre os grupos, sendo de 1,5Kg (0 - 2,9) no GC e 3,0Kg (0 - 4) no GI (p=0,803), assim como a redução na pontuação do escore de congestão, que foi de 4 (1,5 -6,0) pontos no GC e 4 (0,5-7,0) pontos no GI, p=0,772. Por fim, a mediana do BNP no início do estudo foi semelhante entre os grupos (GC, 195,8pg/mL [143,4 - 474,7]; GI, 311,4pg/mL [236,0 - 539,9]; p = 0,054). Ao final da intervenção, os dois grupos experimentaram variações semelhantes nos níveis de BNP (GC, 0pg/mL [-44,2 – 77,8]; GI, 9,8pg/mL [0 – 167,7]; p = 0,320). **Conclusão:** Dados preliminares indicam resultados semelhantes para ambos os grupos quanto a perda de peso e estabilidade clínica. A avaliação dos efeitos da restrição de sódio e líquidos sobre a evolução clínica na IC-FEP pode promover aprofundamento do conhecimento fisiopatológico e da progressão dessa síndrome.

40788

Efeito de um algoritmo de diurético e manejo não farmacológico em pacientes com insuficiência cardíaca: resultados preliminares de um ensaio clínico randomizado

MARIA KAROLINA ECKER FERREIRA FEIJÓ, GRAZIELLA ALITI, MAURICIO MALTA, ANDRÉIA BIOLO, LETÍCIA ORLANDIN e ENEIDA REJANE RABELO.

PPG Enfermagem - UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL - HCPA - Grupo de Insuficiência Cardiaca e Transplante, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: As taxas de readmissões por IC (insuficiência cardíaca) se devem principalmente por descompensação clínica devido à congestão. Esforços têm sido dispendidos nos útlimos anos visando reduzir essas taxas por meio de intervenções não farmacológicas associadas à otimização terapêutica. Uma estratégia que tem sido utilizada como adjuvante ao tratamento convencional é o telemonitoramento de pacientes. Um algoritmo de ajuste de diurético desenvolvido nos Estados Unidos (Diuretic Treatment Algorithm, DTA) e posteriormente validado para o uso no Brasil (como Algoritmo de Ajuste de Diurético, AAD) revelou-se factível e facilmente aplicável,contudo seus efeitos sobre os resultados clínicos devem anda ser avaliados. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso do AAD e manejo não farmacológico na estabilidade clínica e redução de reinternações em 90 dias em pacientes com IC. **Métodos:** Estudo tipo PROBE (prospective randomized open blinded endpoint) de grupos paralelos que está incluindo pacientes adultos com diagnóstico de IC tratados em uma clínica especializada de um hospital universitário. Aqueles com indicação de ajuste na dose de diurético de alça durante as visitas clínicas foram randomizados. O grupo intervenção (GI) teve a dose de diurético ajustada com o AAD e recebeu 4 ligações (uma por semana) por 30 dias para reforço das orientações sobre o manejo não farmacológico. Os participantes do grupo controle (GC) tiveram a dose de diurético ajustada pelo médico na primeira visita de avaliação e não receberam ligações telefônicas. Os pacientes em ambos os grupos retornaram para avaliação final em 1 mês. **Resultados:** A análise preliminar mostrou que dos 91 pacientes incluídos, na sua maioria são masculinos (62%) e com idade média de 58(14) anos. A taxa de reinternação em 90 dias no GI foi de 10,3% e 26,1% no GC (p=0,063). Quando os resultados combinados de reinternação hospitalar, readmissão na emergência e óbitos foram avaliados, os desfechos no GI foram de 18% e 37% no GC (p=0,052). **Conclusão:** Os dados preliminares demonstram resultados favoráveis para o uso do AAD e manejo não farmacológico em pacientes ambulatoriais que necessitam de ajuste na dose de diurético.

40789

Concordância entre as equações de referência para o teste de caminhada de seis minutos aplicadas em pacientes coronariopatas e valvopatas

CAMILA BOTTURA, LIVIA ARCÊNCIO DO AMARAL, VIVIANE DOS SANTOS AUGUSTO, DANIELLA ALVES VENTO, CAROLINA GUIMARÃES REIS, MARINA NEVES DO NASCIMENTO, PAULO ROBERTO BARBOSA ÉVORA e ALFREDO JOSE RODRIGUES.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: O teste de caminhada de seis minutos (TC6) é uma ferramenta importante para avaliar algumas intervenções terapêuticas através da comparação do desempenho do indivíduo. O TC6 proporciona a avaliação da capacidade funcional além de ter valor prognóstico em cardiopatas. Diversas equações de referência (ER) para predizer a distância ideal percorrida no TC6 tem sido propostas pela literatura mundialmente, dentre elas quatro desenvolvidas para a população brasileira saudável. No entanto, até o momento, ainda não havia sido feita uma investigação para avaliar a concordância entre os valores preditos pelas ER para a população brasileira. **Objetivo:** Verificar se existe diferença entre as distâncias percorridas no TC6 em pacientes coronariopatas e valvopatas no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Verificar a concordância entre as quatro ER disponíveis para brasileiros saudáveis quando predizem a distância percorrida no TC6 para os pacientes deste estudo. **Materiais:** Foram selecionados 116 pacientes (70 coronariopatas e 90 valvopatas), candidatos a cirurgia de revascularização do miocárdio ou valvar. **Métodos:** Os pacientes foram submetidos ao TC6 seguindo recomendações da American Thoracic Society (ATS). As distâncias preditas foram calculadas conforme as quatro ER disponíveis para a população brasileira. **Resultados:** Os pacientes coronariopatas e valvopatas percorreram distâncias similares apesar da maior fadiga relatada pelos pacientes com valvopatia. A distância média percorrida por ambos foi significativamente menor (p<0,001) do que as distâncias preditas pelas quatro ER propostas. Na análise dos gráficos Bland-Altman, observamos uma pobre concordância entre as ER propostas, evidenciadas por grande diferença das médias e/ou variabilidade e/ou erros proporcionais (tendências). **Conclusão:** Todos pacientes apresentaram distância percorrida menor que o predito por todas as ER, possivelmente devido a redução da capacidade funcional proporcionada pela cardiopatia. No entanto, observamos diferenças significativas na comparação dos valores preditos pelas ER e falta de concordância entre as fórmulas. Esta falta de concordância pode possivelmente ser justificada pelas diferenças metodológicas empregadas e pela heterogeneidade das populações utilizadas para confecção das ER, levando a discordâncias nos valores preditos para a distância percorrida no TC6.

40790

Associação dos critérios de avaliação fisioterapêuticos com a estratificação de risco para exercício da AHA

NATHALIA CRISTINA RIBEIRO, ANDRE BATISTA DA COSTA, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, GELSOMINA ANGELINA MARTINS COSTA PEREIRA, LUANA DE DECCO MARCHESE e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

UNIFESO/Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A estratificação de risco para exercício (ERE) em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) é uma medida simples, baseada em dados da história, que permite ao profissional avaliar o momento evolutivo da doença, a qualidade e o prognóstico estabelecendo prioridades e linhas terapêuticas. Ainda foi pouco estudada a associação da ERE com parâmetros de avaliação em fisioterapia cardiovascular. **Objetivo:** Investigar possíveis associações entre o exame fisioterapêutico e a estratificação o risco para condicionamento físico a partir dos critérios da American Heart Association (AHA) na seleção de pacientes de uma clínica de IC para um programa de condicionamento. **Métodos:** Seguindo um protocolo retrospectivo, foi feita a análise de 37 prontuarios dos pacientes que se encontravam em tratamento em uma clínica de IC de uma Universidade. Um subgrupo composto por 29 pacientes que obtinham em seus prontuários variáveis do teste de caminhada de seis minutos (TC6M) como: distância percorrida em seis minutos (DP6M), frequência cardíaca de recuperação do primeiro minuto (FCR1), pressão inspiratória e expiratória máxima (PImáx e PEmáx) foram avaliados de acordo com as classes da AHA. De um subgrupo composto por 19 pacientes que realizaram o teste ergométrico (TE), foram registradas variáveis como DP6M, VO2 do TE e foram correlacionados com variáveis do TC6M de aocrdo com os níveis de estratificação da AHA. **Resultados:** Houve prevalência de pacientes inclusos na classe B (68%) contra 32% da classe C. Ocorreram correlações significantes entre a DP6M e a DPTE (r=0,58/p=0,004) em toda a amostra; na classe B (r=0,64/p=0,01); e na classe C (r=0,66/p=0,048), entre a DP6M com a PImáx pré na classe B (r=0,58/p=0,02); a PImáx com o VO2 na classe B (r=0,61/p=0,01); a DP6m com a PImáx na classe B (r=0,73/p=0,003) e da PImáx com o VO2máx na classe C (r=0,64/p=0,06). **Conclusão:** A estratificação de risco da AHA somada aos dados da avaliação fisioterapêutica, demonstrou importante relevância para a prescrição de acordo com o risco para exercício de forma individuaizada. Esses resultados sugerem uma conduta específica para as classes B e C com enfoque no treinamento muscular respiratório.

40793

Exercício respiratório não influencia o comportamento do sistema nervoso autônomo em pacientes com doenças de Chagas aguda

GUILHERME PEIXOTO TINOCO ÂREAS, ELDER NASCIMENTO PEREIRA, BRUNA VALESSA MOUTINHO PEREIRA, KETLEN GOMES DA COSTA, THAYANA BRAGA MARQUES, MARIA DAS GRACAS VALE BARBOSA, JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA e JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Fundação de Medicina Tropical - Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: É bem sabido que a doença de Chagas provoca alterações no controle autonômico cardíaco, principalmente através da lesão das terminações vagais cardíacas. Em indivíduos saudáveis, o sistema autonômico cardíaco sofre grande influência do sistema respiratório através das alterações da frequência respiratória (FR) e do volume pulmonar (VP), provocando, principalmente, aumento no comportamento parassimpático cardíaco. No entanto, não é sabido se mudanças na FR e no VP provocam interferência no comportamento parassimpático de indivíduos com Chagas agudo. **Objetivo:** Avaliar o comportamento do sistema nervoso autônomo através da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) de indivíduos diagnosticados com Chagas aguda durante exercício respiratório. **Métodos:** 09 pacientes diagnosticados com doenças de Chagas do ambulatório de doença de Chagas do hospital Francisca Mendes (Manaus - AM) foi submetido a exercício respiratório do tipo diafragmático em supino durante 4 minutos com um padrão respiratório controlado de 2 segundos inspiratórios e 3 segundos expiratórios. A VFC foi avaliada através da análise do domínio da frequência por um cardiofrequêncimentro portátil (RS800 CX, Polar, Kempele, Finlândia). Para os testes estatísticos, inicialmente foi utilizado o teste de Kruskall - Walis para a identificação da normalidade dos dados, após isso foi usado teste t student para dados pareados e paramétricos e o teste de Wilcoxon para os testes pareados e não paramétricos, aceitando p < 0.05. **Resultados:** O exercício respiratório não foi capaz de alterar o comportamento autonômico dos pacientes durante o exercício (p > 0.05, em todas as variáveis) [BF (un): Repouso= 69 ± 9; Exercício= 69 ± 23; AF (un): Repouso= 30 ± 9; Exercício= 37 ± 30; BF/AF: Repouso: 2.6 ± 1.2; Exercício: 3.4 ± 2.8]. **Conclusão:** Diferente ao que acontece nos indivíduos sadios, o exercício respiratório diafragmático não foi capaz de influenciar o comportamento do sistema nervoso autônomo dos pacientes com Chagas agudo, não sendo uma ferramenta eficaz no tratamento coadjuvante da terapia farmacológica nesses pacientes.

40794

Série de casos agudos de doença de Chagas atendidos em Manaus, Amazonas, de 2007 a 2015: enfoque nas alterações cardíacas

BRUNA VALESSA MOUTINHO PEREIRA, KETLEN GOMES DA COSTA, THAYANA BRAGA MARQUES, ANDREI FORNANCIARI ANTUNES, SIMAO GONCALVES MADURO, MARIA DAS GRACAS VALE BARBOSA, JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA e JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital Universitário Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Fundação de Medicina Tropical - Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas aguda (DCA), apesar de rara em outras regiões, tem-se tornado um diagnóstico frequente na região amazônica. Algumas características, como por exemplo sua forma de transmissão principalmente oral, podem apresentar ocasionar alterações clínicas peculiares, o que torna necessária a caracterização da doença em pacientes originários da região. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é descrever as alterações cardíacas em pacientes com a forma aguda da Doença de Chagas autóctones da Amazônia. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de pacientes com diagnóstico de DCA avaliados pelo grupo de pesquisa em doença de Chagas da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, entre 2007 e 2015. Foi realizado o eletrocardiograma de repouso em todos os pacientes. O ecocardiograma transtorácico e o Holter 24 horas foram realizados apenas nos pacientes que foram atendidos em Manaus (já que alguns pacientes foram atendidos nas cidades do interior). **Resultados:** Foram avaliados 62 pacientes. A maioria era do sexo masculino e a média de idade foi de 31 anos (variando de 3 meses a 79 anos). Mais de 90% eram procedentes do interior do estado do Amazonas. Surtos de transmissão oral ocorridos em dois municípios amazonenses (Carauari e Santa Izabel do Rio Negro) responderam por 72,6% dos casos. A transmissão oral foi responsável por 75,8% dos casos, enquanto a vetorial representou 21% (em 3,2% dos casos a forma de transmissão era desconhecida). O eletrocardiograma foi normal em 71% dos pacientes. A alteração de repolarização ventricular (9,7%) foi o achado mais comum nos pacientes com alterações eletrocardiográficas. Trinta pacientes realizaram o ecocardiograma e, destes, 25 (86,2%) estavam normais. O derrame pericárdico moderado (10,4%) e disfunção do ventrículo esquerdo (3,4%) foram as únicas alterações verificadas. Dos 15 pacientes que realizaram o Holter 24 horas, dois (13,3%) apresentaram bloqueio atrioventricular de 1º grau e um (6,7%) evidenciou bloqueio atrioventricular de segundo grau, Mobitz I. Os outros doze pacientes (80%) não evidenciaram quaisquer alterações no Holter. Um paciente (criança de 3 meses) foi o único caso de óbito entre os casos avaliados. **Conclusão:** A maioria dos pacientes apresentou boa evolução, sem alterações significativas nos exames cardíacos. No entanto, é necessário maior tempo de avaliação e acompanhamento longitudinal destes pacientes para melhor definição da morbidade da DCA na região amazônica.

40804

Alta prevalência de apnéia do sono em pacientes com pericardite constritiva

DIRCEU THIAGO PESSOA DE MELO, FLAVIA BAGGIO NERBASS, ANA SAYEGH, FRANCIS RIBEIRO SOUZA, RICARDO RIBEIRO DIAS, FELIX JOSE ALVAREZ RAMIRES, CARLOS EDUARDO NEGRÃO, CHARLES MADY, GERALDO LORENZI FILHO e FABIO FERNANDES.

InCor - HC- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A apnéia do sono é comum e contribui para o prognóstico em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica. No entanto, o seu papel em pacientes com pericardite constritiva crónica é desconhecido. **Métodos:** Foram analisados prospectivamente 26 pacientes consecutivos com pericardite constritiva confirmada por ressonância cardíaca e sinais e sintomas de ICC. Todos os pacientes foram submetidos a polissonografia, avaliação clínica, ecocardiograma, ergoespirometria e dosagem dos níveis séricos do peptídeo natriurético tipo B (BNP). A apnéia moderada/ grave foi definida pelo índice de apnéia-hipopneia (IAH) maior ou igual a 15,0 eventos por hora. **Resultados:** Houve alta prevalência de apneia do sono moderada / grave (n = 14, 53,8%) nesta população. IAH médio foi de 20,9 / h ± 15,9). A idade variou de 22 a 67 anos, com média de 46 e predomínio de homens (77%). A etiologia da pericardite foi principalmente idiopática (77%). Quinze pacientes (58%) estavam em classe funcional III / IV. Os principais achados foram:fração de ejeção média (%) 59 ± 9, VO2 máximo (18,57 ± 5,5ml/kg/min), BNP =160 ± 112pg/dL (mediana, Q3- Q1: 143pg/dL, 126-454), espessura do pericárdio (6,9 ± 3,6mm). Os pacientes com apnéia do sono moderada / grave tinham níveis mais elevados de BNP (204,64 ± 125,96pg/dL vs. 109,58 ± 67,25pg/dL, p = 0,03) e maior risco EuroSCORE (1,5 ± 0,99% vs. 0,90 ± 0,26%; p = 0,02), quando comparados aos pacientes sem apnéia do sono. **Conclusão:** Nosso estudo mostrou que a apnéia do sono é comum em pacientes com pericardite constritiva crônica, especialmente naqueles com sinais de alto risco. Estes resultados podem sugerir um papel importante dos distúrbios do sono no prognóstico desta doença.

40805

Melhora da capacidade funcional após pericardiectomia em pacientes com pericardite constritiva

DIRCEU THIAGO PESSOA DE MELO, ANA SAYEGH, FRANCIS RIBEIRO SOUZA, MARIA JANIEIRE DE NAZARE NUNES ALVES, FELIX JOSE ALVAREZ RAMIRES, RICARDO RIBEIRO DIAS, VERA MARIA CURY SALEMI, CARLOS EDUARDO NEGRÃO, CHARLES MADY e FABIO FERNANDES.

InCor - HC- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os pacientes com pericardite constritiva crônica (PCC) têm sinais e sintomas de insuficiência cardíaca e baixa tolerância ao exercício. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da pericardiectomia sobre a capacidade funcional em pacientes com PCC. **Métodos:** Foram analisados prospectivamente 20 pacientes consecutivos com PCC confirmada pela cirurgia, ressonância cardíaca e sinais/sintomas de insuficiência cardíaca. Foram comparadas as mudanças na capacidade funcional por teste ergoespirométrico realizado no pré e pós-operatório em pacientes submetidos pericardiectomia. Adicionalmente, foram realizados avaliação clínica, de qualidade de vida (Questionário Minnesota), ecocardiograma transtorácico e dosagem dos níveis plasmáticos do peptídeo natriurético tipo B (BNP). **Resultados:** A idade variou de 37 a 53 anos, com média de 45 anos. A etiologia foi principalmente idiopática (80%). Onze pacientes (55%) apresentavam classe funcional III / IV, com FEVE = 0,63 ± 0,03. A espessura média do pericárdio medida pela ressonância cardíaca foi 7,7 ± 3,8mm. A média do BNP =133 ± 67pg/dL. No pré-operatório, houve redução do consumo de oxigênio (VO2 pico 18,9 ± 6,0mL/kg/min, 62,5% do previsto). Após a pericardiectomia, VO2 pico aumentou significativamente (25,1± 6,0mL • kg • min, p <0,001;. 85,2% do previsto). Houve também um aumento significativo da frequência cardíaca máxima (136 vs. 158 + 6 + 6bpm, p = 0,01, respectivamente), da ventilação de pico (51 + 3 vs. 65 + 4L/min, p = 0,04, respectivamente) e velocidade máxima (2,4 ± 0,1 vs 3,2 ± 0,2mph, p = 0,003, respectivamente). Não houve diferença na relação de troca respiratória (1.09+ 0.03 vs. 1.16 + 0.02, p = 0,19). O VO2 pico pós-operatório apresentou correlação significativa com BNP-pós (r = - 0,73; p <0,0001), Minnesota-pós (r = - 0,68; p <0,0001) e VO2-pré (r = 0,72; p <0,0001). **Conclusão:** Este estudo demonstra que pacientes com PCC que foram submetidos pericardiectomia apresentaram importante melhora na capacidade funcional e qualidade de vida. Estes resultados sugerem um papel para a ergoespirometria na seleção de pacientes com pericardite constritiva para cirurgia e na avaliação da resposta ao tratamento.

40818

Impacto da fibrilação atrial no prognóstico e evolução pós-alta de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, ROBERTO KALIL FILHO e ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

Instituto do Coração (InCor) - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) é arritmia frequente em pacientes (pts) com insuficiência cardíaca (IC) e sua presença pode modificar a evolução dos portadores desta síndrome. Os dados quanto à influência da FA no prognóstico da IC não são homogêneos, com dados mostrando piora e outras não alterando o prognóstico. **Objetivo:** Neste estudo procuramos verificar se a presença de FA modificaria a evolução dos pts internados para compensação da IC no ano de 2014. **Pacientes:** Em nossa enfermaria, em um Hospital Terciário de São Paulo, foram internados de janeiro a junho de 2014, 132 pts com IC aguda. Os pts tinham idade média de 65,4±13,0 anos, sendo a maioria homens (59,1%). A principal etiologia da cardiopatia foi a doença coronária (34,9%) seguida pela dilatada (30,3%) e a chagásica (22,7%). Oitenta e três (62,9%) pts apresentaram insuficiência renal (IR), 43,2% uma infecção (pulmonar ou urinária), 57,6% dos pts já haviam passado pelo Pronto Socorro ou tinham sido anteriormente hospitalizados por IC, 69,7% dos pacientes necessitaram dobutamina para compensação e o tempo médio de hospitalização foi de 30,0±18,9 dias. **Métodos:** Na comparação das variáveis foram utilizados os testes U de Mann-Whitney e o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher. **Resultados:** A FA foi detectada em 61 (46,2%) dos pts, estando 52,5% em anticoagulação oral. Na comparação das variáveis clínicas e laboratoriais, observou-se associação da FA com a etiologia chagásica (31,1% VS 15,5%; p=0,032) e o aumento do diâmetro do átrio esquerdo (49,4±6,0 VS 46,6±6,7mm; p=0,005). Trinta e quatro pts (25,8%) morreram durante a hospitalização e a mortalidade hospitalar foi semelhante nos pacientes com e sem FA (27,9% VS 23,9%; p=0,607). Dos 98 pacientes que receberam alta e permaneceram em seguimento, não houve diferença na mortalidade dos pacientes com e sem FA (31,8% VS 22,2%; p=0,285). Foi observado maior tendência de reinternação nos pacientes com FA (52,3% VS 33,3%; p=0,059). **Conclusão:** Em pacientes com IC avançada, a FA é muito frequente e embora não tenha sido observada influência no prognóstico, a FA esteve associada com maior tendência de reinternação.

40821

Registro de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada internados em hospital cardiológico privado

MARCELO WESTERLUND MONTERA, YVANA MARQUES PEREIRA, LEONARDO BAUMWORCEL e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospiatl Pró-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Temos poucos registros no Brasil que demonstrem o perfil clínico dos pacientes com insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD), admitidos em hospitais privados. **Objetivo:** Observar o perfil epidemiológico de pcts c/ICAD de um hospital privado c/ centro de insuficiência cardíaca. **Métodos:** Esta é uma série de casos, consecutiva, de 1760 pcts admitidos entre 10/2005 a 12/2012, c/ICAD. **Resultados:** Idade media 77,8±36 anos,58% sexo masculino e 80% dos pct com idade > 65 anos. A ICAD crônica agudizada em 89%. Fator causal: 49% cardiomiopatia isquêmica, 21% cardiomiopatia dilatada e 19% cardiomiopatia hipertensiva. Fatores precipitantes da IC em 63,8% dos pcts, sendo os mais comuns: dieta inadequada (21%); infecção respiratória (17,4%) isquemia miocárdica (10%) fibrilação atrial (9%), iatrogenia (8%). A formas de apresentação foram: IVE 41,4%, ICC 39%; edema agudo de pulmão 15,6%; choque cardiogênico 4%. A PAS na admissão: 60% > 130mmhg; 26,9% entre 90-130mmHg;3,1% < 90mmHg. 24,3% em fibrilação atrial e 24,8% em ritmo de marcapasso. FEVE media =30,4±23%, sendo 60,6% c/FEVE < 45%. A terapêutica antes da admissão: betabloqueadores (59%), IECA/BRA (30%), diuréticos (54%), epironolactona (21%), hidralasina+ Nitrato (13%). Terapêutica admissional intra-venosa: Furosemida (57,7%), Nitroglicerina (54%), Nitroprussiato de Sodio (1,3%) Dobutamina(3,3%). Terapêutica admissional oral foi utilizado: betabloqueador (42%) ; IECA/BRA (30%); hidralasina+Nitrato (8,4%) diurético (12,5%); espironolactona (14%). O tempo médio de internação foi 7 dias para IC não complicada e de 11 dias para IC complicada. A mortalidade intra-hospitalar foi de 7,6% .Terapêutica da alta hospitalar: Betabloqueador 66%; IECA/BRA 54%; Hidralasina + nitrato 30%; diuretico 46%; espironolactona 46%; cumarinico: 16,6%. Em tres meses a taxa de reinternação foi de 39%. **Conclusão:** Num hospital privado c/ centro de insuficiencia cardíaca as características dos pcts c/ICAD demonstraram: uma população idosa, c/baixa prevalencia de choque cardiogênico, e alta prevalencia de IC diastólica. A maioria dos pcts apresentam IC crônica agudizada e se identifica a presença de um fator precipitante em 2/3 dos pcts. Se observou na admissão hospitalar que menos de 50% dos pcts estavam em uso de vasodilatadores ou IECA/BRA e somente 59% em uso de BB. Na alta hospitalar, se obteve um aumento na taxa de prescrição de betabloqueadores, vasodilatadores, IECA/BRA e epironolactona.

40822

Suporte mecânico circulatório extra-corpóreo em pacientes com choque cardiogênico

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, BRUNO MARQUES, MARCELO RAMALHO FERNANDES, LEONARDO BAUMWORCEL, ARNALDO RABISCHOFFSKY, FERNANDO BORGES RODRIGUEZ e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospiatl Pró-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A mortalidade dos pcts com Choque Cardiogênico (CC) associada a falência orgânica múltipla (FOM) é de 80% a 100%. A utilização do balão intra-aórtico (BIA) ou do suporte inotrópico, não demonstraram beneficios na melhora da sobrevida destes pcts. O uso de suporte mecânico circulatório de fluxo contínuo para-corpóreo (SMC-fc-pc) nos pcts c/ CC e FOM tem demonstrado uma sobrevida de 40% a 70%. **Objetivo:** Avaliar os beneficios do implante de SMC-fc no CC c/FOM em um centro de IC no Brasil. **Métodos:** Este é uma série de casos, no período de 02/2012 a 05/2014, de 15 pcts com CC: 9 pcts pós IAM e 5 pcts c/cardiomiopatia isquêmica, 2 pct cardiomiopatia dilatada. Idade média de 60,0 ± 6 anos. 7 pcts foram para suporte do VE e 8 pcts suporte biventricular, em que foram implantados 7 CENTRIMAG; 8 ECMO. O SMC-fc-pc foi em 1 pct como ponte para recuperação, 4 pcts como ponte para SMC terapêutica definitiva e 5 pcts como ponte para transplante cardíaco, 6 c/ponte para outro tipo de SMC-fc-pc. O tempo médio para o implante foi de 2,5± 1,1 dias. Foram avaliados: a sobrevida intra-hospitalar; desenvolvimento de complicações relativas ao SMC-fc-pc e complicações clínicas. Na análise dos resultados foram utilizados test de t para amostra não pareada e teste Qui-Quadrado, considerando p< 0,05. **Resultados:** A sobrevida intra-hospitalar foi 46,6%. 40% dos pcts apresentaram complicações pelo SMC: 2 eventos embolicos, 2 tromboses do SMC, 1 Insuficiência Aortica,1 trombocitopenia, 2 infeção do SMC, 1 isquemia de membro. 73,3% dos pcts desenvolveram complicações clínicas. Não observamos diferenças entre os pcts que evoluiram p/óbito vs os que sobreviveram em relação: idade (p=0,15); causa do CC (p=0,1); tempo para implante (p=0,5) tipo de SMC (p=0,3), complicações do SMC (p=0,7) e complicações clínicas (p=0,85). Tempo médio de internação foi de 68 ± 46 dias, e de permanência c/ SMC-fc foi de 40± 37 dias. **Conclusão:** A utlização do SMC-fc-pc deve ser opção terapêutica prioritária para pcts c/ CC e FOM , por apresentar melhora na sobrevida. Estes pcts apresentam alta incidência de complicações clínicas, exigindo alta complexidade em seu manuseio.

40823

Transporte inter-hospitalar de pacientes em choque cardiogênico. Análise da segurança e benefícios

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, BRUNO MARQUES, LEONARDO BAUMWORCEL, MARCELO IORIO GARCIA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospiatl Pró-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A utlização de suporte mecânico circulatório para-corpóreo (SMC-pc) no tratamento do choque cardiogênico (CC) c/falência orgânica (FO), oferece importante benefícios na melhora clínica e da sobrevida. Para o implante destes dispositivos é necessário hospitais com equipe multidisciplinar especializada. Os hospitais que não tenham condições técnicas de realizar o implante ou manutenção do SMC, podem realizar a transferência destes pcts para centros especializados. **Objetivo:** Avaliar a segurança e benefício do transporte inter-hospitalar realizado por um centro especializado, no estado do Rio de Janeiro, de pcts c/ CC e c/ FO. **Métodos:** Este é uma série de casos, no período de 03/2013 a 01/2015, de 7 pcts c/CC e FO: 3pcts pós-Infarto Agudo do Miocárdio, 2 pcts c/ Hipertensão Arterial Pulmonar, 2 pcts c/ Cardiomiopatia Dilatada. Idade média de 50,7 ± 16,3 anos. Quanto aos locais de transporte: 4 no munícipio do Rio de Janeiro, 2 de outros municípios, 1 de outra cidade. **Resultados:** O transporte foi terrestre por ambulancia em 6 pcts e por avião em 1 pct. 5 pcts estavam em SMC durante o transporte: 3 ECMO, 1 Centrimag, 1 Balão intra-aórtico. O tempo médio de solicitação para a realização do transporte após o inicio do quadro de CC foi 7 ± 4,2 dias. O tempo mediano de transporte foi de 49,7 minutos. Durante o transporte não ocorreram complicações clínicas, hemodinâmicas ou técnicas relacionadas aos SMC. Evolução pós-transferência: 5 pcts migraram para outro tipo de SMC (2 ECMO, 5 centrimag, 3 SMC intra-corpóreo) 2 pcts instalaram SMC-pc (ECMO e Centrimag). Foi observado 57% de mortalidade por falência orgânica múltipla, e 43% obtiveram alta hospitalar: 1 pct transplante cardíaco, 2 pcts c/SMC intra- corpóreo como terapia de destino. **Conclusão:** 1) Este é o primeiro relato no Brasil de transporte inter-hospitalar de pacientes com CC e FO em SMC, por via terrestre ou aérea, que demonstraram serem seguros quando realizados por equipe especializada. 2) Estes resultados demonstraram a possibilidade de hospitais c/ pcts c/CC e FO que não tenham condições técnicas para implante ou manutenção do SMC de realizarem a transferência para um centro especilizado para o implante do SMC.

40824

Benefícios de terapêutica para resgate de órgãos em pacientes com insuficiência cardíaca aguda associada a disfunção orgânica

MARCELO WESTERLUND MONTERA, LEONARDO BAUMWORCEL e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospital Pró-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca aguda descompensada (ICAD) pode evoluir com disfunção orgânica (DO) em decorrência a congestão sistêmica e baixo débito cardíaco. A estratégia terapêutica da associação de inotrópicos com doses elevadas de diuréticos podem melhorar o fluxo dos órgãos, e consequente resgate dos órgãos acometidos pela disfunção orgânica. **Objetivo:** Avaliar os benefícios da estratégia terapêutica de inotrópicos associada a diuréticos, em pacientes com ICAD c/ baixo débito, na melhora da disfunção orgânica. **Delineamento e Métodos:** Este é um estudo observacional de 09/2012 a 02/2015, de uma coorte de 35 pacientes com ICAD com sinais de baixo débito (sinais clínicos de hipopefusão periférica e ou IC < 2,1 l/m/m2 medido ecocardiorama ou bioimpedancia) e c/ alguma DO: insuficiência renal (IRA) disfunção hepática (DH), metabólica,e da coagulação. Idade media de 71±10 anos. PAS: 94±12mmhg; FEVE: 25,5±16%%; BNP mediana: 1370. PSAP: 55±8,0mmHg. Todos foram tratados c/milrinona, e furosemida intravenosa (85±42mg/24hs). Associação c/Hidroclorotiazida (19pcts), espironolactona (21pcts), epinefrina (3pcts), noradrenalina (4pcts), Dobutamina (1pct). Foram avaliados os efeitos pós-terapêutica na melhora da DO: IRA:Creatina (Cr) e ureia (U) séricas; DH: TGO, TGP,Bilirrubina totais (BT); Metabólica: Lactato arterial e coagulação: INR. Na análise dos resultados foram utilizados test de t e Wilcoxon para amostras pareadas, considerando p < 0,05. **Resultados:** Foram observados DO: 20% 1 órgão, 17% 2 órgãos, 40% 3 órgãos, 23% 4 órgãos. 93% c/IRA, 70% c/DH ,70% c/ alteração metabólica e 74% c/INR alterado. Ocorreu melhora da DO após a terapêutica em: 96,8% da função renal Cr:2,0±0,6 vs 1,2±0,3; ic-95%:-1,0 a -0,5; p < 0,0001; Ureia:111±42 vs 61±22; ic-95%:-64 a -35; p < 0,0001; 100% da TGO:374,5 vs 88,5; p=0,007; e 81% da TGP:167 vs 73; p=0,001; 91% da BT:2,3±0,9 vs 1,3±0,8,ic-95%:-0,4 a -0,18, p < 0,001;87% melhora do INR:1,54±0,36 vs 1,2±0, 28,ic-95%:-0,4 a -0,18;P < 0,0001;81% do lactato: 2,3±0,7 vs 1,2±0,3; ic-95%%:-1,0 a -0,5;p < 0,0001. Nos pacientes com DO se observou normalização dos valores séricos em: TGO e TGP: 41%; BT:58%; INR: 47,8%; U:25%; Cr: 56%; Lactato: 56%. 3pcts apresentaram fibrilação atrial, 1pct desenvolveu hipotensão arterial, 3 pacientes evoluíram c/óbito por sepses. **Conclusão:** A utilização de estratégia terapêutica de inotrópicos associados a diuréticos, para resgate da DO na ICAD se mostrou eficaz e com baixa morbidade.

40825

Suporte mecânico circulatório extra-corpóreo com prolongado com Centrimag como ponte para transplante cardíaco em pacientes pós-choque cardiogênico

ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, MARCELO WESTERLUND MONTERA, MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT, BRUNO MARQUES, MARCELO RAMALHO FERNANDES, LEONARDO BAUMWORCEL, FERNANDO BORGES RODRIGUEZ e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospital Pró-Cardíaco Centro de Insuficiência Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Os pacientes com choque cardiogênico (CC) ou insuficiência cardíaca refratária que necessitam do suporte mecânico circulatório extra- corpóreo (SMC-EC) para suporte da hemodinâmico e das funções orgânicas, a maioria evolui sem recuperação da função ventricular e explante do dispositivo, e necessitam serem submetidos a transplante cardíaco ou implante de SMC intracorpóreo. O tempo médio de espera de realização do TxC no Rio de Janeiro é de 6 meses. 35% dos pacientes evoluem para o óbito durante este período. Este relato de caso, demonstra a evolução clínica e as complicações do SMC-EC prolongado como ponte para TxC em pacientes pós-CC dependentes de SMC - EC, comomponte para TxC. **Relato de caso:** Dois pacientes com cardiomiopatia dilatada, foram admitidos com CC na sala de emergência e tratados inicialmente c/inotrópicos e suporte c/balão intra-aórtico. Após 8 e 22 dias, foram submetidos ao implante de SMC-EC,Centrimag. 1 como suporte biventricular e outro como suporte do ventrículo esquerdo. Os pacientes evoluiram c/melhora hemodinâmica e das funções orgânicas: Pressão arterial media: 60mmHg para 80mmHg; função hepática; TGO: 209±188 para 40±36;TGP: 465±550 para 40±36; Bilirrubina total: 2,8±1,6 para 1,4±0,2; INR: 1,7±0,6 para 1,1±0,1; Função Renal: Ureia: 120±92 para 39±32; creatinina: 1,6±1,1 para 0,9±0,2. O tempo de permanência com SMC-EC até a realização do TxC, foram de 101 dias e 64 dias. Os pacientes apresentaram complicações em decorrencia do SMC-EC: eventos embolicos cerebral, renal,figado e baço, endocardite com troca por um novo SMC-EC, sangramento gastro-intestinal. Os tempos de internação foram de 136 dias e 116 dias. Ambos os pacientes tiveram alta hospitalar, assintomátiocs após a realização do TxC, sem sequelas orgânicas ou neurológicas. **Discussão:** A utilizaçao do SMC-EC, Centrimag, por tempo prolongado, é uma alternativa para os pacientes pós-choque cardiogênico, depentes do SMC, como ponte para TxC. Em decorrencia do uso prolongado do SMC-EC, podemos apresentar uma alta taxa de complicações: eventos embólicos, infecciosos e hemorrágicos. Portanto para estes pacientes o implante de SMC intracorpóreo como ponte para TxC, poderia ser uma alternativa a ser avaliada, por apresentar um menor taxa de complicações pelo SMC e uma sobrevida similar ao TxC no primeiro ano pós implante.

40827

Doença arterial coronariana e artrite reumatóide

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, JANE ANUNCIACAO CORDEIRO, CLEISE VAZ DA COSTA SOLINI, LUAM VIEIRA DE ALMEIDA, ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA, CAROLINA CRISTINA CRUZ DE SOUZA, ROBERTA RIBAS TASCA, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DE O GONCALVES, LARISSA BETANIA DE SOUSA, GRAZZIELA VIEIRA CIRQUEIRA e ALEXANDRE DE SOUSA ROCHA.

Hospital Balbino, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Curso Intensivo de Revisão em Cardiologia Clínica, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica que acomete 0.2 a 2.0% da população brasileira. Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que pacientes com AR apresentam de 5 a 10 anos a menos de expectativa de vida em relação à população em geral. Essa diminuição está relacionada ao maior risco de doenças cardiovasculares, que é 2 a 5 vezes maior que na população em geral. **Análise estatística:** Há evidências de que pacientes com AR apresentam aterosclerose e calcificação coronária mais extensa em relação a indivíduos sem, sugerindo que este aumento de eventos cardiovasculares seria o reflexo de maior e mais precoce atividade aterosclerótica. Foi demonstrado, pela avaliação do escore de calcio, que estes pacientes apresentam precocemente maior calcificação em artéria aorta, artérias carótidas e artérias coronárias quando comparados com o grupo controle. Além disso, foi demonstrado que a maior extensão de calcificação coronária está associada com a cronicidade e gravidade de AR, sendo assim, considerada como fator independente para aumento da espessura das camadas íntima e média das artérias. Um marcador extensamente pesquisado é a presença de um fator reumatóide (FR). Em diferentes estudos, níveis elevados de FR estiveram diretamente relacionados com um maior risco de morte e de eventos combinados, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e doença vascular periférica. Alguns autores sugerem ainda que, mesmo na ausência de AR, pessoas com FR positivo possuem maior risco de doença cardiovascular. Poucos pacientes com AR apresentaram doença triarterial em comparação com indivíduos sem AR (32% X 61%; p < 0,018) e a doença aterosclerótica tendia a ser até mesmo menor. No entanto, observou maior atividade inflamatória em placas ateroscleróticas presentes nas artérias circunflexa e descendente anterior, sendo 48% das placas em descendente anterior classificadas como vulneráveis em comparação com apenas 22% em pacientes sem AR (p=0,018). **Resultados:** Há crescente evidência, por estudos clínicos controlados, de que pacientes com AR apresentam aterosclerose e calcificação coronária mais extensa em relação a indivíduos sem AR, sugerindo que este aumento de eventos cardiovasculares seria o reflexo de maior e mais precoce atividade aterosclerótica.

40828

Valvoplastia de prótese biológica

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, CLEISE VAZ DA COSTA SOLINI, JANE ANUNCIACAO CORDEIRO, LUAM VIEIRA DE ALMEIDA, ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA, CAROLINA CRISTINA CRUZ DE SOUZA, ROBERTA RIBAS TASCA, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DE O GONCALVES, FABIO RODRIGUES DE ANDRADE, LARISSA BETANIA DE SOUSA e GRAZZIELA VIEIRA CIRQUEIRA.

Hospital Balbino, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Curso Intensivo de Revisão em Cardiologia Clínica, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Relato de caso: HPS, masculino, 62 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, doença pulmonar obstrutiva crônica, portador de insuficiência renal moderada (clearance de creatinina 36mL/min), cirurgia de revascularização miocárdica há 13 anos, angioplastia coronariana prévia com stent e troca valvar mitral com implante de prótese biológica há 07 anos, deu entrada com queixa de dispnéia aos pequenos esforços que progrediu para dispnéia em repouso (CF IV - NYHA). Ao exame físico, o paciente encontrava-se algo confuso, hipocorado, bastante emagrecido, dispneico e com notável desconforto respiratório. Sinais vitais: PA 100x60mmHg, FC 85bpm, SO2 85%, FR 35irpm, Ritmo cardíaco regular em 3 tempos com B3 e sopro diastólico em foco mitral. Internado em UTI e iniciada infusão de dobutamina e diuréticos com melhora clínica relativa em 24h. Realizou ecocardiograma que evidenciou disfunção do ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção de 33%, aumento do átrio esquerdo (AE 49mm), prótese mitral biológica espessada com pouca mobilidade gerando estenose mitral (EM) moderada a grave com área valvar 0,8cm², gradiente médio AE-VE de 18mmHg, pressão de artéria pulmonar (PSAP) 55mmHg. Devido as comorbidades e escore de risco (EUROSCORE II 59%) extremamente elevado, indicou-se realização de valvoplastia de prótese biológica em posição mitral. Procedimento realizado com cateter balão pela tecnica de Inoue, procedendo-se a inflação do mesmo com 26mm, obtendo-se como resultado gradiente diastólico de 3mmHg, área valvar de 1.5cm² e melhora clínica exuberante (CF II - NYHA). **Conclusão:** No caso em questão a indicação do procedimento percutâneo de valvoplastia foi a modalidade terapêutica de escolha devido ao alto risco cirúrgico, a despeito da pouca experiência da literatura médica no que tange a dilatação de próteses biológicas em posição mitral. Vale ressaltar a significativa melhora clínica obtida com o procedimento.

40829

Estudo da correlação da porcentagem alcançada da distância predita no TC6' com a gravidade da doença na cardiopatia chagásica crônica

AMANDA CRISTINA SAVI TRESOLDI, LUCIANO FONSECA LEMOS OLIVEIRA, ANDERSON DONIZETI RODRIGUES DIAS, EDUARDO ELIAS VIEIRA DE CARVALHO, DENISE MAYUMI TANAKA, CAMILA QUAGLIO BERTINI, LIVIA ARCÊNCIO DO AMARAL, PEDRO VELLOSA SCHWARTZMANN, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, MARCUS VINICIUS SIMÕES e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Está bem estabelecido que a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6') é importante ferramenta auxiliar na estratificação da gravidade do paciente com insuficiência cardíaca (IC). Entretanto, acreditamos que pacientes com IC de etiologia chagásica, em decorrência do acometimento mais precoce, toleram maiores distâncias no TC6 por possuírem uma melhor massa muscular periférica. Dessa forma, torna-se necessário acrescentarmos informações em relação ao predito para o próprio paciente ao invés de somente analisarmos um valor pré-estabelecido para pacientes com IC (Eur J Heart Fail. 2003 Jun;5(3):247-52. **Objetivo:** Avaliar a correlação do percentual atingido da distância predita no TC6' com a gravidade da doença em pacientes com IC de etiologia chagásica. **Delineamento e Métodos:** Estudo retrospectivo em um banco de dados de pacientes com IC de etiologia chagásica que realizaram o TC6' entre janeiro de 2009 e abril de 2015. Foram triados os pacientes que realizaram teste cardiopulmonar (TCP) e ecocardiograma em intervalo de tempo de até 6 meses do TC6. Sendo incluídos 28 pacientes, divididos em 2 grupos: G1 (distância atingida acima de a 85% do predito, n=17) e G2 (distância atingida abaixo de 85% do predito, n=11). **Resultados:** Não houve diferença significativa na idade (57,8±12,2 vs 58,1±15,6 anos; p=0,98), FEVE (29,3±13,9 vs 28,1±5,7%, p=0,8) entre G1 vs G2, respectivamente. No TCP, o G2 apresentou redução no VO_2max (10,1±2,1 vs 15,7±3,3ml/Kg/min; p=0,002), VO_2 no limiar de anaerobiose ventilatório (8,1±1,7 vs 10,5±1,7ml/Kg/min; p;0,02), potência circulatória (1124±248 vs 2079±611 (ml/Kg/min)/mmHg; p=0,008) e aumento do VE/VCO_2 slope (53,3±14,5 vs 34,9±12,5; p=0,01) em relação ao G1. Considerando todos os pacientes, a porcentagem da distância predita se correlacionou com o VO_2pico (r=0,66, p=0,003), VO_2 no limiar de anaerobiose ventilatório (r=0,59, p=0,01), VE/VCO_2 slope (r=-0,59, p=0,01), potência circulatória (r=0,67, r=0,002), porém não se correlacionou com a fração de ejeção (r=0,13, p=0,53). **Conclusão:** Os achados do presente estudo nos permite concluir que a porcentagem da distância predita no TC6' possa ser uma variável útil na identificação de pacientes com maior gravidade nesta doença.

40830

Correlação entre a força muscular respiratória e fadiga autorrelatada na insuficiência cardíaca

ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, SERGIO S.M.C. CHERMONT, EVANDRO TINOCO MESQUITA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, RAFAEL DE MENEZES SILVA, THAIS BESSA, JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO, BRUNO BOMPET DOS SANTOS e CLAUDIA OLIVEIRA DE ANDRADE.

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A função dos músculos respiratórios pode estar afetada na insuficiência cardíaca (IC) e isso pode reduzir o fluxo sanguíneo para a musculatura periférica, gerando atrofia muscular generalizada podendo levar a fadiga, determinando limitação para a realização das atividades da vida diária. Daí a necessidade de identificar a correlação que a força muscular respiratória tem com o autorrelato da fadiga de pacientes com IC para que as intervenções sejam propostas de forma direcionada, sistematizada e fundamentada. **Delineamento e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo observacional retrospectivo. Foram analisados 12 prontuários de pacientes, na Clínica de Insuficiência Cardíaca. Foi aplicado o questionário Dutch Fatigue Scale (DUFS) e a Dutch Exertion Fatigue Scale (DEFS) para avaliação da fadiga. A avaliação da força muscular foi realizada através da manovacuometria com uso de manovacuômetro. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A análise descritiva foi apresentada em média e desvio padrão (DP). O teste de normalidade para as variáveis estudadas indicou distribuição normal dos dados pelo teste de Kolmogorov- Smirnov, o que permitiu a utilização de teste paramétrico para os dados. **Resultados:** Na força muscular respiratória a pressão inspiratória máxima (Pimáx) foi de - 56±20 cmH2O (Predito - 81±4 cmH2O), e a pressão expiratória máxima (Pemáx) 41±19 cmH2O (Predito 80±7 cmH2O). Em relação à fadiga autorrelatada obteve as seguintes médias DUFS 25±8 e DEFS 21±12. Houve correlação fraca e significativa entre a Pemáx e o DEFS (r= -2,89; p=0,362). Houve correlação inversa, significativa e de forte intensidade entre a Pimáx com o DUFS (r= -0,70; p=0,016) e uma correlação inversa, significativa e de moderada intensidade da Pimáx com o DEFS (r= -0,628; p=0,029). **Discussão:** Estudos mostram que pacientes com IC tem redução da Pimáx, no entanto entre o NYHA II e III há uma piora significativa da Pemáx. No entanto, observamos que a Pimáx tem uma maior influência na fadiga autorrelatada. **Conclusão:** Os resultados mostram que os indivíduos com IC apresentam uma maior fadiga ao repouso do que ao esforço. Quanto pior a Pimáx maior é o grau de fadiga ao esforço e em repouso. No entanto a Pemáx influencia apenas na fadiga autorrelatada ao esforço através do questionário Dutch fatigue Scale.

40831

Fístula mamária-descendente anterior após cirurgia de revascularização miocárdica

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, CLEISE VAZ DA COSTA SOLINI, JANE ANUNCIACAO CORDEIRO, LUAM VIEIRA DE ALMEIDA, ALINE DOS SANTOS NOGUEIRA, CAROLINA CRISTINA CRUZ DE SOUZA, ROBERTA RIBAS TASCA, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DE O GONCALVES, ALEXANDRE DE SOUSA ROCHA, LARISSA BETANIA DE SOUSA e GRAZZIELA VIEIRA CIRQUEIRA.

Hospital Balbino, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Curso Intensivo de Revisão em Cardiologia Clínica, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso, dislipidêmico, com história de infarto agudo do miocárdio e cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) há 5 anos. Internado com quadro de dispnéia aos pequenos esforços em repouso e dor torácica. O eletrocardiograma da admissão era de ritmo sinusal com alterações inespecíficas da repolarização. Os exames laboratoriais não apresentavam grandes alterações e sem alteração das enzimas miocárdicas. Ecocardiograma com disfunção moderada do ventrículo esquerdo (VE) e com hipocinesia apical. Foi encaminhada à coronariografia para estudo de pontes e evidenciou disfunção leve/moderada do VE, hipocinesia apical, artéria coronária direita ocluída na origem, tronco de coronária esquerda sem lesões, descendente anterior (DA) contorna o ápex com lesão grave (90%) no segmento médio que comprometia a origem de importante ramo diagonal, ponte de safena para marginal e safena para coronária direita pérvias, anastomose mamária (Mm) para DA ocluída com fístula de moderado débito para ramo superior da artéria pulmonar (RAP). Submetido a angioplastia com implante de stent farmacológico em artéria DA e ramo diagonal (técnica de bifurcação) sob controle ultrassonográfico com sucesso e sem intercorrências. **Discussão:** As fístulas mamária-pulmonar após revascularização miocárdica são raras, porém constituem uma condição que pode evoluir com isquemia por subtração de fluxo da mamária devido a fístula ou pode acarretar baixo fluxo nessa artéria que evolui com oclusão do enxerto. A opção pelo tratamento percutâneo foi resolutivaa para o caso e o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial e 3 meses após o procedimento, totalmente assintomático.

40832

Efeitos do antagonismo de receptores do tipo 1 (AT1) de angiotensina II sobre aspectos metabólicos e cardiovasculares de ratos obesos

MARIANNA RABELO DE CARVALHO, PRISCILLA GOIS BASILIO, LUANA URBANO PAGAN, DIJON HENRIQUE SALOMÉ CAMPOS, PAULA FELIPPE MARTINEZ, CARLOS ROBERTO PADOVANI, ANTÔNIO CARLOS CICOGNA, MARINA POLITI OKOSHI, KATASHI OKOSHI e SILVIO ASSIS DE OLIVEIRA JÚNIOR.

CCBS/UFMS, Campo Grande, MS, BRASIL - FMB/UNESP, Botucatu, SP, BRASIL.

Objetivo: O presente trabalho foi proposto para avaliar os efeitos do antagonismo de receptores do tipo I (AT1) de angiotensina II sobre características metabólicas e a morfologia cardíaca de ratos obesos. **Métodos:** Ratos Wistar (n=48) foram distribuídos em quatro grupos, C e CL, tratados com dieta comercial padrão (2,9kcal/g), OB e OBL, nutridos com dieta hiperlipídica (3,6kcal/g) no decorrer de 20 semanas. Os grupos CL e OBL receberam também Losartan (30mg/kg/dia) por quatro semanas. Foram analisados o perfil nutricional e metabólico, pressão arterial sistólica (PAS) e morfologia macro e microscópica do ventrículo esquerdo (VE). **Resultados:** Tabela 1. **Conclusão:** A obesidade foi acompanhada por importantes alterações nutricionais e no metabolismo de glicose e insulina em ambos os grupos OB. No contexto cardiovascular, a administração Losartan culminou em redução da pressão arterial sistólica e da área cardiomiocitária em ambos os grupos medicados. Apoio: CNPq; FUNDECT/MS.

Tabela 1. Resultados gerais, segundo o grupo

Variáveis	C	OB	CL	OBL
EEnerg (g/kcal)	0,029±0,003	0,036±0,004*	0,029±0,003	0,035±0,002#
Peso (g)	488±28	579±44 *	489±53	557±30 #
Adiposidade (%)	4,64 ± 0,95	7,62 ± 1,55 *	5,14 ± 1,24	7,87 ± 1,69 #
Glicemia (mg/dl)	114 ± 23	128 ± 18 *	113 ± 23	129 ± 15 #
Insulina (ng/dl)	1,12 ± 0,86	2,04 ± 1,37 *	0,71 ± 0,49	2,26 ± 0,99#
TG (mg/dl)	61,4 ± 17,6	72,4 ± 19,1	63,5 ± 13,4	80,9 ± 16,2#
PAS(mmHg)	107 ± 11	106 ± 19	91 ± 14*	81 ± 23#
VE (g)	0,826±0,127	0,884±0,119	0,768±0,101	0,778±0,069#
ASC (µm2)	152±30	145±9	138±29*	131±11#

EEnerg, eficiência energética; TG, triglicérides; PAS, pressão arterial sistólica; MVE, massa de ventrículo esquerdo; ASC: área seccional cardiomiocitária; *p<0,05 vs. C; #p<0,05 vs. OB; †p<0,05 vs. CL; ANOVA e teste de Tukey.

40834

Comparação entre as taxas de insuficiência cardíaca no Brasil e regiões

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, JOSE GLAUCO LOBO FILHO, HERALDO GUEDIS LOBO FILHO, MARCO AURELIO BARROSO AGUIAR, MATHEUS DUARTE PIMENTEL, YAN MENDONCA MAGALHAES, BARBARA LAIS TEIXEIRA FIGUEIREDO, NATHALIA RIBEIRO PINHO DE SOUSA, MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO, AMANDA ZINGARA TELES ROZA e LARISSA FREIRE ALVES NOGUEIRA.

Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca, com suas variadas manifestações clínicas, é um crescente problema de saúde pública, associado a significativa morbimortalidade e gastos com assistência médica. Torna-se, portanto, imprescindível avaliar as taxas epidemiológicas dessa afecção nas cinco regiões brasileiras, comparando-as entre si e com as do país como um todo. (Roger, Véronique L. "Epidemiology of heart failure." *Circulation research*). **Objetivo:** Analisar e comparar dados referentes a alguns dos indicadores de insuficiência cardíaca no Brasil e regiões do país, em cinco anos, de 2010 a 2015. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Nesse estudo transversal e descritivo, comparou-se: número total de internações, média de permanência hospitalar, taxa de mortalidade e valor dos gastos por insuficiência cardíaca no Brasil e em cada região. Utilizou-se o banco de dados DATASUS e as variáveis foram sexo, idade e ano. **Resultados:** No período analisado, o número total de internações foi maior no Sudeste (520 mil) e Nordeste (300 mil), enquanto o menor foi no Norte (66 mil), com mais ocorrências em 2010 (260 mil), dos 70 aos 79 anos (330 mil) e mais em homens que em mulheres (638 mil > 608 mil), exceto no Sul. A média de permanência hospitalar foi menor no Sul (5,9) e maior no Sudeste (7,4) e Norte (6,9), superando a média brasileira (6,7), mais em homens (6,8 > 6,6) e crianças menores de um ano. Em 2015, essa média foi a maior em cinco anos, juntamente com a taxa de mortalidade, que foi maior no Sudeste que no Brasil por inteiro (10,9 > 9,4) e menor no Sul (8,09), mais em mulheres (9,7 > 9,2) e a partir dos 80 anos. Os gastos são maiores no Sudeste (R$ 710 milhões) e Nordeste (R$ 330 milhões) e menores no Norte (R$ 76 milhões), mais dos 70 aos 79 anos (R$ 392 milhões) e nos homens em todas as regiões (R$ 815 milhões > 746 milhões), exceto no Sul. 2014 teve o maior gasto total (R$ 315 milhões), enquanto 2015, o maior gasto médio (R$ 1.523,46), o qual foi maior no Sudeste (R$ 1.355,26) e Centro-oeste (R$ 1347,46) que no Brasil como um todo (R$ 1.251,33). **Conclusão:** É coerente a preocupação dos sistemas de saúde com a elevada morbimortalidade e impacto econômico causado pela insuficiência cardíaca, pois, apesar da diminuição das internações, a permanência hospitalar e mortalidade aumentaram de 2010 a 2015. Ainda, o Sudeste, onde os índices muitas vezes superam os do Brasil, foi o que teve mais gastos, enquanto o Norte, apesar de ter as segundas maiores taxas, foi o que teve menos gastos.

40836

Importância de uma equipe multidisciplinar para reduzir transfusões de sangue alogênico em cirurgias cardíacas

ANTÔNIO ALCEU DOS SANTOS, JOSE PEDRO DA SILVA, LUCIANA DA FONSECA, JOSE FRANCISCO BAUMGRATZ, JOSE HENRIQUE ANDRADE VILA, FELIPE AMORIM MALMEGRIM STELA, ERNESTO LIPPI NETO, FERNANDO AUGUSTO ALVES DA COSTA e JÚLIO GALVÃO DE ARAÚJO NETO.

Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Em todo mundo, nota-se uma demanda crescente de sangue, podendo no futuro não haver sangue alogênico disponível para todas as cirurgias. No Brasil, a necessidade de transfusões sanguíneas crescem a taxa de 1% ao ano, enquanto as doações crescem em 0,5% a 0,7% ao ano. Outro fator importante é o maior risco de morbimortalidade relacionada às hemotransfusões alogênicas. Uma abordagem multimodal com ampliação do conhecimento e experiência entre as especialidades é sempre benéfica para uma melhor decisão terapêutica para o paciente. **Objetivo:** Demonstrar a importância de uma equipe multidisciplinar para gerenciar e conservar o sangue autólogo em dois pacientes portadores de cardiopatia grave.1- Dissecção aguda da aorta ascendente (diâmetro de 69mm) e insuficiência valvar aórtica importante; 2- Doença arterial coronária, estenose aórtica importante (gradiente médio de 55mmHg), estenose mitral importante (área valvar 1,0 cm²), além de anemia e plaquetopenia (61mil/mm³). **Métodos:** O primeiro caso foi cirurgia de urgência. O papel do cardiologista clínico no segundo paciente envolveu corrigir o estado de anemia e plaquetopenia antes da cirurgia. O anestesiologista fez uso da hemodiluição normovolêmica aguda, recuperação sanguínea intraoperatória (cell saver), anestesia hipotensiva e hipotermia controlada, tolerância à anemia. O cirurgião foi fundamental em utilizar técnicas cirúrgicas apuradas, hemostasia meticulosa, uso de agentes hemostáticos sistêmicos e tópicos, desmopressina, menor tempo de circulação extracorpórea, tolerância à anemia. O médico de terapia intensiva contribuiu em controlar o sangramento com agentes que melhoram a atividade dos fatores de coagulação (concentrado de complexo protrombínico e de fibrinogênio humano), reduzir flebotomias rotineiras diárias, solicitar microcoletas de sangue, conduta restritiva de transfusão. **Resultados:** No primeiro caso realizou-se correção da dissecção de aorta com implante de tubo sintético em aorta ascendente e plastia valvar aórtica. No segundo paciente realizou-se troca valvar mitral e aórtica por próteses biológicas e revascularização miocárdica (anastomose de artéria torácica interna esquerda para artéria descendente anterior). Ambas as cirurgias ocorreram sem intercorrências, utilizando-se apenas o sangue autólogo. **Conclusão:** Com o apoio de uma equipe multidisciplinar em gerenciar e conservar o sangue do próprio paciente é possível realizar cirurgias cardíacas graves e complexas sem uso de sangue alogênico.

40839

Resposta aguda do pico de fluxo expiratório no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com insuficiência cardíaca

KAREN SANTOS R. DE CARVALHO, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, GELSOMINA ANGELINA MARTINS COSTA PEREIRA, MARIA APARECIDA ROSA MANHES, LUANA DE DECCO MARCHESE, DANIELLE WAROL DIAS, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, ANTÔNIO JOSE LAGOEIRO JORGE, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) pode ser caracterizada por perda de capacidade funcional devido à dispneia e fadiga. A verificação do pico de fluxo expiratório (PFE) possibilita aferir uma medida da função pulmonar em âmbito ambulatorial e é considerado um método confiável, simples e de baixo custo que quando alterado, revela, o grau de disfunção das vias aéreas proximais. Pouco se sabe ainda sobre o comportamento desta variável na tolerância ao exercício em pacientes com IC. **Objetivo:** Determinar o comportamento do pico de fluxo expiratório em pacientes com IC no TC6M. **Delineamento:** Estudo clínico transversal em pacientes acompanhados em uma clínica especializada de IC. **Pacientes:** 35 pacientes com ICFER, acompanhados em uma clinica de IC. **Métodos:** Os 35 pacientes foram avaliados no mesmo dia pela equipe multidisciplinar sucessivamente pelo enfermeiro, pelo médico, ecocardiografista e pelo fisioterapeuta que avaliou o PFE (*peak flow*), tento pré como pós-teste de caminhada (TC6M), segundo recomendações da ATS. Todas as variáveis foram registradas em uma planilha sistemática e os dados foram submetidos ao teste "*t-student*" e de correlação de *Pearson*, e o valor de p foi considerado significante se ≤ 0,05. **Resultados:** Pacientes com IC, idade 61±12 anos, IMC de 27±5, 22 homens e FEVE < 50%. O valor médio do PFE foi de 284±97 l/m pré-TC6M em repouso e 312±117 imediatamente pós-TC6M (p=0,02). Ocorreu uma significante correlação entre a DP6M e o PFE (r=0,54; p=0,0003). **Conclusão:** Observou-¬se que imediatamente pós-TC6M o PFE teve um aumento significante em relação aos valores pré-exercício que pode ter sido ocasionado por alterações ventilatorias. A significante correlação entre a DP6M e o PFE sugere que quanto maior o PFE maior a DP6M no TC6M em portadores de IC.

40841

HDL colesterol como fator prognóstico na insuficiência cardíaca descompensada

MILENA N CARDOSO, MARCELO VILLAÇA LIMA, JULIANO NOVAES CARDOSO, CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, MARCELO E OCHIAI e ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

Hospital Auxiliar de Cotoxó - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca(IC) é problema crescente na saúde pública, sendo a avaliação prognóstica essencial para condutas e escolhas terapêuticas. A sobrevida pode ser melhor estimada através de marcadores. Valores baixos de HDL colesterol (HDL-c) têm sido descritos como um fator de risco para doenças cardiovasculares, entretanto há poucas evidências sobre seu valor prognóstico na IC. **Objetivo:** Avaliar os níveis e valor prognóstico do HDL c em uma população hospitalizada por Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD). **Delineamento e Métodos:** Em coorte observacional retrospectivo foram analisados prontuários informatizados de 260 pacientes internados por IC descompensada, no período de janeiro a novembro de 2014. Na comparação das variáveis, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para as variáveis contínuas e teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisherpara as variáveis categóricas. Análise de regressão pelo Método dos Riscos Proporcionais de Cox. **Resultados:** Foram incluídos 260 pacientes, sendo 141 homens (54,2%), idade média de 66,1±12,73 anos, fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) média de 35,5±14,7% e diâmetro diastólico de VE médio de 62,0±10,4mm. Houve 56 óbitos durante a hospitalização. Os pacientes que morreram durante a hospitalização apresentaram mais frequente insuficiência renal (76,8% vs 48,5%, p<0,001), infecção (57,1% vs 42,6%, p=0,054), necessidade do uso de inotrópicos (85,7% vs 54,4%, p<0,001), maior diâmetro diastólico médio do VE (64,6±9,4 vs 61,4±10,6mm, p=0,013), menor fração de ejeção do VE (30,7±10,6 vs 36,8±15,3%, p=0,019), menor nível de hemoglobina (12,3±2,1 vs 13,3±2,2g/L, p=0,003), menores níveis de HDL (30,5±14,9 vs 38,3±15,0mg/dL, p=0,015). Na análise da curva ROC, foi determinado um ponto de corte de 30mg/dL para estratificação do risco de morte em relação ao HDL. Na análise de regressão ajustado para as variáveis clínicas e laboratoriais na admissão, o HDL ≤30mg/dL foi o único preditor independente de morte hospitalar [HR=2,9 (IC95%: 1,2 – 6,6), p0,015]. **Conclusão:** Os dados sugerem que HDL-c baixo é fator de pior prognóstico em pacientes hospitalizados por ICD.

40843

Preditores do risco de eventos arrítmicos graves em pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia não isquêmica

LUIS EDUARDO ROHDE, MAURICIO PIMENTEL, ANDRÉ ZIMERMAN, DIEGO CHEMELLO, VANESSA GIARETTA, MICHAEL ÉVERTON ANDRADES, DAIANE NICOLI SILVELLO DOS SANTOS e LEANDRO IOSCHPE ZIMERMAN.

Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A estratificação do risco de eventos arrítmicos graves em pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia não isquêmica (ICNI), é um importante desafio clínico. **Objetivo:** Determinar o valor de diferentes testes não invasivos e invasivos para ocorrência de eventos arrítmicos graves em pacientes com ICNI. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 106 pacientes com ICNI submetidos à avaliação clínica e laboratorial, ecocardiograma bidimensional, Holter de 24h, teste de esforço cardiopulmonar (TECP) e estudo eletrofisiológico invasivo. **Resultados:** Durante seguimento médio de 493 ± 300 dias, o desfecho primário (síncope, terapia apropriada por cardioversor-desfibrilador implantável ou morte súbita cardíaca) ocorreu em 10 (9,4%) pacientes. O desfecho secundário evento arrítmico grave ou morte por qualquer causa ocorreu em 15 (14,1%) pacientes. Na análise multivariável, etiologia alcoólica (HR 9,96; IC95% 1,8-55; p = 0,008), presença de ventilação periódica no TECP (HR 8,4; IC95% 1,8-40; p = 0,007) e de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) > 10 batimentos no Holter (HR 25,4; IC95% 4,4-146; p < 0,001) foram os preditores independentes para evento arrítmico grave. A ausência de todos esses fatores (n = 78, 73,6%) identificou um subgrupo de pacientes de muito baixo risco de eventos arrítmicos futuros, com valor preditivo negativo de 97,4%. **Conclusão:** Neste estudo de coorte de pacientes com ICNI, etiologia alcoólica, presença de VP e de TVNS > 10 batimentos foram preditores independentes para ocorrência de eventos arrítmicos graves. A presença e ausência destas características identificam, respectivamente, subgrupos de alto e baixo risco de eventos arrítmicos graves.

40847

Síndrome cardiorrenal e congestão na alta hospitalar avaliada por bioimpedância vetorial (BIVA) em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca

HUMBERTO VILLACORTA JUNIOR, ALINE PAIVA STERQUE, SALVATORE DI SOMMA, BERNARDO LUIZ CAMPANÁRIO PRECHT, PILAR BARRETO DE ARAÚJO PORTO, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e LUIZ ANTÔNIO DE ALMEIDA CAMPOS.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Unimed Rio, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade de Roma, La Sapienza, Roma, ITÁLIA.

Objetivo: Avaliar a relação da piora da função renal (síndrome cardiorrenal tipo I) e da congestão na alta hospitalar avaliada por bioimpedância vetorial (BIVA) com eventos cardiovasculares em pacientes internados por insuficiência cardíaca (IC). **Métodos:** Foram incluídos 80 pacientes admitidos em uma enfermaria de cardiologia com diagnóstico de IC e fração de ejeção de 35,5±7,8% e que sobreviveram à internação. BIVA foi realizada na admissão na enfermaria e na alta hospitalar. O exame foi feito com um analisador de impedância elétrica e um software específico EFG Renal software (Akern, Pontassieve, Florence, Italy). Os parâmetros de resistência, reactância e ângulo de fase foram medidos e a água corporal total foi estimada através do índice de hidratação (IH). Considerou-se congestão IH > 81%. Síndrome cardiorrenal (SCR) foi definida como aumento >0,3mg/dL na creatinina sérica durante a internação. O desfecho primário foi readmissão por IC ou morte cardiovascular em 90 dias. **Resultados:** A média de idade foi 60,6±15,2 anos e 47 (58,7%) eram homens. Os valores de IH à admissão e alta foram, respectivamente, 86,1±4,5% e 76,6±5,1%. Doze (15%) apresentavam congestão moderada a grave pelo BIVA na ocasião da alta e 43 (53,7%) apresentaram SCR. As medianas de creatinina na admissão, maior creatinina e na alta foram 1,26, 1,66 e 1,18mg/dL. Vinte e quatro (30%) pacientes apresentaram desfecho. A taxa de eventos foi significativamente maior em pacientes congestos comparados a não congestos por ocasião da alta (58,3% vs 25%, p=0,02). Não houve diferença significativa entre pacientes com e sem SCR (34,8% vs 24,3%, p=0,43). As taxas de eventos em pacientes com SCR e congestão na alta, sem SCR e com congestão, com SCR sem congestão e sem SCR e sem congestão foram respectivamente 62%, 50%, 28,6% e 21,2%. **Conclusão:** A presença de congestão por ocasião da alta hospitalar, indicando pacientes não descongestionados adequadamente ou não responsivos é importante determinante de eventos após a alta hospitalar, independentemente da presença de SCR.

40851

Modelo de cuidado de enfermagem em insuficiência cardíaca avançada: Utilização de dispositivos de assistência ventricular esquerda (LVAD) de curto e longo prazo como ponte para transplante cardíaco

LIGIA NERES MATOS, TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARAES, VANESSA SILVEIRA FARIA, ANA PAULA VIEIRA CABRAL, CARLA CRISTINA GUIMARÃES LIMA, CARLA DE SOUZA FARIA e MARIANA FERREIRA CALDAS.

ASC - Cirurgia Cardíaca, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Os dispositivos de assistência circulatória mecânica são considerados uma das alternativas para o tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em fase avançada com indicação para transplante (ponte para tx) ou terapia de destino. **Objetivo:** Descrever o modelo de cuidado de enfermagem aplicado aos pacientes com dispositivos de assistência ventricular como ponte para tx. **Delineamento e Métodos:** Relato de experiência com pacientes em uso de dispositivos como ponte para tx, com seguimento realizado por equipe credenciada para realização de tx cardíaco em um instituição privada no estado do Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2015. **Resultados:** Foram acompanhados oito pacientes. Entre os dispositivos implantados estão CentriMag (50%), HeartWare (37,5%), HeartMate II (12,5%). As etiologias prevalentes foram isquêmica (50%), miocardite (37,5%) e familiar (12,5%). A prevalência entre os homens foi de 68,5%. A faixa etária variou entre 54-66 anos. Dentre os pacientes acima os desfechos foram: tx (50%), óbito em fila (12,5%), afastado (12,5%) e em preparo (12,5%). O modelo desenvolvido baseia-se no conceito de cuidado centrado no paciente e apresenta 03 fases: 1) Avaliação inicial pré-implante (Avaliação de enfermagem do paciente e do cuidador, visita domiciliar, coordenação do processo de avaliação multidisciplinar e durante o processo de espera em fila; 2) Assistencial - procedimento cirúrgico (atuação no implante dos dispositivos e na logística da captação e implante); 3) Seguimento (consulta de enfermagem ambulatorial de acompanhamento até a realização do transplante, monitoramento remoto dos pacientes por ligação mensal e educação para paciente e cuidador na fases pré e pós-operatória). **Conclusão:** A aplicação desse modelo é realizada pelo coordenador de transplante/ventrículo, conforme as recomendações descritas pelo consenso internacional de enfermagem em tx cardíaco e pulmonar (ISHLT, 2015), permitindo a exequibilidade de um cuidado complexo com uma visão integral do paciente.

40853

Validação clínica do diagnóstico de enfermagem de débito cardíaco diminuído em pacientes com insuficiência cardíaca

LIGIA NERES MATOS, MARCOS ANTONIO GOMES BRANDO, TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARAES, VIVIANI CHRISTINI DA S. LIMA, LIANA AMORIM CORRÊA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, DEYSE CONCEIÇÃO SANTORO e GRACIELE OROSKI PAES.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O desafio de uma prática baseada em evidência na saúde e que promove força na acurácia depende de bases que possam ser sustentadas em achados de pesquisa e não na familiaridade e experiência do clínico. **Objetivo:** Identificar a acurácia e valor de teste diagnóstico das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem de Débito Cardíaco Diminuído em pacientes com insuficiência cardíaca e verificar a acurácia e valor de teste-diagnóstico das características definidoras com maior poder de predição das alterações no índice cardíaco em pacientes com insuficiência cardíaca. **Delineamento:** Estudo transversal. **Amostra e Métodos:** A amostra foi composta por 17 pacientes adultos internados na Unidade de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco de um hospital terciário da cidade do Rio de Janeiro, de maio de 2013 a maio de 2014. Foram incluídos no estudo 17 pacientes maiores de 18 anos, portadores de IC, classes funcionais III ou IV (NYHA), com tratamento clínico e optimização farmacológica e não farmacológica máxima, submetidos ao cateterismo cardíaco direito (CCD). Quatro enfermeiras foram convidadas a participar do estudo na qualidade de peritas. **Resultados:** Dos 19 pacientes selecionados, 17 preencheram os critérios de inclusão do estudo e 02 foram excluídos por estarem em uso de inotrópico. Dos 17 pacientes, 14 (82,3%) apresentaram um baixo índice cardíaco (MIC ≤ 2,5 l/min/m^2) quando avaliados hemodinamicamente através do cateter de artéria pulmonar. Distensão de veia jugular e alteração no ECG foram às características definidoras que alcançaram valores de eficiência satisfatórios indicando valor de acurácia para o diagnóstico de débito cardíaco diminuído na amostra. Os valores de curva ROC hierarquizam o valor dos principais indicadores clínicos na seguinte ordem: distensão de veia jugular, alteração do ECG, bradicardia, mudança na cor da pele e crepitações. Na amostra, o valor de ROC menor do que 0,50 dos sons B3 indicou nenhum valor para o indicador como medida de teste-diagnóstico. **Conclusão:** Concluiu-se que a acurácia dos peritos em realizar o diagnóstico de débito cardíaco diminuído, entre pacientes com IC foi elevada. A presença de 4 (quatro) ou mais características definidoras foi fortemente relacionada com a presença de diagnóstico de débito cardíaco diminuído o que foi corroborado pelo valor do baixo índice cardíaco.

40854

Disfunção renal como preditor de morbimortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

NATHALIA DOS REIS DE MORAES, LINA MARCELA GOMEZ, LUANA RIBEIRO MORAES, HENRY FUKUDA MOREIRA, CAIQUE BUENO TECHOCH, RODRIGO LEMOS DE ALMEIDA CASTRO, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, GERMANO EMILIO CONCEIÇÃO SOUZA, VERA MARIA CURY SALEMI, VICTOR SARLI ISSA e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

Instituto do Coração (InCor) - HC FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A disfunção renal é prevalente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC); entretanto sua ocorrência tem sido pouco estudada em casuísticas nacionais. **Objetivo:** Estudar a ocorrência de disfunção renal em pacientes internados com IC. **Métodos:** Analisamos coorte prospectiva de pacientes internados com IC no período de junho/2013 a abril/2015 de acordo com nível de creatinina na admissão estratificado em tercis. Os resultados foram confrontados com as características clínicas, e a evolução na internação. **Resultados:** Foram estudados 246 pacientes - 147(59%) do sexo masculino, 99 (40%) sexo feminino e média de idade foi de 53,5±13 anos; 73 (29,7%) pacientes eram diabéticos e 115 (46,7%) hipertensos. As etiologias mais frequentes foram: doença de Chagas em 64 (26%) casos, doença isquêmica em 63 (25,6%), miocardiopatia dilatada em 42 (17,1%) e hipertensão arterial em 25 (10,2%). A causa de internação foi choque cardiogênico em 43 (17,5%) e IC descompensada em 205 (56,5 %); destes 97 (39%) apresentavam perfil hemodinâmicos B e 97 (39%) perfil C. Ao longo da internação 63 (25,6%) pacientes necessitaram balão intra-aortico e 48 (19,5%) de diálise. O óbito na internação ocorreu em 85 (34%) pacientes e transplante cardíaco em 31 (12%). A comparação dos pacientes de acordo com tercis de creatinina mostrou que quanto pior a função renal maior a idade (média de 48± erro padrão de 1,4 vs 53±1,6 vs 58±1,4 anos, p<0,01), maior a frequência de hipertensão arterial a (32% vs 34% vs 49%; p=0,01), maior diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (64±1,2 vs 69±1,4 vs 67±1,3; p=0,008), mais alta a pressão de artéria pulmonar (45,9±2,7 vs 61,2±3,1 vs 54,4±2,9mmHg; p=0,001) e de capilar pulmonar (21±1,4 vs 27±1,7 vs 24±1,5mmHg; p=0,047). A mortalidade também foi maior nos tercis mais elevados (24,1% vs 35,3% vs 49,4%; p=0,001). Não observamos diferenças em relação a frequência cardíaca, pressão arterial, BNP, fração de ejeção, pressão venosa central e débito cardíaco. **Conclusão:** A ocorrência de disfunção renal foi frequente e associada a idade, hipertensão arterial, grau de remodelamento miocárdico e de congestão pulmonar. Foi ainda marcoador de maior mortalidade.

40856

Ângulo de fase e associação com mortalidade em pacientes hospitalizados por insuficência cardíaca agudamente descompensada

GABRIELA CORRÊA SOUZA, FERNANDA DONNER ALVES, JESSICA VIANNA MANSSON, LUIS BECK DA SILVA NETO, LUIS EDUARDO ROHDE, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e ANDRÉIA BIOLO.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O ângulo de fase obtido da bioimpedância elétrica é uma medida de avaliação nutricional e prognóstico utilizado em diversas doenças. A insuficiência cardíaca agudamente descompensada (ICAD) é uma condição clínica grave onde os dados sobre o estado nutricional e relação com prognóstico são escassos. **Objetivo:** Avaliar o papel do ângulo de fase na admissão hospitalar por ICAD como um indicador de prognóstico nessa população. **Pacientes:** Setenta adultos, hospitalizados por ICAD, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≤ 45% e BOSTON ≥ 8 pontos foram incluídos no estudo. Critérios de exclusão: neoplasia ativa, insuficiência renal avançada (creatinina sérica > 2,5ml/dl ou diálise), marcapasso ou cardiodesfibrilador implantável (protocolo da bioimpedância). **Métodos:** O ângulo de fase foi obtido em até 36h da admissão hospitalar, com jejum > 4 horas, em aparelho de bioimpedância tetrapolar. As variáveis clínicas foram coletadas durante a internação. Os dados sobre mortalidade foram obtidos em uma média de 24 meses após alta hospitalar, a partir do prontuário do paciente, contato telefônico ou ambulatorial. **Resultados:** A maioria dos pacientes eram homens (63%), com mais de 60 anos de idade (66%), etiologia isquêmica sendo a mais prevalente (48%) e 43% com FEVE menor que 25%. Todos se encontram em classe funcional NYHA de III a IV, sendo a maioria classificado como classe IV (67%). Um ponto de corte para ângulo de fase foi determinado pela relação de especificidade e sensibilidade na curva Roc, chegando ao valor de 4,8°. A mortalidade no período avaliado foi de 49%. Na regressão multivariada de Cox para preditores de mortalidade incluindo ângulo de fase, idade, FEVE e uréia, apenas ângulo de fase menor que 4,8° e FEVE estiveram associados com mortalidade (HR: 2,67; p=0,015 e HR: 0,94; p=0,04). **Conclusão:** Ângulo de fase menor que 4,8º na admissão hospitalar por ICAD esteve associado com maior mortalidade em uma média de acompanhamento de 24 meses.

40857

Insuficiência cardíaca descompensada em pacientes com idade ≥ 80 anos: perfil clínico e preditores de má evolução

PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, FLAVIO DE SOUZA BRITO, VIVIAM DE SOUZA RAMIREZ, MARIANA YUMI OKADA, DOUGLAS JOSE RIBEIRO, THIAGO ANDRADE DE MACEDO, SHEILA APARECIDA SIMOES, ANTONIO CLAUDIO DO AMARAL BARUZZI, MARCELO JAMUS RODRIGUES, JOSE CARLOS TEIXEIRA GRACIA e VALTER FURLAN.

Hospital Totalcor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de internação hospitalar em idosos no Brasil. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes ≥ 80 anos internados com IC e identificar potenciais preditores de má evolução clínica neste grupo de pacientes. **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de um banco de dados de pacientes com IC desecompensada internados em um hospital privado especializado em Cardiologia de São Paulo no período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2014. Análise comparativa do perfil clínico de pacientes com idade ≥ 80 anos em relação aos com idade < 80 anos. Dentre aqueles ≥ 80 anos foram comparados os pacientes que foram à óbito em relação ao grupo que foi de alta hospitalar. **Resultados:** De 1775 pacientes internados por IC descompensada, 563 eram pacientes com idade entre 80 e 102 anos, os quais apresentavam em relação ao grupo < 80 anos mais pacientes do sexo feminino, FE preservada, história de FA, Descompensação por infecção, Perfil hemodinâmico B e maior mortalidade (todos com p< 0,01). Por outro lado, o grupo < 80 anos tinha com maior frequencia história de DM, IAM e descompensação por má adesão (p<0,05). A tabela abaixo identifica potenciais preditores de mortalidade hospitalar no grupo ≥ 80 anos. **Conclusão:** Os pacientes octogenários com IC descompensada apresentam várias características diferentes, especialmente sexo, FE, infecção associada e perfil hemodinâmico. A mortalidade neste grupo é mais do que o dobro em relação aos pacientes < 80 anos, e ausência de HAS, história de IAM e descompensação a despeito de boa adesão são preditores de morte nos muito idosos.

	Alta Hospitalar(N-496)	Óbito(N=67)	Valor de P
Idade(anos) média	85,6	86	0,81
Sexo Feminino	60%	67%	0,28
FE preservada	42%	33%	0,18
HAS	82%	69%	0,02
DM	32%	31%	0,89
FA	32%	28%	0,58
IAM	11%	24%	0,01
Perfil B	93%	94%	0,99
Perfil C	3%	4%	0,48
Descompensação sem má adesão	84%	94%	0,04

40861

Estudo da capacidade funcional de pacientes portadores de doença de Chagas: o que muda ao longo de 12 anos de seguimento?

EDUARDO ELIAS VIEIRA DE CARVALHO, DENISE MAYUMI TANAKA, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, LUCIANO FONSECA LEMOS OLIVEIRA, VALÉRIA PAPA, MICHELE DANIELA BORGES DOS SANTOS, CAMILA QUAGLIO BERTINI, PEDRO VELLOSA SCHWARTZMANN, GIOVANI LUIZ DE SANTI, MARCUS VINICIUS SIMÕES e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

Centro de Cardiologia do HCFMRP - USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas (DC) é a terceira maior doença parasitária do mundo e é uma importante causa de morbimortalidade em toda América Latina, sendo responsável por aproximadamente 15 mil mortes por ano. Atualmente, o que se tem buscado é compreender melhor os mecanismos de evolução dessa doença ao longo dos anos. Associado a isto, sabemos ainda que a capacidade funcional tem valor prognostico independente de morbimortalidade na DC. Bocchi EA e cols. (Arq Bras Cardiol 2009;93(1 supl.1):1-71.). **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional de pacientes portadores de DC em um seguimento clínico de 12 anos. **Métodos:** Foram seguidos ao longo de doze anos 12 pacientes com DC (homens, 38±11 anos). Todos os pacientes foram submetidos ao teste cardiopulmonar (TCP), sintoma limitado em cicloergômetro, na avaliação basal e após o período de seguimento. Ao final dos 12 anos do estudo foi incluído um grupo controle (GC) de 11 voluntários saudáveis (homens, 50±9,6 anos) pareado ao grupo de DC pela idade atual dos pacientes ao final do estudo (50±11 anos). **Resultados:** Todos os TCP, em ambos os grupos, foram considerados máximos (RER > 1,15). Após 12 anos de seguimento foi observada redução significativa da capacidade funcional dos pacientes com DC, visto pelas variáveis do TCP: VO_2pico (30,3±7,3 vs. 21,9±5,7ml/Kg/min; p=0,0001), VO_2 no limiar de anaerobiose ventilatório (LAV) (13,8±3,8 vs. 11,1±2,8ml/Kg/min; p=0,03) e Pulso de oxigênio (13,7±3,2 vs. 11,9±2ml/min/bpm; p=0,04); associado ao aumento do VE/VCO_2slope (25,3±3 vs. 29,7±4; p=0,0001), do basal para o pós-seguimento, respectivamente. Quando comparado o grupo DC (TCP pós-seguimento) ao GC não foi evidenciado diferença significativa na idade (50±11 vs. 50±9,6 anos; p=0,99), porem, documentou-se redução significativa da capacidade funcional: VO_2pico (21,9±5,7 vs. 37,5±9,8ml/Kg/min; p=0,0001), VO_2 no LAV (11,1±2,8 vs. 17,8±6,4ml/Kg/min; p=0,03) e Pulso de oxigênio (11,9±2 vs. 15,8± 3,7ml/min/bpm; p=0,004), respectivamente. **Conclusão:** Os achados do presente estudo demonstram que pacientes com DC apresentam importante redução da capacidade funcional ao longo dos anos, assim como, quando comparados a um grupo de indivíduos saudáveis. Ressalte-se também, a importância do TCP como uma ferramenta fidedigna na avaliação e evolução dessa doença.

40863

Distancia percorrida no teste de caminhada de seis minutos como preditora de desfecho em pacientes acompanhados em uma clínica de insuficiência cardíaca

ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, CAROLINA PINHEIRO MASCARENHAS, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, MARLI GOMES DE OLIVEIRA, THAINA DA ROSA DE OLIVEIRA, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e SERGIO S.M.C.CHERMONT.

Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A intolerância ao exercício é determinada pela distância percorrida em seis minutos (DP6M) no teste de caminhada e considerada um preditor prognóstico na insuficiência cardíaca (IC). Pouco se sabe sobre o comportamento de pacientes com IC quanto ao desfecho de mortalidade. **Objetivo:** Analisar o comportamento de pacientes com IC no TC6M em relação a DP6M e seu respectivo desfecho. **Delineamento:** Estudo de uma coorte de pacientes acompanhados em uma clínica de IC na região serrana do Rio de Janeiro. **Pacientes:** Foram analisados 58 pacientes com IC (38 homens, 66±13 anos, FEVE=31±7%). **Métodos:** Seguindo o protocolo da ATS, 58 pacientes com IC realizaram um TC6M na inclusão e nas demais consultas de acompanhamento. Foram avaliados dois grupos de pacientes: o 1º grupo (G1) com pacientes com desfecho de óbito e o 2º grupo (G2) de pacientes ainda em sobrevida. Foram registrados o TC6M de inclusão e o último teste em ambos os grupos e documentados os parâmetros hemodinâmicos não invasivos, frequência respiratória, cardíaca e DP6M em uma planilha sistemática. Análise estatística: testes *t-student*, *Pearson* e p<0,05 foi considerado significante. **Resultados:** A média da DP6M de inclusão no G1 foi de 333±125 e no último teste 296±132 metros (p<0,05). No G2 a media de inclusão foi 412±120 e 438±133m no ultimo teste. Ocorreram diferenças significantes ao serem comparadas as DP6M dos diferentes grupos, com valor de p<0,05. **Conclusão:** A diminuição na DP6M foi preditiva de desfecho no G1 e o aumento da DP6M no G2 foi determinante de sobrevida.

40865

Impacto da síndrome cardiorrenal aguda na mortalidade após a alta hospitalar de pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada empregando-se dois critérios diagnósticos diferentes

PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETI, LUIZA LAPOLLA PERRUSO, PATRICIA FERREIRA, PAULA DIAS MAIA, ELIENE FERREIRA SALLES, ELIZA DE ALMEIDA GRIPP, FERNANDA DE SOUZA NOGUEIRA SARDINHA MENDES, LUIZ AUGUSTO FEIJO, MARCELO IORIO GARCIA, ANDREA SILVESTRE DE SOUZA e SERGIO SALLES XAVIER.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ , BRASIL.

Fundamento: Síndrome cardiorrenal aguda(SCRA) em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada (ICD) está associada a maior mortalidade hospitalar, maior tempo de internação e maior custo hospitalar. A literatura é divergente acerca do seu impacto na mortalidade após alta hospitalar. Uma possível causa para esta divergência são os diferentes critérios diagnósticos utilizados para caracterizar a SCRA. **Objetivo:** Avaliar associação entre síndrome cardiorrenal aguda(SCRA) e mortalidade após alta hospitalar empregando-se dois diferentes critérios: aumento da creatinina sérica ≥0,3mg/dL em qualquer momento da internação por ICD e aumento da creatinina sérica ≥0,3mg/dL que permaneça até a alta hospitalar. **Métodos:** 459 pacientes foram admitidos por ICD entre 01/01/06 e 31/12/11 em um hospital universitário. Foram excluídos do estudo os pacientes em hemodiálise e aqueles que tiveram menos de duas medidas de creatinina durante a internação. A identificação dos óbitos após alta-hospitalar foi realizada através de relacionamento probabilístico do banco de estudo com o banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro. Curvas de Kaplan-Meier (KM) foram utilizadas para análise da sobrevida total de acordo com as duas definições e foram comparadas através do teste de log-rank. **Resultados:** 395 pacientes apresentaram 2 ou mais medidas de creatinina e não realizavam hemodiálise, sendo considerados para análise. A população era composta por 53,9% de homens, a idade média foi de 64 +/- 14 anos, 78,4% dos pacientes apresentavam disfunção sistólica e a etiologia isquêmica foi responsável por 38% dos casos. A incidência de SCRA foi de 45,3% quando avaliada em qualquer momento durante a internação e manteve-se até a alta em 24,6% dos pacientes. A mortalidade hospitalar foi de 7,6% e a mortalidade após a alta hospitalar foi de 80,8%. A mediana do tempo de seguimento foi de 26 meses. A análise das curvas de KM comparadas pelo teste de log-rank não demonstrou diferença quando utilizado o critério de aumento da creatinina em qualquer momento da internação, mas mostrou diferença significativa quando utilizado o critério de elevação da creatinina que persiste até a alta. **Discussão:** O aumento da creatinina em qualquer momento durante uma internação por ICD está relacionado a maior mortalidade hospitalar, no entanto, apenas a elevação da creatinina até o momento da alta apresenta uma maior mortalidade após alta associada.

40868

Correlação de biomarcadores cardiometabólicos com depressão na insuficiência cardíaca

THAIS BESSA, SORAYA DA COSTA VIEIRA, ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, ALISON MANGOLIN, CELSO VALE DE SOUZA JUNIOR, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, SERGIO GIRÃO BARROSO, MAURO MENDLOWICZ, LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A associação entre depressão e insuficiência cardíaca (IC) vem sendo descrita nos últimos anos com relevância na piora clínica, aumento da taxa de hospitalizações e mortalidade. Os mecanismos relacionados aos biomarcadores associados aos sintomas depressivos na IC ainda não estão esclarecidos. **Objetivo:** Correlacionar os biomarcadores cardiometabólicos com a depressão em pacientes ambulatoriais com IC. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, subestudo do projeto que avalia prognóstico de biomarcadores associados à depressão em pacientes ambulatoriais com IC. Para a coleta de dados foi utilizado inventário de depressão Beck-II (BDI-II) e coleta de sangue para análise do perfil lipídico, triglicerídeos, glicose, hematócrito, hemoglobina, sódio, potássio, ácido úrico. Realizado o teste de Spearman para correlacionar biomarcadores com os sintomas da depressão. **Resultados:** Foram atendidos 37 pacientes com média de idade 62,9 ± 12,9 anos, 57% do sexo masculino, NYHA II-III. Escore de depressão Beck-II foi de 16,6 ±10,1. Prevalência dos sintomas de depressão nos homens foi de 42% caracterizados em mínimo 19%, leve 20%, moderado 11% e grave 11%. Foi observada correlação positiva muito fraca em ambos sexos entre os sintomas de depressão com os marcadores colesterol total rs=0,01, p=0,92, hematócrito rs=0,37, p=0,90, hemoglobina rs=0,02, p= 0,62, potássio rs=0,07, p=0,65, sódio rs=0,05, p=0,60 e correlação negativa nos marcadores de glicose rs=-0,09, p=0,59, triglicerídeos rs=-0,07, p=0,67, LDL rs=-0,01, p=0,09 e HDL rs=-0,22, p=0,18. **Conclusão:** Observou-se maior prevalência dos sintomas de depressão em pacientes homens atendidos na clínica de IC. Biomarcadores cardiometabólicos colesterol total, sódio, potássio, hemoglobina, hematócrito sugerem correlação positiva muito fraca com sintomas depressivos na IC. Há necessidade de estudos longitudinais para avaliar o impacto prognóstico de novos biomarcadores nesta população.

40869

Medida evolutiva do peptídeo natriurético tipo B no prognóstico intra-hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, ROBERTO KALIL FILHO e ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

Instituto do Coração (InCor) - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que evolui com alta morbidade e mortalidade. O peptídeo natriurético tipo B (BNP) vem se mostrando útil na avaliação prognóstica da IC. **Objetivo:** Avaliar o valor prognóstico da medida evolutiva do BNP no prognóstico de pacientes (pts) com IC descompensada. **Pacientes:** Foram estudados retrospectivamente 132 pts internados por IC descompensada de Janeiro a Junho de 2014. Destes pts, foram selecionados 46 que tinham os níveis de BNP detectados na admissão (BNP1) e na pré-alta ou antes do óbito (BNP2). A idade média foi de 61,7±15,0 anos, 60,6% dos pts eram homens, a FEVE média foi de 32,9±14,8%, 35 (76,1%) dos pts necessitaram do uso de inotrópicos durante a hospitalização. A duração média da hospitalização foi de 35,5±17,2 dias. O seguimento médio foi de 268 dias. Nove pts (19,6%) morreram durante a hospitalização e a mortalidade total foi de 15 pts (32,6%). **Métodos:** Na comparação das variáveis, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para as variáveis contínuas e teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Análise de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Os níveis do BNP1 foram semelhantes com relação a mortalidade hospitalar (1419,1±1167,9 VS 1419,5±1157,1pg/mL; p=0,807); entretanto a medida evolutiva mostrou níveis mais elevados do BNP2 nos pts que morreram durante a hospitalização (2724,9±2384,8 VS 750,8±840,7pg/mL; p=0,003). Utilizando-se a curva ROC foi detectado um valor de corte do BNP2 ≥ 950pg/mL para predição do risco de morte. Os pacientes com BNP2 ≥ 950pg/mL apresentaram maior mortalidade hospitalar (53,8% VS 6,1%; p<0,001) e mortalidade total (62,5% VS 21,2%; p=0,014). Com base na medida evolutiva do BNP, os pacientes foram divididos em 2 grupos G1 (n=32; BNP1 > BNP2) e G2 (n=14; BNP1 ≤ BNP2). Os pts que mantiveram níveis persistentemente elevados do BNP (G2), apresentaram maior mortalidade hospitalar (42,9% VS 9,4%; p=0,015). **Conclusão:** Níveis persistentemente elevados do BNP, durante a internação de pts com IC descompensada, foram preditores de maior mortalidade intra-hospitalar.

40871

Troponina I e peptídeo natriurético tipo B na estratificação de risco de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, JOSÉ ANTÔNIO RAMOS NETO, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, ROBERTO KALIL FILHO e ANTÔNIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

Instituto do Coração (InCor) - HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Estudos prévios demonstraram a associação de níveis elevados de troponinas cardíacas e do peptídeo natriurético tipo B (BNP) com pior prognóstico na insuficiência cardíaca (IC) descompensada. **Objetivo:** Avaliar a combinação da troponina cardíaca I (TnI) e do BNP na estratificação do risco de morte de pacientes hospitalizados por IC descompensada. **Pacientes:** Foram estudados retrospectivamente 132 pts internados por IC descompensada de Janeiro a Junho de 2014. A população do estudo foi composta por 66 pts (50,0%) que tiveram as amostras de TnI e BNP analisadas na admissão hospitalar. **Métodos:** Na comparação das variáveis, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney e o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Análise de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Dos 66 pts analisados, a idade média foi de 66,4±12,0 anos, 60,6% dos pts eram homens, a FEVE média foi de 34,8±14,8%, 47 (71,2%) dos pts necessitaram do uso de inotrópicos durante a hospitalização. A duração média da hospitalização foi de 29,2±16,3 dias. Dezessete pts (25,8%) morreram durante a hospitalização. Não houve diferença na concentração da TnI (0,219±0,345 vs 0,102±0,221ng/mL, p=0,344) e do BNP (1763,3±1674,4 vs 1231,5±1130,9pg/mL, p=0,215) na admissão com relação a mortalidade hospitalar. Os pontos de corte para predição do risco de morte hospitalar para a TnI (≥ 0,10ng/mL=TnI+) e para o BNP (≥ 840pg/mL=BNP+), foram estimados pela curva ROC. Os pacientes com TnI+ e BNP+ apresentaram aumento significativo da mortalidade hospitalar (Tabela). Os pacientes foram estratificados em 3 grupos com relação a TnI e o BNP: 0 (TnI- e BNP-, n=25), 1 (BNP+ ou TnI+, n=27), 2 (BNP+ e TnI+, n=14). Observou-se aumento progressivo da mortalidade hospitalar com maior número de biomarcadores positivos na admissão, respectivamente: 12,0%, 25,9%, 50,0% (p=0,034). **Conclusão:** A elevação da TnI e/ou BNP na admissão de pacientes com IC descompensada foi indicador de pior prognóstico, permitindo a estratificação do risco de morte hospitalar.

Tabela - Comparação da TnI e BNP com a mortalidade hospitalar

Marcador	Morte hosp. sim (n=17)	Morte hosp. não (n=49)	RR (IC95%)	p
TnI>=0,1 ng/mL	8 (47,1%)	10 (20,4%)	3,5 (1,1-11,3)	0,034
BNP>=840 pg/mL	13 (76,5%)	24 (49,0%)	3,4 (1,0-11,9)	0,049

40873

Endomiocardiofibrose de ventrículo esquerdo associada à microembolização séptica para sistema nervoso central: relato de caso

FLAVIA CRISTINA MACHADO SILVA D ELIA, THAIS DOMINGUES DIAS, SAMUEL RODRIGUES BARROSO, JAMILA PINHO COUTO e ELIANE REIKO ALVES.

Hospital Municipal Prof Dr Alipio Correa Netto, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Endomiocardiofibrose é a cardiopatia restritiva caracterizada pela presença de fibrose nos ápices das cavidades ventriculares principalmente à direita ou atingindo ambos os ventrículos, podendo evoluir com disfunção sistólica em casos avançados. Existe predisposição para estase sanguínea associada a fibrose levando a fenômenos tromboembolicos em 15% dos casos. De etiopatogenia indefinida, sugere-se associação com eosinofilia. **Relato de caso:** Homem, 22 anos, admitido no PS com confusão mental associado a astenia, febre, diarréia e vômitos. Evoluiu com hipotensão e RNC, intubado e iniciado DVA. TC crânio normal, HMG com leucocitose 20.890 com desvio. LCR mostrou líquido pleocítico, aumento importante de proteínas e lactato. HD: choque séptico secundário a infeccção de SNC. ECG: taquicardia sinusal, com FC de 130bpm, eixo desviado para direita com alteração de repolarizacao antero-lateral, com onda T negativa e assimétrica. ECO transtorácico mostrou FEVE 0,4, miocardiopatia dilatada com disfunção sistólica moderada e imagem sugestiva de trombo em ápice de VE. HD neste momento: miocardiopatia da sepse. Após D7 de ATB apresentou estabilização clínica, melhora do nível de consciência, extubação e desmame de noradrenalina. RNM crânio com imagens sugestivas de isquemias sugerindo microembolos sépticos, de provável origem cardíaca. Novo ECO- FEVE: 0,62 com função VE e VD preservadas, mantendo imagem do trombo em ápice do VE. Iniciada anticoagulação e realizada RNM cardíaca: câmaras cardíacas com dimensões preservadas. Função biventricular preservadas. VE com área de fibrose mesoepicárdica em segmento inferior e área de fibrose endomesocárdico em região apical com obliteração da ponta. Presença de trombo intracavitário aderido à fibrose do VE. Imagem compatível com endomiocardiofibrose. **Conclusão:** Segundo Singer e Rudger, a intensa sinalização inflamatória no músculo cardíaco e consequente depressão miocárdica são proporcionais à gravidade da sepse e apresenta melhora após tratamento do processo infeccioso, com recuperação da função ventricular.

40874

Cardiomiopatia alcoólica

ALINE CORREIA DA SILVA, KELLY RODRIGUES SILVA, LUMA PRUCOLI LIMA, LUDMILLA SILVA OLIVEIRA e MAURICIO PINTO DE MATTOS.

Hospital Municipal da Piedade, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Existe uma dualidade, segundo Chemello et Al (*Rev. HCPA 30(1):49-54, 2010*), entre os benefícios e malefícios do uso crônico de álcool devido a associação inversa entre o consumo leve a moderado de álcool e o risco de insuficiência cardíaca. Em contrapartida há uma íntima relação entre consumo de álcool e o desenvolvimento silencioso de cardiomiopatia alcoólica, sem constatação relacionando quantidade diária com o tempo de consumo exato. **Objetivo:** Enfatizar o tempo de ingestão alcoólica e o início insidioso da sintomatologia da cardiomiopatia, no qual a partir de um relato de caso, um paciente apresentou como principal manifestação ascite volumosa apontando inicialmente para etiologias não cardiológicas. **Relato de caso:** Homem de 63 anos, negro, tabagista e etilista há 30 anos, com consumo diário de 80g de etanol, sem outras comorbidades. Posteriormente sendo diagnosticado com cardiomiopatia alcoólica, cujos sinais e sintomas motivadores da internação foram exclusivamente cansaço sem dispnéia e ascite volumosa de difícil controle. Ao exame físico observou-se turgência jugular, ictus de ventrículo esquerdo com duas polpas digitais desviado para linha axilar anterior, rítmo cardíaco regular em 2 tempos sem soprologia, além de abdômen globoso e tenso. Durante a investigação diagnóstica foram afastadas etiologias associadas a doenças hepáticas (viral e autoimune), o USG de abdômen revelou hepatomegalia e o ecocardiograma transtorácico mostrou aumento das quatro cavidades cardíacas com hipocinesia difusa associada à disfunção sistêmica. **Resultados e Conclusão:** Conforme descrito na literatura, o paciente procurou a emergência somente na segunda fase da doença, com marcante sintomatologia relacionada ao remodelamento cardíaco já instaurado, apresentando dados ecocardiográficos compatíveis com cardiomiopatia alcoólica. Podemos inferir sobre a importância da investigação etiológica dos pacientes com cansaço e ascite, para detecção precoce da cardiomiopatia alcoólica a fim de impedir a progressão de disfunção cardíaca.

40879

Comportamento da frequência cardíaca de recuperação no teste de caminhada de uma coorte de pacientes com insuficiência cardíaca

NATHALIA CRISTINA RIBEIRO, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, CAROLINA PINHEIRO MASCARENHAS, CAIO VINICIUS TRAMONT, PAULO JOSE PEREIRA CAMANDAROBA, EUGENIO PAES CAMPOS, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Clínica de Insuficiencia Cardíaca/UNIFESO, Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A intolerância ao exercício é uma característica cardinal da insuficiência cardíaca (IC) e a distância percorrida em seis minutos (DP6M) reflete essa propriedade. A frequência cardíaca de recuperação no 1º minuto (FCR1) é um preditor de mal prognostico na IC, todavia pouco se sabe a respeito deste índice prognóstico no desfecho de mortalidade no teste de caminhada de seis minutos (TC6M). **Objetivo:** Determinar o comportamento da FCR1º no TC6M no acompanhamento sistemático em pacientes de uma clínica especializada de IC. **Delineamento:** Estudo de uma coorte de pacientes consecutivamente acompanhados em uma clínica especializada de IC/RJ. **Pacientes:** Foram analisados 58 pacientes com IC (38 homens, 66±13 anos, FEVE=31±7%). **Métodos:** Seguindo o protocolo para TC6M da ATS, 58 pacientes com IC realizaram um TC6M na inclusão e nas demais consultas de acompanhamento. Foram avaliados dois grupos de pacientes: o 1º grupo (G1) com pacientes com desfecho de óbito e o 2º grupo (G2) de pacientes ainda em sobrevida. O TC6M foi realizado de forma independente na consulta de rotina (inclusão e último teste). Foram registradas a frequência cardíaca (FC), frequência respiratória e DP6M em uma planilha sistemática. O grau de intolerância ao exercício foi obtido pela distancia percorrida no teste e a FCR1 pela subtração da FC do exato primeiro minuto após o sexto minuto no TC6M. Analise estatística: testes *t-student*, *Pearson* e $p < 0,05$ foi considerado significante. **Resultados:** A média da DP6M de inclusão foi de 333,8±98m e no ultimo teste pré-óbito foi de 296,4m (p=0,01). A FCR1 no teste de inclusão foi de 14±6bpm e a FCR1 no TC6M pré-óbito foi de 7±5bpm (p=0,02). Houve uma correlação linear entre a DP6M e a FCR1 pré-óbito ($r= 0,47$; $p < 0,006$). Não houve mudança significante na DP6M e a FCR1 dos pacientes em sobrevida, valores estes que refletem melhor prognostico. **Conclusão:** O menor valor DP6M da e da FCR1 pré-óbito pode confirmar o mal prognostico em relação a estes pacientes. A correlação encontrada determina que quanto menor a DP6M menor a FCR1 ambas indicando mal prognostico.

40881

Efeito da cafeína sobre a arritmia ventricular: uma revisão sistemática e metanálise de estudos experimentais e clínicos

PRICCILA ZUCHINALI, PAULA A.B. RIBEIRO, MAURICIO PIMENTEL, PRISCILA RAUPP DA ROSA, LEANDRO IOSCHPE ZIMERMAN e LUIS EDUARDO ROHDE.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A relação entre o consumo de cafeína e a ocorrência de arritmias permanece controversa. Apesar desta falta de evidência científica, a redução do consumo de cafeína ainda é amplamente recomendado na prática clínica. **Objetivo:** Revisar sistematicamente estudos de intervenção em animais e humanos, e realizar uma metanálise dos efeitos da cafeína sobre as arritmias ventriculares. **Materiais:** Foram incluídos estudos de intervenção que avaliaram a cafeína isolada e seus efeitos sobre os desfechos de arritmia. **Métodos:** Os estudos foram identificados através de pesquisas na base de dados Pubmed, Embase e Cochrane até 11/2014. Foram usados termos de pesquisa relacionados com café, cafeína e arritmias cardíacas. A qualidade metodológica foi baseada nas recomendações da Cochrane para estudos com seres humanos e nas recomendações do ARRIVE para estudos com animais. As análises foram realizadas usando um modelo de efeitos aleatórios. **Resultados:** Foram recuperados 2.016 citações na pesquisa inicial. Após a avaliação de texto completo, 20 estudos em humanos e 17 estudos com animais foram incluídos na revisão sistemática. Para a metanálise foram incluídos 7 estudos em humanos (n = 290 indivíduos) e 2 estudos com animais (n = 35 cachorros). Quatro dos trabalhos em humanos foram classificados como cross-over, 3 foram ensaios clínicos randomizados e 4 foram classificados como quase-experimentos. O desfecho avaliado foi a taxa de extra-sístoles ventriculares (EV) e o risco relativo para ocorrência de EV em 24h foi de 0,99 (IC 95% 0,94-1,03; I^2 13,5%, p = 0,32 para heterogeneidade). A análise de sensibilidade para a dose de cafeína, diferentes desenhos de estudo e perfil de pacientes foi realizado e não foram observadas diferenças importantes. Nos estudos em animais, o principal resultado relatado foi o limiar para fibrilação ventricular, e a diferença média foi de -2,15 miliamperes (IC 95% -3,43 a -0,87; I^2 0,0%, p = 0,366 para heterogeneidade). **Conclusão:** Nossa revisão sistemática e metanálise demonstra que a compilação de dados de estudos de intervenção em humanos não apresenta um efeito significativo do consumo de cafeína sobre a ocorrência de EV. Os efeitos observados em estudos em animais são, muito provavelmente, o resultado de doses muito elevadas de cafeína que não são regularmente consumidas em seres humanos.

40884

A realidade do transplante (TX) cardíaco no Estado de São Paulo (SP) e o potencial de evolução após o advento dos dispositivos de assistência ventricular (DAV)

DANILO GALANTINI, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, BRUNO BISELLI, RENATA LOPES HAMES, BRUNA CARNEIRO OLIVEIRA, FABRÍCIO CANOVA CALIL, RAMEZ AMBAR, PAULO MANUEL PEGO FERNANDES, FABIO BISCEGLI JATENE e ROBERTO KALIL FILHO.

Hospital Sírio - Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Embora o TX cardíaco seja o padrão ouro para o tratamento da IC avançada, há várias barreiras que limitam sua abrangência. Além da escassez de órgãos, há comorbidades que afetam o prognóstico do TX cardíaco, porém, têm impacto menor quando DAV é o tratamento escolhido (idade > 70 anos; HP fixa com RVP > 5 Wood e/ou GTP > 15mmHg; obesidade com IMC > 35Kg/m²; DM com lesão de órgão alvo; história recente de câncer). **Métodos:** Revisão de indicadores dos relatórios da Central Estadual de Transplantes e do Banco de Indicadores do Hospital Sírio - Libanês (HSL) do período de 01/12/12 a 19/02/15. **Resultados:** Foram registradas 6.673 notificações de morte encefálica no Estado de SP (média de 8,2/dia), que originaram 2.059 doadores viáveis (30,9%) e 1.825 doadores de coração efetivos. Estes resultaram em 261 TX cardíacos (14,3% dos doadores de coração efetivos). Idade e antecedentes mórbidos foram os principais responsáveis pela recusa do coração (27,6 e 12,1%, respectivamente). De 443 inscrições em fila de TX cardíaco no período, 315 (71,1%) foram em status de prioridade (53,3% por choque cardiogênico e uso de catecolaminas; 25,7% com balão intra-aórtico e 17,8% com assistência ventricular esquerda e/ou direita). Embora 53% dos pacientes em prioridade tenham aguardado menos de 3 meses da inscrição ao TX, o tempo médio de espera geral para pacientes priorizados foi de 12,4 meses, sendo a sobrevida de pacientes em status de prioridade de apenas 10% em um ano. A taxa de mortalidade geral (priorizados e não priorizados) em lista de espera foi de 29%. No mesmo período, foram hospitalizados no HSL 365 pacientes com diagnóstico de alta ou óbito de IC, com mortalidade hospitalar de 5%, 73% dos quais tinham idade ≥ 75 ano. **Discussão:** No Brasil, IC é a causa mais frequente de internação por doença cardiovascular e consome 3% do total de recursos utilizados para internações pelo SUS. IC agudizada é responsável por 3 /4 do custo total da doença. Estima-se entre 20 e 40 mil o número de portadores de IC avançada no Estado de SP; em contrapartida, há atualmente somente 144 pacientes inscritos em fila. Aproximadamente 80% dos indivíduos internados por IC têm idade ≥ 65 anos. Este cenário, com custos muito elevados, escassez de doadores, alta improdutividade e terapia definitiva de acesso limitado e indicação restrita torna cada vez mais necessária inclusão dos DAV como alternativa e parte fundamental do tratamento da IC avançada no país.

40885

Manejo da falência de ventrículo direito (VD) pós-implante de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAV) HeartMate® II

DANILO GALANTINI, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, LUDHMILA ABRAHÃO HAJJAR, BRUNO BISELLI, RENATA LOPES HAMES, BRUNA CARNEIRO OLIVEIRA, FABRÍCIO CANOVA CALIL, RAMEZ AMBAR, PAULO MANUEL PEGO FERNANDES, FABIO BISCEGLI JATENE e ROBERTO KALIL FILHO.

Hospital Sírio - Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Falência de VD pode complicar até 50% dos casos de implante de DAV e contribui para o aumento da morbimortalidade pós-operatória. Embora a disfunção de VD seja inevitável, sua falência pode ser prevenida. **Relato de caso:** A.S.C., 47 anos, antecedente de cardiomiopatia isquêmica e IC CF IV estágio D Intermacs 2 (dependente de Dobutamina 20mcg/Kg/min, Milrinone 0,23mcg/Kg/min. e Óxido nítrico [NO] 20ppm via cateter nasal), submetido ao implante de DAV HeartMate® II e plástica tricúspide como ponte para TX em 12/02/2015. Evolui com falência importante de VD e baixo fluxo do DAV no intraoperatório, mantidos mesmo após estratégia inicial: redução da sobrecarga de volume através da CEC; desfeita a plástica tricúspide; suporte inotrópico e redução da HP (PSAP: 80 para 50mmHg) mediante administração de NO 30ppm, Milrinone até 0,7mcg/Kg/min., Dobutamina 20mcg/Kg/min. e Adrenalina até 1mcg/Kg/minuto e consecutivos ajustes da velocidade do rotor baseados no ECO TE. Houve melhora significativa da função de VD e normalização do fluxo do DAV (5,5 a 6,2L/minuto) e do DC somente após suspensão do Milrinone e introdução de Noradrenalina até 1,5mcg/Kg/min., o que permitiu o fechamento do tórax, e ganho adicional significativo deste benefício após o acréscimo de Vasopressina 0,06 UI/minuto no POI. **Discussão:** Em condições de equilíbrio, o fluxo sanguíneo proveniente do VD equivale ao débito total da circulação esquerda (fluxo do DAV + VE, quando há abertura valvar aórtica, ou fluxo do dispositivo isoladamente, com a valva aórtica permanentemente fechada). Se a capacidade do DAV de gerar fluxo sanguíneo exceder a do VD, a pressão ventricular esquerda de influxo diminui, o que eleva a pressão diferencial para o DAV e reduz o seu fluxo, de modo que este equivalha novamente ao débito do VD. Inúmeros fatores contribuem para a falência de VD pós-implante de DAV: elevação da pós-carga e proteção inadequada; pré-carga imprevisível e variável; tônus vascular instável; hipotermia; transfusões; enchimento de VE e desvios do septo interventricular. O tratamento da síndrome vasoplégica (depleção da vasopressina endógena pela CEC e Milrinone) e a manutenção de um índice de trabalho sistólico do VD (ITSVD = [PAM – PVC] x volume sistólico indexado x 0,0136) necessariamente superior a 5g/m²/bat. (idealmente acima de 8g/m²/bat.) são fundamentais para previnir e tratar a falência de VD pós-DAV e, para esta finalidade, o emprego de Noradrenalina e Vasopressina é crucial.

40889

Correlação da força isométrica de quadríceps com a capacidade funcional em pacientes insuficiência cardíaca avançada hospitalizados em uso de dobutamina

PATRICIA FORESTIERI, ISIS BEGOT VALENTE, LAION RODRIGO DO AMARAL GONZAGA, VINICIUS BATISTA SANTOS, FLAVIO DE SOUZA BRITO, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO, WALTER JOSÉ GOMES e SOLANGE GUIZILINI.

UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Dispneia e fadiga são fatores limitantes da capacidade funcional em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) e diversos estudos apontam que o descondicionamento físico está associado a disfunção da musculatura esquelética. A realização de um programa de reabilitação cardíaca baseada em exercícios é benéfica para reverter mas poucos estudos englobam a avaliação da capacidade funcional em pacientes com IC hospitalizados em uso de suporte inotrópico intravenoso, havendo uma lacuna sobre as condições musculares dessa população e a possibilidade de um treinamento precoce com exercícios para otimizar a capacidade funcional desde o ambiente hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a força muscular isométrica de quadríceps e sua correlação com a capacidade funcional em pacientes hospitalizados com IC em uso contínuo de suporte inotrópico intravenoso. **Métodos:** 45 pacientes IC avançada, Classe Funcional IV (NYHA), hospitalizados em uso contínuo de suporte inotrópico intravenoso (dobutamina) foram submetidos a avaliação da capacidade funcional pela distância percorrida no Teste da Caminhada de Seis Minutos (DPTC6) ,avaliação da força isométrica de quadríceps do membro inferior dominante utilizando um dinamômetro manual (Lafayette Dynamometer – 01163) após 24 horas da admissão e estabilização do quadro clínico. **Resultados:** Os pacientes que apresentaram menores valores da força muscular isométrica de quadríceps por meio da avaliação com o dinamômetro manual, foram os pacientes que apresentaram menor DPTC6, havendo uma boa correlação (r=0,7) entre a força muscular de quadríceps e a capacidade funcional avaliada pelo TC6. **Conclusão:** A força de contração isométrica de quadríceps pode ser um fator determinante para a redução da capacidade funcional de pacientes com IC avançada hospitalizados.

40890

Insuficiência cardíaca grave com dependência de inotrópicos e contraindicação ao transplante cardíaco e a dispositivos de assistência ventricular: o que fazer?

MARCELY GIMENES BONATTO, JOSE HENRIQUE DE GÓIS, VICTOR HUGO VENTURA TORREZ e FRANCISCO MAIA DA SILVA.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL.

Relato de caso: Masculino, 69 anos, hipertenso, diabético, obeso mórbido, rins policísticos, doença renal crônica não dialítica, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, fibrilação atrial e Insuficiência Cardíaca (IC) isquêmica, com revascularização miocárdica (RVM) há 9 anos. Em uso de AAS, espironolactona, furosemida, bisoprolol, candesartana, atorvastatina, hidralazina, nitrato e warfarina. Admitido por dispnéia aos mínimos esforços,ortopnéia, edema de extremidades. Taquidispneico com má perfusão periférica, creptação pulmonar bibasal, ascite e edema de membros inferiores. Clearance de creatinina 23ml/min/1.73m2. Eletrocardiograma com bloqueio do ramo esquerdo e atrioventricular de 1° grau. Iniciado dobutamina e diureticoterapia. Evoluiu com dependência de inotrópicos e piora da função renal necessitando de hemodiálise. Coronariografia mostrou coronária direita e ponte de safena para coronária direita ocluídas, circunflexa pérvia, descendente anterior (DA) ocluída e ponte de safena para DA pérvia com lesão de 90% após enxerto em terço médio do vaso nativo. Ressonância Miocárdica com disfunção sistólica de ventrículo direito (FE33%), esquerdo (FE 24%) e área isquêmica com viabilidade estimada em 20%. O transplante cardíaco está indicado em pacientes com IC refratária ou dependência de inotrópicos. Este paciente não é candidato ao transplante devido a presença de três contraindicações relativas: diabetes mellitus insulinodependente com lesão de órgão-alvo, obesidade mórbida e doença renal crônica em estágio ≥ 4. **Conclusão:** Como alternativa, cogitou-se o implante de dispositivos de assistência ventricular de destino. No entanto, não existe consenso na literatura quanto ao uso destes dispositivos em pacientes em terapia dialítica e sabe-se que sua presença dificulta a aceitação nos centros de diálise. Devido a possibilidade de miocárdio hibernado e a grande carga isquêmica demonstrada na ressonância, foi optado por angioplastia de DA protegida por Impella. Durante o procedimento observou-se espasmo e dissecção do vaso, corrigido com implante de 3 stents. O Impella foi fundamental para manter estabilidade hemodinâmica durante as complicações desta angioplastia de alto risco. Na evolução o paciente apresentou significativa melhora clínica, possibilitando o desmame de inotrópicos e otimização do tratamento da IC. Recebeu alta após 6 meses de hospitalização em classe funcional II (NYHA).

40891

Análise da associação de fatores de risco e variáveis sociodemográficas com diagnósticos de enfermagem prioritários para insuficiência cardíaca na atenção primária

DAYSE MARY DA SILVA CORREIA, ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, EVANDRO TINOCO MESQUITA e MARIA LUIZA GARCIA ROSA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) trazem grande impacto aos índices de mortalidade no mundo e no Brasil, sendo a insuficiência cardíaca (IC), uma doença grave e evolutiva. E para o enfermeiro, importa todas as respostas, clínicas ou não, que o indivíduo tem diante da doença em seus diferentes estágios na atenção primária, para que haja o planejamento das intervenções. **Objetivo:** Analisar a associação de fatores de risco e variáveis sociodemográficas com diagnósticos de enfermagem prioritários para insuficiência cardíaca na atenção primária. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal, parte integrante do Estudo Digitalis, o qual envolveu 633 indivíduos randomizados de um banco de dados de 137.463 cadastrados do Programa Médico de Família (PMF), do município de Niterói/RJ, com idade a partir de 45 anos. Os dados foram coletados durante a consulta de enfermagem, realizada de julho de 2011 a novembro de 2012, na qual foi utilizado um questionário único. Os dados foram organizados e analisados pelo programa SPSS, versão 17.0. **Resultados:** A análise deu-se a partir da associação de 25 (vinte e cinco) diagnósticos de enfermagem prioritários, identificados por especialistas pelo Método Delphi, com fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, doença arterial coronariana); variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, cor da pele e escolaridade); e estágios de IC. Dos 25 diagnósticos analisados nos 633 indivíduos do estudo, três não apresentaram diferenças estatisticamente para nenhuma variável estudada: disposição para nutrição melhorada, baixa autoestima situacional e fadiga. Os demais 23 diagnósticos apresentaram diferenças estatisticamente significativas para um número de variáveis que variou de 1 a 7. **Conclusão:** A reflexão da prática do enfermeiro na atenção primária, na abordagem da doença crônica, subsidiada pela análise, propõe ampliar a visão frente à utilização do diagnóstico de enfermagem de um indivíduo para o diagnóstico de uma comunidade.

40895

Insuficiência cardíaca associada ou não ao diagnóstico de infarto agudo do miocárdio: comparação entre os perfis de pacientes

PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, VIVIAM DE SOUZA RAMIREZ, FLAVIO DE SOUZA BRITO, MARIANA YUMI OKADA, DOUGLAS JOSE RIBEIRO, THIAGO ANDRADE DE MACEDO, SHEILA APARECIDA SIMOES, MARCELO JAMUS RODRIGUES, JOSE CARLOS TEIXEIRA GRACIA, ANTONIO CLAUDIO DO AMARAL BARUZZI e VALTER FURLAN.

Hospital Totalcor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) podem apresentar elevação de marcadores de necrose miocárdica e isto pode gerar dúvidas no diagnóstico diferencial com infarto agudo do miocárdio (IAM). **Objetivo:** Comparar os pacientes em que se confirmou o diagnóstico de IAM versus aqueles em que se afastou este diagnóstico. **Métodos:** Avaliados retrospectivamente dados de 1474 pacientes consecutivamente internados com diagnóstico de IC (compensada ou não) em um hospital privado especializado em cardiologia. Foram selecionados 734 casos em que se dosou troponina considerando que tais casos foram aqueles em que se investigou possibilidade de IAM. Dentre estes pacientes, separou-se aqueles em que foi feito o diagnóstico de IAM na internação, e estes foram comparados aos pacientes internados por IC em que a investigação afastou o diagnóstico de IAM. Analisou-se o perfil destes pacientes, bem como os níveis de biomarcadores (troponina e BNP). **Resultados:** Em 32% dos casos em que se dosou troponina, foi confirmado diagnóstico de IAM. Nos 498 casos em que não foi feito o diagnóstico de IAM, 21 % (n=104) apresentaram troponina acima do limite de referência que é de 0,01 (média neste grupo = 1,37). O grupo sem IAM apresentava idade mais avançada e maior prevalência de HAS, IRC e FA em comparação com o grupo IAM (todos p < 0,01). Já o grupo com diagnóstico de IAM apresentava mais pacientes do sexo masculino e maior prevalência de cardiopatia isquêmica (ambos com p < 0,01). A fração de ejeção foi semelhante entre os grupos (42% x 41,2% p=0,88). A tabela abaixo compara os biomarcadores nos grupos com e sem diagnóstico de IAM. **Conclusão:** Dentre os pacientes com IC em que se dosou troponina, diversos fatores clínicos e laboratoriais foram diferentes entre os pacientes que apresentaram IAM quando comparados aos casos de IC sem confirmação diagnóstica de IAM. O conhecimento destes fatores pode ser útil na investigação diagnóstica destes casos.

	IC sem IAM(n= 498)	IAM com IC (n= 236)	Valor de P
Nível médio de troponina geral	0,30	13,44	<0,01
Nível médio dos casos com troponina positiva	1,37	13,44	<0,01
Nível médio de BNP	1150	785	<0,01

40896

Conhecimento, barreiras e atitudes em relação ao sódio na dieta de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca descompensada

SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI, MELINA MARIA TROJAHN, KARINA SANCHES MACHADO D`ALMEIDA, GRAZIELLA ALITI, GABRIELA CORRÊA SOUZA e ENEIDA REJANE RABELO.

PPG Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - HCPA - Grupo de Insuficiência Cardíaca e Transplante, Porto Alegre, RS, BRASIL - HNSC - Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A não adesão à restrição de sódio possui baixa prevalência quando orientada a pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e tem sido identificada como um dos principais fatores precipitantes de descompensação. O Questionário de Restrição de Sódio na Dieta (QRSD) - fundamentado na Teoria do Comportamento Planejado - possibilita avaliar os fatores que potencialmente podem interferir na adesão a tal medida. **Delineamento e Objetivo:** Estudo transversal desenvolvido para avaliar o conhecimento, as barreiras e as atitudes de pacientes admitidos por IC descompensada em relação ao sódio na dieta. **Pacientes:** Incluíram-se adultos, de ambos os gêneros, admitidos por descompensação da IC, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida ou preservada. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada entre 2013 e 2014, nas duas maiores unidades de emergência do Rio Grande do Sul. Os pacientes foram entrevistados e responderam a uma ficha clínica e ao QRSD, instrumento composto por 27 questões, descritivas e de múltipla escolha, pontuado por meio de escala Likert de cinco pontos. Esse instrumento foi recentemente validado para uso no Brasil. **Resultados:** Entre os dois centros, foram incluídos 225 pacientes (idade 66 + 12 anos), com predomínio do sexo masculino (53,8%) e da classe funcional III da New York Heart Association no momento da avaliação (62,6%). O conhecimento dos pacientes em relação ao sódio é elevado, e a opinião dos familiares e profissionais da saúde influencia positivamente a adesão (até 50% dos pacientes obtiveram 40 de um total de 45 pontos). As principais barreiras incluem a palatabilidade e as preferências alimentares. Situações de tomada de decisão fora de casa parecem não influenciar a adesão de forma significativa. **Conclusão:** Intervenções para esta população poderiam incluir pacientes e familiares, e se relacionarem a maneiras de acostumar gradualmente o paladar aos alimentos com pouco sal e ao ensino de preparações com temperos alternativos ao sal - muitos desses naturais - capazes de realçar o sabor, o aroma e até mesmo a aparência dos alimentos.

40906

Prevalência e valor preditivo de sinais clínicos de pacientes com insuficiência cardíaca

SARA FERNANDA GOMES DE LIMA SILVA, DEYSE CONCEIÇÃO SANTORO, RAFAEL PITTA e RAYANE MESSIAS FERNANDES MACHADO.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: No Brasil, as doenças cardiovasculares representaram a terceira causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde em 2010, sendo a insuficiência cardíaca (IC) a causa mais frequente de hospitalização com 1.156.136 internações, e o infarto agudo do miocárdio (IAM) a mais frequente de mortalidade. Aquele que sobrevive ao infarto evolui para IC. A perspectiva é de aumento destes números entre 40 e 50%, com o aumento da população idosa e melhoria nas condições de tratamento. Assim, torna-se importante compreender as respostas do indivíduo ao acometimento/doença cardiovascular, considerando a necessidade emergente de autonomia e garantia do exercício profissional da enfermagem baseada em evidências, associando os sintomas e sinais clínicos comumente conhecidos na prática clínica cardiológica em fenômenos, ações e resultados de enfermagem. **Objetivo:** Diante disso, o estudo teve como objetivos caracterizar o perfil clínico dos pacientes que evoluíram com IC após IAM; relacionar os sinais clínicos prevalentes em pacientes com quadro de IC; identificar o valor preditivo dos sinais clínicos para os pacientes com IC. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional de abordagem quantitativa, do tipo descritivo transversal retrospectivo. O cenário foi o Serviço de Cardiologia do HUCFF/UFRJ, após aprovação pelo Comitê de Ética. O material analisado constou do registro de 38 pacientes atendidos entre agosto de 2010 e julho de 2012. Para tal investigação utilizou-se formulário próprio e levantamento documental em prontuário. A partir dos instrumentos preenchidos, um banco de dados no Microsoft Excel 2007 foi elaborado, e, selecionando as variáveis do estudo, importamos tal banco para o programa EPI INFO, a fim de realizar análises estatísticas. As análises foram sintetizadas em tabelas para demonstrar as principais variáveis clínicas. **Resultados:** Os resultados mostraram que 71,1% dos pacientes tiveram como sinal clínico prevalente a redução do débito cardíaco (medida pelo índice cardíaco). Destacaram-se como razões de chances (odds ratio/OR) a resistência vascular sistêmica aumentada OR=4,533, a terceira bulha OR=3,429 e a fração de ejeção diminuída OR=2,850. **Conclusão:** Com a obtenção do valor preditivo de tais sinais clínicos, o estudo apontou os mesmos como indicativos importantes na avaliação e presunção diagnóstica de enfermagem para o perfil clínico de grande parte dos pacientes acometidos pela IC.

40908

Eletroestimulação muscular periférica associada a exercícios progressivos em paciente com insuficiência cardíaca avançada em uso contínuo de suporte inotrópico intravenoso: estudo de caso

ALANA KOCK FERREGUETTI COSTA, PATRICIA FORESTIERI, ISIS BEGOT VALENTE, MONIQUE FERNANDA PERES, VINICIUS BATISTA SANTOS, FLAVIO DE SOUZA BRITO, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO, RITA SIMONE LOPES, WALTER JOSÉ GOMES e SOLANGE GUIZILINI.

UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A reabilitação cardíaca baseada em exercícios é pouco abordada em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) avançada hospitalizados devido ao alto risco de eventos cardiovascular. A eletroestimulação muscular periférica (EMP) tem se mostrado um método de tratamento alternativo para iniciar a reabilitação nesses pacientes. **Objetivo:** Avalia os efeitos da EMP como ferramenta pra iniciar um programa de reabilitação cardiovascular baseada em exercícios em um paciente hospitalizado, em uso de suporte inotrópico intravenoso contínuo, à espera de transplante cardíaco. **Relato de caso:** Paciente de 34 anos de idade, sexo masculino, diagnosticado com Miocardiopatia Chagásica, hospitalizado com IC avançada classe funcional IV (NYHA), fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 15%, a espera de transplante cardíaco, em uso contínuo de dobutamina a 18ml/hr. Foi submetido a um programa de exercícios progressivos e intervalados, dividido em três fases: Fase 1 - sessões de EMP em quadríceps e tríceps sural (1h, 2 vezes/dia, por 05 dias) fase 2 - sessões de EMP associadas a caminhadas intervaladas progressivas (30min, 2 vezes/dia, por 5 dias). A tolerância ao exercício foi avaliada pelo teste da caminhada de seis minutos após 72 horas da admissão e estabilização do quadro clínico e ao final de cada fase. **Conclusão:** A EMP pode ser útil para o paciente com IC avançada hospitalizado, pois seu uso por um curto período de tempo foi capaz de melhorar a tolerância aos exercícios, preparando-o para o início de um programa de exercícios progressivos baseado no treinamento aeróbico intervalado de baixa intensidade e assim, otimizar sua capacidade funcional e a qualidade de vida até a realização do transplante cardíaco.

40909

Existe diferença na qualidade de vida de pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca de acordo com a sua função ventricular?

DANIEL FERNANDES MELLO DE OLIVEIRA, RANNA SANTOS PESSOA, LUANA LOPES DE MEDEIROS, RENNE CUNHA DA SILVA, IZADORA KARINNY DE SOUZA, VITOR TAVARES PAULA, PEDRO VICTOR ALCÂNTARA DA COSTA, RAFAELLA SANTOS MAFALDO, MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA CARVALHO, ILA MARIA FERREIRA BENDASSOLLI e ROSIANE VIANA ZUZA.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) com função sistólica preservada (ICFSP) é uma condição bastante prevalente em pacientes idosos e vários estudos têm procurado caracterizá-la melhor. Apesar de poucos dados sobre a história natural dessa síndrome em relação à IC com função sistólica reduzida (IC sistólica), Senni et al (J Am Coll Cardiol, 2001; 38:1277-82) sugerem a possibilidade de que o prognóstico da ICFSP é tão grave quanto o da IC sistólica. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida (QV) de pacientes portadores de IC sistólica em relação àqueles com ICFSP. **Pacientes:** Foram avaliados 36 pacientes acompanhados no Ambulatório Interprofissional de Insuficiência Cardíaca (AMIIC), do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal - RN, no período de março/2010 a janeiro/2015. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de estudo observacional longitudinal, envolvendo indivíduos agrupados de acordo com a função sistólica do ventrículo esquerdo (FEVE) determinada pelo ecocardiograma. O diagnóstico da IC foi feito pelos critérios de Boston e a QV avaliada, em 3 momentos distintos, pelo *Minnesota Living with Hearting Failure Questionnaire* (MLHFQ). Além da análise descritiva dos dados, foi feita análise inferencial utilizando o teste t de Student ou Kruskal Wallis para variáveis com comportamento paramétrico e não paramétrico, respectivamente. **Resultados:** Dos 36 pacientes analisados, 41,67% eram mulheres e 58,33% homens, com média de idade de 52,86±13,97 anos. Nesse grupo, 75% tinham o diagnóstico de IC sistólica e 25% o diagnóstico de ICFSP. A mediana da QV na primeira consulta foi de 45 pontos (5-80 pontos) entre os pacientes com IC sistólica e 41 pontos (10-87 pontos) entre os pacientes com ICFSP, com p=0,509. Já no terceiro mês de acompanhamento, a mediana da QV foi de 34 pontos (4-70 pontos) para os pacientes com IC sistólica e 32,5 pontos (0-81 pontos) para os pacientes com ICFSP, com p=0,866. E, no sexto mês, a mediana dos QV foi de 31,5 pontos (1-97 pontos) para os pacientes com IC sistólica e 35 pontos (16-53 pontos) para os com ICFSP, com p=0,490. **Conclusão:** O impacto negativo sobre a QV é semelhante em indivíduos com disfunção sistólica e com ICFSP nos primeiros meses de acompanhamento especializado. Nesse período, ambos os grupos apresentaram melhora da QV, não havendo diferença estatisticamente significante na evolução de indivíduos com disfunção sistólica quando comparados aos com ICFSP.

40912

Abordagem interprofissional como estratégia para a melhoria da assistência integral ao paciente internado com insuficiência cardíaca

CARLA SUELY SOUZA DE PAULA, CESIMAR SEVERIANO DO NASCIMENTO, MARIA FERNANDA DE OLIVEIRA CARVALHO, MARIA NAZARE BATISTA, NATÁLIA CASTRO DE CARVALHO SCHACHNIK NOG, NIETHIA REGINA DANTAS DE LIRA e ROSIANE VIANA ZUZA.

Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, RN, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada pela inabilidade do coração em suprir as demanda metabólicas orgânicas. Assim, por seu caráter sistêmico, comumente está associada ao desenvolvimento de alterações do estado de humor, sintomas de ansiedade, distúrbios nutricionais e risco elevado de interações medicamentosas. Nesse contexto, é relevante destacar a necessidade do cuidado interprofissional direcionado e contínuo para assistência integral a esses pacientes. **Objetivo:** Descrever as atividades e a assistência interprofissional prestada a pacientes com IC, em uma unidade de internação cardiológica de um hospital universitário. **Pacientes:** Foram atendidos, de forma interprofissional, 64 pacientes, entre janeiro e abril de 2015. **Delineamento e Métodos:** Estudo descritivo das atividades desenvolvidas pela equipe interprofissional (médicos, psicóloga, nutricionistas, assistente social e farmacêutica. **Resultados:** Dentre os 64 pacientes atendidos, 20 (33,9%) tinham IC. Destes, 14 eram do sexo masculino e a média de idade foi de 56,7 anos. Semanalmente foram realizados 2 encontros: uma visita clínica interprofissional (com discussão de todos os pacientes) e, em outro momento, uma discussão aprofundada de um caso selecionado. Durante as visitas, a equipe apresentou suas diferentes abordagens sobre a assistência aos pacientes, definindo a melhor condução do tratamento. Para permitir essas discussões, o serviço de psicologia procede com uma entrevista inicial logo que o paciente é internado e, a depender das queixas ou demandas emocionais verificadas, são estabelecidas visitas de rotina, ou dá-se início à sequência de atendimentos. O acompanhamento nutricional tem início na admissão do paciente, com a realização da anamnese e avaliação nutricional, determinação das necessidades nutricionais e a elaboração da conduta dietoterápica, seguindo com visitas sistemáticas, orientação nutricional na alta e o encaminhamento para ambulatório de nutrição. A farmacêutica analisa as prescrições, buscando fatores prejudiciais ao sucesso da farmacoterapia, como interações medicamentosas e medicamento-alimento, incompatibilidades físico-químicas, ajustes posológicos e preparo de medicamentos para administração parenteral. **Conclusão:** A constituição da equipe interprofissional voltada ao atendimento na unidade cardiológica permitiu a assistência integral e continuada, proporcionando uma maior segurança nas decisões para o seguimento terapêutico do paciente com IC.

40915

Melhora da insuficiência mitral após implante transcateter de bioprótese aórtica por via transapical

HERALDO GUEDIS LOBO FILHO, JOSE GLAUCO LOBO FILHO, MARCO AURELIO BARROSO AGUIAR, MATHEUS DUARTE PIMENTEL, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, DIEGO GAIA, HERBET ALMEIDA MAGALHÃES, MARIA CLAUDIA DE AZEVEDO LEITAO, ELCIAS CAMURCA JUNIOR e CEZARIO ANTONIO MARTINS GOMES.

Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Implante transcateter de bioprótese aórtica tem sido procedimento cada vez mais relevante na prática médica para o tratamento da estenose aórtica, sobretudo em pacientes com risco cirúrgico muito elevado ou proibitivo para cirurgia tradicional. A presença de insuficiência mitral pode estar associada a maior morbi-mortalidade, no entanto, alguns trabalhos demonstram redução do grau de insuficiência desta valva após o tratamento da valva aórtica. **Objetivo:** Avaliar evolução de IM de três pacientes portadores de IM moderada a importante e que foram submetidos ao implante transcateter de bioprótese aórtica por via transapical, por estenose aórtica grave. **Pacientes:** Dos 21 pacientes submetidos ao implante transcateter de bioprótese aórtica por via transapical por estenose aórtica grave, em nosso serviço, de maio de 2012 a maio de 2015, quatro eram portadores de IM de moderada a importante. Em um destes casos não obtivemos acesso ao ecocardiograma pós-operatório. Em relação ao grupo de três pacientes estudados, dois eram do sexo feminino, idade média era de 80,33 ± 7,63 anos, Euroscore II médio de 11,25 ± 3,1, STS - score médio de 15,06 ± 9,26. **Métodos:** Dados foram coletados de prontuários e bancos de dados. **Resultados:** Nenhum dos três pacientes apresentou intercorrências no procedimento nem no período pós-operatório, encontrando-se vivos em seguimento ambulatorial até o momento, com follow-up médio de 19,33 ± 14,84 meses. Ecocardiograma antes da alta hospitalar, e no seguimento ambulatorial mostraram próteses valvar aórtica normofuncionante, gradiente transprotético médio menor que 10mmHg, e insuficiência mitral leve. Apenas um dos pacientes (33%) apresentou discreto refluxo paravalvar. **Conclusão:** Nesse estudo, os pacientes submetidos a implante valvar aórtico por via transapical por estenose aórtica grave, que apresentavam IM de moderada a importante no pré-operatório, demonstraram boa evolução no período pós-operatório e no seguimento ambulatorial, bem como significativa redução da insuficiência valvar mitral.

40916

Perfil clínico à admissão em clínica de insuficiência cardíaca dos pacientes que evoluíram ao óbito

LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, MARIA APARECIDA ROSA MANHAES, ROSIANE FÁTIMA SILVEIRA DE ABREU, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, EUGENIO PAES CAMPOS, PAULO JOSE PEREIRA CAMANDAROBA, SERGIO FERREIRA SGARAGLIA, GELSOMINA ANGELINA MARTINS COSTA PEREIRA, SERGIO S.M.C. CHERMONT, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO e WOLNEY DE ANDRADE MARTINS.

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca do UNIFESO (CLIC), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: As clínicas de IC objetivam aumentar a adesão do paciente ao tratamento. Reduzem hospitalizações, com impacto duvidoso sobre mortalidade. Há questionamento quando à priorização das clínicas de insuficiência cardíaca (IC) para pacientes mais graves à admissão, os quais mais se beneficiariam ou abri-las indistintamente. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes admitidos em clínica de IC que evoluíram ao óbito no seguimento. **Delineamento:** Estudo observacional. **Métodos:** De 292 pacientes registrados em clínica de IC, com atendimento exclusivo aos pacientes da rede pública, na região serrana fluminense, foram avaliados 80 (87%) dos 93 pacientes que evoluíram ao óbito durante o seguimento, no período entre 2009 e 2014. **Resultados:** Dos 80 pacientes que evoluíram ao óbito, 43(54%) eram do sexo masculino e a média de idade na admissão = 63,8+12,7 anos. O seguimento mediano na clínica de IC foi de 10,4 meses. A pior classe funcional da NYHA atingida foi II (14%), III (15%) e IV(71%). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEjVE) medida por Simpson foi 39,8+14,0%, dos quais 78% tinham FEjVE < 50%. A primeira aferição da qualidade de vida pelo *Minnesota living with heart failure questionnaire* (*MLHFQ*) foi 36,6+18,7 e a última aferição antes do óbito foi 22,9+19,5. Os pacientes apresentaram à admissão as respectivas taxas de filtração glomerular: 28% ≥ 90mL/min; 23% entre 89 e 60mL/min; 38% entre 59 e 30mL/min; 8% entre 29 e 15mL/min; e 2% < 15mL/min. A média do potássio sérico à admissão foi de 4,6+0,8mEq/L e a pressão arterial sistólica média foi de 116,3+20,6mmHg. **Conclusão:** O perfil constatado reflete o espectro de pacientes atendidos em clínicas de IC, geralmente com cardiopatias dilatadas e fração de ejeção reduzida, encaminhados após alta hospitalar. Interessante ressaltar que houve melhora na qualidade de vida, mesmo nos pacientes que evoluíram ao óbito.

40917

Estudo randomizado dos efeitos agudos hemodinâmicos de dois modos de ventilação não invasiva na insuficiência cardíaca crônica

MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, SERGIO S.M.C. CHERMONT, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, SABRINA BERNARDEZ PEREIRA, BARBARA AMARAL FERREIRA, ANDREZZA HELENA REGADAS MUNIZ, JONATHAN COSTA GOMES, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, LUANA DE DECCO MARCHESE, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - CLIC - Unifeso, Teresópolis, RJ, BRASIL.

Fundamento: A ventilação não invasiva (VNI) melhora a dispneia e a função hemodinâmica na insuficiência cardíaca (IC). A impedância cardiográfica (ICG) afere parâmetros hemodinâmicos como a razão diastólico - sistólica (razão O/C) correlacionada com medidas invasivas determinantes do aumento da pré-carga ventricular e do grau de disfunção do VE (*Woltjer et al. Am Heart J. 1997 Sep;134(3):450-5*). A resposta hemodinâmica da VNI em pacientes (pcts) com IC crônica está pouco fundamentada. **Objetivo:** Determinar os efeitos agudos hemodinâmicos de dois modos de VNI (CPAP e Bilevel) em pcts com IC crônica. **Delineamento:** Estudo randomizado cruzado e controlado. **Pacientes:** 15 pcts estáveis, FE< 50%, NYHA II/III alocados no grupo IC (GIC) e 15 indivíduos saudáveis no grupo controle (GC). **Métodos:** VNI foi randomizada, em dois momentos diferentes: Bilevel e CPAP ou CPAP e Bilevel, monitorados pela ICG na situação basal e durante 30 minutos com registro das variáveis de contratilidade, resistência, fluxo e impedância. Análise estatística: testes *t-student* e ANOVA de dois fatores para a resposta durante a VNI. O valor de p<0,05 foi considerado significante. **Resultados:** O GIC (idade 63 ± 3 anos, IMC:27,5±1kg/m² e FEVE:40,6±2,3%) teve diferença entre as respostas nos modos CPAP e Bilevel no basal e 30 minutos de VNI: volume sistólico (VS) CPAP pré=70±5ml e pós=76±5ml; p <0,05 vs Bilevel pré=69±6ml e pós=71±6ml; p=NS; trabalho do VE (TVE) CPAP: pré=4,5±0,4kg.m e pós=5±0,4kg.m; p<0,05 vs Bilevel pré=4,5±0,5kg.m e pós=4,7±0,4kg.m; p=NS e na razão O/C: CPAP pré=57±11; pós=37±5%; p<0,05 vs Bilevel pré=52±12kg.m e pós=62±19%; p=NS. O CPAP diminuiu a razão O/C nos GIC e GC e o Bilevel aumentou a O/C desde o início até o final (p<0,001). **Conclusão:** No GIC, o modo Bilevel aumentou as variáveis de resistência (PAS, PAD e PAM) e o modo CPAP aumentou o TVE e o VS e diminuiu a pressão final de enchimento do VE (razão O/C). O modo Bilevel aumentou as pré e pós carga do VE (razão O/C e na RVS, respectivamente) e o modo CPAP diminuiu as pré e pós-carga do VE (razão O/C e na RVS, respectivamente).

40918

Causas de óbito em pacientes acompanhados em clínica de insuficiência cardíaca

MARIA APARECIDA ROSA MANHAES, EUGENIO PAES CAMPOS, REGINA CÉLIA CÉRVOLO DE CARVALHO, MARLI GOMES DE OLIVEIRA, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, ROSIANE FÁTIMA SILVEIRA DE ABREU, SERGIO FERREIRA SGARAGLIA, GELSOMINA ANGELINA MARTINS COSTA PEREIRA, PAULO JOSE PEREIRA CAMANDAROBA, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA e WOLNEY DE ANDRADE MARTINS.

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca do UNIFESO (CLIC) , Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF) , Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A morte é o desfecho mais valorizado em todos os estudos clínicos que avaliam intervenções. Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) têm alta mortalidade apesar de todas as terapêuticas incorporadas. As clínicas de IC notabilizaram-se por aumentar a adesão às terapias recomendadas nas diretrizes. A morte cardiovascular no paciente com IC pode se dar de modo súbito ou por deterioração da função ventricular. A presença de comorbidades, entretanto, pode interferir no perfil de mortalidade. **Objetivo:** Avaliar as causas imediatas de óbito em pacientes acompanhados em clínica de IC. **Delineamento:** Estudo observacional. **Métodos:** De 292 pacientes admitidos em clínica de insuficiência cardíaca, com atendimento exclusivo aos pacientes da rede pública, na região serrana fluminense, foram avaliados 80 pacientes que evoluíram ao óbito durante o seguimento, no período entre 2009 e 2014. Do total de óbitos, obteve-se o acesso à causa de óbito em 64(80%). **Resultados:** Houve 62(97%) óbitos de causas naturais e 2 (3%) óbitos por morte violenta (uma queda da laje e outro por soterramento durante enchente). Dos óbitos de causas naturais, 43 (69%) foram atribuídos às causas cardiovasculares; 16(26%) a outras causas clínicas (infecções, doenças respiratórias, diabetes mellitus); e 3(5%) ao câncer. Dentre os pacientes cujo óbito foi atribuído à causa cardiovascular, 11(26%) óbitos foram classificados como morte súbita. **Conclusão:** A maioria dos óbitos dos pacientes com IC se deu por causas cardiovasculares, entretanto há quantitativo significativo de outras causas, muito provavelmente relacionado às comorbidades frequentes nos pacientes com IC.

40919

Efeito agudo hemodinâmico da pressão positiva contínua em vias aéreas em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal: estudo piloto

MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, MARIA CLARA S S DOS SANTOS MURADAS, SERGIO S.M.C. CHERMONT, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, JONATHAN COSTA GOMES, BARBARA AMARAL FERREIRA, ANDREZZA HELENA REGADAS MUNIZ, LUANA DE DECCO MARCHESE, ANTÔNIO JOSE LAGOEIRO JORGE, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Programa de Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares/UFF, Niterói, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca, Teresópolis, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção normal (ICFEN) acomete 50% dos portadores de insuficiência cardíaca, com prevalência crescente. A ventilação não invasiva (VNI) tem sido empregada como tratamento não farmacológico na IC crônica, e apesar de já descritos os efeitos do CPAP na IC, pouco se sabe sobre os efeitos específicos do CPAP na ICFEN. **Objetivo:** Determinar o efeito agudo hemodinâmico da VNI com o modo da CPAP em pacientes ambulatoriais com ICFEN. **Métodos:** O estudo seguiu um protocolo transversal, cruzado, controlado e duplo-cego. Foram avaliados cinco pacientes portadores de ICFEN de uma clínica de IC (2 ♂ e 3 ♀, 70,6±11 anos, FEVE 61,9±3,5%). Os pacientes foram submetidos à VNI modo CPAP ou placebo em dias alternados (segundo randomização), por 30 minutos em posição recumbente e monitorados por impedância cardiográfica (momentos pré, per e pós CPAP 7cmH_2O). Análise estatística: Teste "*t- student*" e o valor de *p* foi considerado significante se ≤ 0,05. **Resultados:** Ocorreu um aumento significativo nas seguintes variáveis: débito cardíaco (DC: 4,02±1,8 vs 5,04±1,3), volume sistólico (VS; 70,6±18 vs 74,8±19), tempo de ejeção do ventrículo esquerdo (VE/LVET; 325,6±32,06 vs 357,4±53,39), trabalho do VE (LCW; 5,05±1,66 vs 5,54±1,74) e redução do índice de aceleração do VE (ACI; 71,4±34,7 vs 61,8±30,2), índice Heather (HI 13,14±3,10 vs 11,5±2,55) e da resistência vascular sistêmica (RVS; 1383,6±485,1vs 1324,8±285,8) após as sessões de VNI com o modo CPAP. O valor de p foi menor que 0,05 em todas as variáveis. **Conclusão:** Neste estudo piloto, o efeito benéfico hemodinâmico do modo CPAP sugere que a VNI parece melhorar a função diastólica em portadores de ICFEN. A amostra deverá ser aumentada.

40920

Variação dos parâmetros hemodinâmicos durante uma sessão de eletroestimulação neuromuscular através da bioimpedância cardiotorácica em pacientes com insuficiência cardíaca

DANIELLE WAROL DIAS, LUANA DE DECCO MARCHESE, MÔNICA M P QUINTÃO, RONDINELI J BARROS e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC/UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A eletroestimulação neuromuscular (EENM) em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) resulta em melhorias na força, resistência muscular e na tolerância ao exercício. Porém pouco se sabe sobre o comportamento hemodinâmico desses pacientes decorrentes da EENM. **Objetivo:** Determinar o efeito agudo sobre a variação dos parâmetros hemodinâmicos durante uma sessão de EENM através da bioimpedância cardiotorácica (BCT). **Delineamento e Métodos:** Protocolo transversal. Participaram do estudo 15 pacientes com IC (7 mulheres, Idade 68 ± 11 ANOS, IMC 27,3±4,3 kg/cm² e FEVE 37±7%). A EENM foi realizada com uma corrente de estimulação elétrica funcional (FES) com uma Frequência de 50Hz; Tempo: 35min; Grupamento: Quadríceps. Os pacientes foram monitorados pela BCT e os parâmetros hemodinâmicos foram registrados 5min. pré, durante e 5min. pós EENM. Análise estatística: ANOVA one-way, considerado significante p≤ 0,05. **Resultados:** Ocorreram mudanças significativas nos parâmetros hemodinâmicos de resistência, fluxo e contratilidade. Houve variações significantes com tendência a diminuição do volume sistólico (VS) e do débito cardíaco (DC) e ainda uma correlação negativa entre a resistência vascular periférica (SVR) e o trabalho do ventrículo esquerdo (LCW). **Conclusão:** A EENM demonstrou efeitos significativos na amostra estudada. Este resultado sugere que uma sessão de EENM, pode proporcionar efeitos agudos sobre as variáveis de resistência e contratilidade, determinando uma resposta hemodinâmica a este método em pacientes com IC.

40921

Efeito agudo de uma única sessão de exercício inspiratório com diferentes cargas sobre as variáveis hemodinâmicas de resistência e contratilidade na insuficiência cardíaca

LUANA DE DECCO MARCHESE, DANIELLE WAROL DIAS, MÔNICA M P QUINTÃO, LUCIA B OLIVEIRA, SERGIO S.M.C. CHERMONT e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC/UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A diminuição da força muscular inspiratória na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) tem sido observada em 30 a 50% dos pacientes e apresenta impacto clínico sobre a percepção da dispneia, qualidade de vida e sobre hospitalização e óbito. O treinamento da musculatura inspiratória (TMI) melhora a força muscular respiratória, a capacidade funcional e a qualidade de vida na ICFER e tem sido progressivamente incorporado a prática clínica. Existem poucos estudos sobre as alterações agudas na resposta hemodinâmica durante o TMI. **Objetivo:** Avaliar a resposta hemodinâmica das variáveis de resistência e contratilidade frente uma única sessão de exercício inspiratório com diferentes cargas na insuficiência cardíaca. **Casuística e Métodos:** O estudo investigou as alterações nas variáveis de resistência: pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial média (PAM), pressão de pulso (PP), resistência vascular sistêmica (RVS) e contratilidade: trabalho do ventrículo esquerdo (TVE). Seguiu um protocolo transversal, randomizado, cruzado, placebo-controlado e cego, em pacientes com fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) < 45% (Simpson), classe funcional II e III. Vinte pacientes, 13 homens, idade: 65±11 anos, IMC: 26±4,4kg/m2, PImáx: -101±43 cmH2O, completaram uma sessão única de exercício inspiratório, de 3 ciclos de 15 minutos, com washout de 1 hora, envolvendo cargas de 30% (C30), 60% (C60) e placebo (P), utilizando um resistor de carga linear (PowerBreathe Light). O estudo hemodinâmico não invasivo foi realizado através da bioimpedância cardiotorácica (Niccomo™CardioScreen®). Análise estatística: Teste t-student, considerando significante p≤0,05. **Resultados:** Ao final de 15 minutos a C60 demonstrou aumento significativo da PAS (124±27 vs 131±26mmHg;p=0,001), da PAM (86±18 vs 90±17mmHg;p=0,004), PP (50±16,7 vs 54±15,6mmHg;p=0,005) e TVE (5,2±2,6 vs 5,9±2,5kg.m;p=0,006). A RVS não apresentou mudança significativa. A carga de 30% e o placebo não apresentaram significância em nenhuma dessas variáveis. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo indicam que uma única sessão de exercício inspiratório com a carga de 60%, promove maior repercussão hemodinâmica que a carga de 30%, através da elevação da PAS, PAM, PP e TVE.

40922

Estudo controlado sobre as alterações hemodinâmicas centrais frente uma única sessão de exercício inspiratório com diferentes cargas na insuficiência cardíaca

LUANA DE DECCO MARCHESE, DANIELLE WAROL DIAS, MÔNICA M P QUINTÃO, LUCIA B OLIVEIRA, SERGIO S.M.C. CHERMONT e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC/UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: Fração de ejeção reduzida (ICFER) tem sido observada em 30 a 50% dos pacientes e apresenta impacto clínico sobre a percepção da dispneia, qualidade de vida e sobre hospitalização e óbito. O treinamento da musculatura inspiratória (TMI) melhora a força muscular respiratória, a capacidade funcional e a qualidade de vida na ICFER e tem sido progressivamente incorporado a prática clínica. Existem poucos estudos sobre as alterações agudas na resposta hemodinâmica central (RHC) durante o TMI. **Objetivo:** Avaliar a RHC frente uma única sessão de exercício inspiratório com diferentes cargas na insuficiência cardíaca. **Casuística e Métodos:** O estudo investigou as alterações nas variáveis hemodinâmicas centrais. Protocolo transversal, randomizado, cruzado, placebo-controlado e cego, em pacientes com fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) < 45% (Simpson), classe funcional II e III. Vinte pacientes, 13 homens, idade: 65±11 anos, IMC: 26±4,4kg/m2, PImáx: -101±43 cmH2O, completaram uma sessão única de exercício inspiratório, de 3 ciclos de 15 minutos, com *washout* de 1 hora, envolvendo cargas de 30% (C30), 60% (C60) e placebo (P), utilizando um resistor de carga linear (PowerBreathe Light). O estudo hemodinâmico não invasivo foi realizado através da bioimpedância cardiotorácica (Niccomo™CardioScreen®). Análise estatística: Teste *t-student* e correlação de Pearson, considerando significante p ≤ 0,05. **Resultados:** Ao final de 15 minutos a C60 demonstrou maior valor na escala de esforço percebido (BORG) (0,3±0,9 vs 1,1±1,9, p=0,01) e dispneia (0,2±0,7 vs 0,8±1,5, p=0,02). Foi observado aumento significativo da frequência cardíaca (FC) com a C30 (64±15 vs 69±15bpm; p=0,005) e C60 (67±14 vs 73±14bpm, p=0,002), e não houve alteração diante do P. No volume sistólico (VS) observou-se uma queda significativa com a C30 (73±26 vs 64±20ml; p=0,004), não variando no P e na C60. O débito cardíaco (DC) (4,6±1,5 vs 5,3±1,7 l/min; p=0,001) apresentou aumento significativo apenas com a C60. Houve uma moderada correlação entre o DC e a força muscular inspiratória (r=0,45; p=0,04). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo indicam que uma sessão única com a carga de 60% promove elevação do DC em relação à carga de 30%. Porém, se associa a um maior grau de dispneia e fadiga ao final de 15 minutos.

40923

Comparação de dois modos de realização do teste de caminhada de seis minutos em pacientes com insuficiência cardíaca: estudo piloto

WARLEY DAMAZIO BRANCO, SERGIO S.M.C. CHERMONT, DANIELLE WAROL DIAS, BARBARA AMARAL FERREIRA, LUANA DE DECCO MARCHESE, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA e MÔNICA Mª PENA QUINTÃO.

UNIFESO, Teresópolis, RJ, BRASIL - UFF, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) caracteriza-se pela intolerância ao exercício físico. O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) constitui um instrumento seguro, de baixo custo, de fácil aplicação na avaliação da tolerância ao exercício. Diversos estudos têm buscado formas de aprimorar a realização do teste, novas indicações e diferentes interpretações dos resultados. Uma atualização na forma de realização do TC6M pode adequar sua aplicação quanto à capacidade funcional individual. **Objetivo:** Avaliar a resposta à utilização do TC6M com frequência cardíaca (FC) pré-estabelecida. **Delineamento e Métodos:** Protocolo transversal, em dois momentos com intervalo de até sete dias. Foram avaliados 14 pacientes (9H) com IC, idade: 65±12 anos; IMC: 29±6kg/m²; fração de ejeção: 49±8 %. No primeiro momento foi realizado o TC6M convencional (TC) segundo protocolo da American Thoracic Society. No segundo momento foi realizado o TC6M não convencional (TNC) com uma FC pré-estabelecida. Foram aferidas imediatamente antes e após os testes: pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), FC, frequência respiratória (FR), Borg fadiga (BF), escala subjetiva de dispnéia (ED). Foram registrados o número de voltas para cálculo da distância percorrida em cada teste (DP6M), e a FC de recuperação no primeiro minuto (FCR1). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade. Análise estatística: teste *t-student*. Foi considerado significante o valor de p≤0,05. **Resultados:** Houve aumento da DP6M no TNC em relação ao TC (DP6M TC: 462±84m; DP6M TNC: 579±93m; p<0,0001), com um ΔDP6M de 118±29m. Foi observado que no TNC a FCR1 foi maior que no TC (27±12bpm; 12±14bpm, respectivamente; p=0,005). **Conclusão:** No presente estudo, os resultados da utilização do TC6M não convencional com uma FC pré-estabelecida demonstraram resultados mais significativos, principalmente quanto à DP6M e a FCR1, em relação ao TC6M convencional.

40925

Avaliação do risco coronariano em indivíduos da cidade de Fortaleza

AMANDA ZINGARA TELES ROZA, LARISSA FREIRE ALVES NOGUEIRA, NATHALIA RIBEIRO PINHO DE SOUSA, DOUGLAS GONCALVES MADEIRA, MATHEUS DUARTE PIMENTEL, YAN MENDONCA MAGALHAES, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO, BARBARA LAIS TEIXEIRA FIGUEIREDO, DANIEL RICARDO DO NASCIMENTO SANTOS e JOÃO PEDRO EMRICH ACCIOLY.

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A doença arterial coronariana (DAC) constitui um desafio para a saúde pública por ser a principal causa de morbimortalidade mundial. Segundo DATASUS (www2.datasus.gov.br), no Brasil ocorrem aproximadamente 140 mil óbitos em decorrência de DAC ao ano. Assim, o conhecimento da prevalência dos fatores de risco na população é importante para a criação de melhores estratégias de prevenção primária e secundária e consequente diminuição desses índices de mortalidade. **Objetivo:** Estimar a prevalência de fatores de risco em um grupo de indivíduos e estratificar o risco coronariano a partir da Tabela de Índice Coronariano, elaborada pela Michigan Heart Association. **Delineamento:** Estudo observacional, transversal. **Métodos:** A população foi constituída de 36 indivíduos que participaram de um evento promovido pela Universidade Federal do Ceará. Os dados foram obtidos através de um questionário baseado na tabela proposta pela Michigan Heart Association e de medições da pressão arterial (PA), peso e altura. Com isso, foram analisados idade, sexo, hereditariedade, índice de massa corporal, hábitos de vida (tabagismo, atividade física, alimentação). **Resultados:** Analisados 16 indivíduos do sexo feminino (idade média 45,69 ± 12,43 anos) e 20 do sexo masculino (idade média 53,20 ± 13,14 anos). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade (p=0,11) e ao sexo (p=0,63). A prevalência de histórico familiar de doença cardiovascular foi de 56,76%, sobrepeso ou obesidade 70,27%, tabagismo 29,72%, sedentarismo 54,05%, hipercolesterolemia (> 230mg/dl) ou elevada porcentagem de gordura animal ou sólida na dieta (> 30%) 25,00%, PA sistólica elevada (> 130mmHg) 51,35%. A estratificação do risco mostrou que 2,78% da população apresentaram risco bem abaixo da média para desenvolver doenças coronarianas, 16,67% risco abaixo da média, 50,00% risco na média geral, 19,44% risco moderado, 11, 11% risco em nível perigoso e 0,00% risco avançado. **Conclusão:** Em um grupo de indivíduos selecionados aleatoriamente, a maior parte da população apresentou risco de desenvolver DAC na média geral ou acima. Foi observada também elevada prevalência dos fatores de risco. Isso evidencia a necessidade da criação de estratégias para prevenção de fatores de risco que aumentem a incidência de DAC.

40930

Transplante cardíaco em paciente HIV positivo: mudança de paradigma

RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, FERNANDO RIBEIRO DE MORAES NETO, DEUZENY TENÓRIO MARQUES DE SÁ e SERGIO JOSE OLIVEIRA DE AZEVEDO E SILVA.

Real Hospital Portugues, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O transplante (Tx) de coração é o tratamento de escolha para portadores de Insuficiência Cardíaca (IC) avançada. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma causa bem estabelecida de miocardiopatia dilatada, porém sempre foi considerado contraindicação absoluta para o Tx cardíaco devido a sua baixa perspectiva de vida e à escassez de órgãos. A partir da mudança no esquema de tratamento antirretroviral para esquema de alta eficácia (HAART) foram descritos relatos de Tx de coração com sobrevida comparável ao dos pacientes com outras etiologias, fato inexistente no Brasil. **Relato de caso:** Paciente de 60 anos, história de dispneia progressiva há 02 anos com piora nos últimos seis meses e tratamento clínico limitado por hipotensão e bradicardia. Ecocardiograma pré-transplante com FE: 27%, hipocinesia difusa e cinecoronariografia sem alterações significativas. Teste cardiopulmonar com VO2 pico 14mL/kg/min e VE/VCO2 57. Carga viral indetectável, contagem de CD4 > 400 e ausência de infecções oportunistas. Fazia uso de Abacavir, Caletra e Lamivudina, Enalapril 5mg 2x/dia, Concor 1,25mg, espironolactona 25mg/dia. Submetido a Tx de coração ortotópico bicaval no dia 20/12/2014, tendo feito instabilidade hemodinâmica no perioperatório com consequente disfunção hepática e renal e necessidade temporária de hemodiálise. Imunossupressão realizada com terapia tríplice (corticoide, micofenolato de sódio e ciclosporina), esta última com menor dose devido a interação com inibidor de protease. Biópsias endomiocárdicas no 7º, 28º DPO e terceiro mês de seguimento não demonstraram rejeição. Ecocardiograma em Maio/2015 com FE: 64%, PSAP 15mmHg. Histopatológico do coração explantado mostrou miocardite crônica. **Discussão:** Pacientes portadores de HIV eram excluídos do Tx cardíaco ficando expostos à péssima qualidade de vida. A mudança na terapia antirretroviral para HAART possibilitou melhora da morbimortalidade destes pacientes com consequente possibilidade de novos avanços no que diz respeito a novas possibilidades terapêuticas, incluindo o Tx cardíaco. **Conclusão:** O Tx cardíaco deve ser encorajado em portadores de HIV em uso de HAART, carga viral indetectável, contagem de CD4 adequada e ausência de infecções oportunistas, podendo proporcionar a estes pacientes uma perspectiva de vida saudável e sem limitações.

40931

Limitações na condução de pacientes com insuficiência cardíaca adictos às drogas ilícitas a propósito de três casos

WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, HUMBERTO VILLACORTA JUNIOR, WASHINGTON LUIZ BATISTA DA COSTA, PAULO MARCIO DE CASTRO PEREIRA, BRUNA DE MELLO MILIOSSE, ELIZA DE ALMEIDA GRIPP, EDUARDO NANI SILVA, ADEMIR BATISTA DA CUNHA, MARIO LUIZ RIBEIRO, MARCIO RAMOS NEVES e ANTÔNIO ALVES DE COUTO.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A síndrome de insuficiência cardíaca (IC) tem multiplicidade de etiologias. A aderência à polifarmácia recomendada nas diretrizes é fundamental para a compensação e manutenção dos pacientes livres de eventos e internações. O uso de drogas lícitas ou ilícitas é desafio crescente na condução clínica de tais casos. **Objetivo:** Relatar três casos onde o uso de drogas limitou a condução apropriada dos pacientes. **Relato de caso 1:** Masculino, 48 anos, admitido por IC descompensada por provável má aderência à terapêutica. Portador de cardiopatia isquêmica em fase dilatada com disfunção grave do ventrículo esquerdo (VE). Teve infarto do miocárdio anterior extenso aos 36 anos secundário ao abuso de cocaína. Evoluiu com bloqueio atrioventricular total e implante de marca-passo. Ecocardiograma (ECO) com dilatação das 4 câmaras e disfunção grave do VE e VD. Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEjVE)= 12%. Remora importante. Lesões ateroscleróticas obstrutivas multivasculares. Doença renal em progressão. A adição à droga limitou propostas terapêuticas como otimização medicamentosa, anticoagulação e revascularização miocárdica. **Relato de caso 2:** Feminina, 31 anos, admitida por IC descompensada. Usuária de cocaína. ECG com BRE completo e QRS= 0,16ms. ECO com dilatação das 4 cavidades, disfunção grave do VE e FEjVE= 35%. NT-ProBNP= 6.193pg. A adição à droga limitou propostas terapêuticas como otimização farmacológica e a ressincronização. **Relato de caso 3:** Masculino, 44 anos, admitido por IC descompensada. Adicto à cocaína a ao álcool. Portador de cardiopatia reumática com dupla lesão mitral (estenose e insuficiência graves) e insuficiência aórtica moderada. Em classe funcional IV da NYHA. ECG com sobrecarga de AE e VD. ECO mostrou FEjVE= 30%. Concluiu-se por indicação cirúrgica, entretanto limitada pela questão psicossocial. **Discussão:** As drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, ou ilícitas, como a cocaína e o crack, têm despontado como etiologias progressivamente frequentes das cardiomiopatias e da IC. A adição às drogas também interfere na conduta terapêutica, em especial, na terapia de anticoagulação e na realização de procedimentos invasivos tais como ressincronização, revascularização, cirurgia de troca valvar ou o transplante cardíaco. Oferecer apoio psicoterápico e suporte social são alternativas na tentativa da cessão da adição.

40933

Desfecho clínico de pacientes com choque cardiogênico e necessidade de balão intra-aórtico

LUANA RIBEIRO MORAES, NATHALIA DOS REIS DE MORAES, LINA MARCELA GOMEZ, VICTOR SARLI ISSA, LUCAS VARGAS WALDECK AMARAL PIMENTA, GERMANO EMILIO CONCEIÇÃO SOUZA, SILVIA HELENA GELAS LAGE, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA e VERA MARIA CURY SALEMI.

Instituto do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O Balão intra-aórtico (BIA) é o dispositivo de suporte circulatório mecânico (SCM) temporário mais frequentemente empregado no choque cardiogênico (CC). Dados sobre desfecho clínico na população brasileira são escassos. **Objetivo:** Foi avaliada a evolução de pacientes internados por insuficiência cardíaca (IC) que necessitaram de implante de BIA. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de estudo observacional de coorte retrospectiva composta por pacientes internados no período de junho/2013 a abril/2015. Variáveis contínuas foram expressas como médias e desvio-padrão. Variáveis categóricas em porcentagens. Para comparação entre os grupos foram utilizados test t e qui-quadrado. **Resultados:** De 246 pacientes internados por IC, 63 (25,3%) necessitou de BIA. A média de idade foi de 51,3 (±13,43) anos, 36 (57,1%) eram homens. Os principais motivos de internação foram IC descompensada (58,7%) e CC (34,9%). As etiologias mais frequentes foram: Doença de Chagas (38,1%), Miocardiopatia dilatada idiopática (26,9%) e Doença isquêmica (11,1%). A fração de ejeção ventricular esquerda média foi de 26,6±9,9%. Em relação ao desfecho, 26 (36,5%) pacientes morreram, 16 (25,4%) foram transplantados e 20 (31,7%) receberam alta. Quando comparados a pacientes que receberam alta ou foram transplantados, os que morreram apresentaram: menor valor sérico de sódio (133±6,3 vs 136±3,7, p=0,02), maior valor de uréia (116±59 vs 84±48, p=0,03) e de bilirrubina (2,3±1,5 vs 1,5±1, p=0,02), maiores valores de pressão sistólica de artéria pulmonar (64,4±15,8 vs 44,5±12,3, p=0,001), capilar pulmonar (28,6±7,6 vs 21,4±7,2, p=0,02) e tendência a maior pressão de átrio direito (17,2±5,9 vs 12,7±5,9, p=0,07). Não houve diferença estatística quanto ao BNP, creatinina, hemoglobina ou parâmetros de ecocardiograma. **Conclusão:** O BIA foi eficaz em oferecer suporte hemodinâmico a pacientes em choque cardiogênico. Pacientes com disfunção renal, hepática, hipertensão pulmonar e congestão tiveram pior evolução.

40936

A influência do hipotireoidismo grave na insuficiência cardíaca

LUMA PRUCOLI LIMA e ALINE CORREIA DA SILVA.

Hospital Municipal da Piedade, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Os hormônios tireoidianos possuem ações diretas e indiretas sobre as células cardíacas. Em relação aos baixos níveis hormonais (hipotireoidismo grave), alguns estudos demostram que sua apresentação é considerada um forte determinante para descompensação do sistema cardiovascular. **Objetivo e Delineamento:** Enfatizar a relação entre hipotireoidismo grave e a descompensação do quadro clínico de insuficiência cardíaca acompanhada de outras alterações do sistema cardiovascular como apresentado nesse relato de caso. **Relato de caso:** Mulher, 59 anos, negra, hipertensa e portadora de hipotireoidismo grave. Paciente realizava acompanhamento ambulatorial no Hospital Municipal da Piedade e, em sua última consulta, apresentou piora da sintomatologia configurando possível Síndrome Coronariana Aguda, sendo internada na instituição. No decorrer da internação não apresentou alterações de enzimas cardíacas e relatou ter interrompido o uso de Levotiroxina por conta própria, evoluindo com quadro de angina instável, dispnéia intensa e derrame pleural observado em exame de imagem. Foi realizado Ecocardiograma Transtorácico revelando IC diastólica com FE preservada, miocardiopatia hipertensiva com hipertrofia septal e de VE acompanhado de derrame pericárdico moderado. **Resultados e Conclusão:** A paciente evoluiu com melhora do quadro clínico após reiniciarmos o uso de Levotiroxina em baixas doses. Foi instituído um aumento gradativo semanal da dose de Levotiroxina até chegarmos a dose em que a paciente fazia uso durante acompanhamento ambulatorial (100mcg de Levotiroxina). De acordo com alguns estudos e referências bibliográficas, o hipotireoidismo grave quando não tratado de forma satisfatória é, por sua vez, um preditor importante para piora e descompensação da IC, uma vez que a presença de cardiomiopatia subjacente como a apresentada pela paciente, ajude no prolongamento do relaxamento diastólico, diminuição da velocidade de contração sistólica e ao inotropismo negativo com aumento na resistência vascular periférica e redução do débito cardíaco, favorecendo a descompensação da IC. Sendo assim, podemos cocluir que o equilíbrio do hormônio tireoidiano é fundamental para compensação da IC.

40937

Segurança e tolerabilidade da vacinação contra influenza em portadores de insuficiência cardíaca

MARLI GOMES DE OLIVEIRA, MARGARETE DOMINGUES RIBEIRO, MARILZA CRISTINA EMERICH, CRISTINA MARIA MARCOLAN QUITETE, ALINE MARCOLAN SALVANY, LORAN MENDONÇA, HUMBERTO CALDAS NERY ALVES, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, PAULO JOSE PEREIRA CAMANDAROBA, MARIO LUIZ RIBEIRO e WOLNEY DE ANDRADE MARTINS.

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Teresópolis, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca do UNIFESO (CLIC), Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A influenza é infecção respiratória de etiologia viral que pode ocasionar complicações graves e óbito, especialmente nos grupos de alto risco, como os idosos e os portadores de cardiopatia crônica. Existe evidência de relação causal entre infecção respiratória e descompensação clínica da insuficiência cardíaca (IC). A vacinação contra influenza constitui a forma mais efetiva de prevenir a infecção e suas complicações, hospitalizações e mortalidade. Apesar da comprovação quanto à segurança e tolerabilidade da vacina, ainda existem questionamentos e certo receio em relação a possíveis eventos adversos. **Objetivo:** Avaliar o receio, a segurança da vacinação contra influenza e estimar a taxa de possíveis efeitos adversos locais e sistêmicos em pacientes com IC acompanhados em clínica especializada. **Delineamento:** Estudo transversal. **Métodos:** Amostra: 39 pacientes com IC com fração de ejeção < 50%, classe funcional I-III (NYHA), ambos os sexos, após assinarem termo de consentimento. Exclusões: classe funcional IV, síndromes coronárias instáveis, doenças agudas febris ou viroses respiratórias, história de alergia a algum componente da vacina ou reação anafilática prévia. Avaliação clínica imediatamente antes da vacinação e 21 dias depois, com anamnese e exame físico direcionados para possíveis complicações locais e/ou sistêmicas da vacina. Indagação sobre vacinação prévia e possível receio em relação à mesma. **Resultados:** 39 pacientes, 25 homens. 100% reavaliados na segunda fase. Média de idade 59,8 + 12,9 anos. CF média 1,7. 29 vacinados previamente. Cinco (12,8%) com receio de reações, dos quais, apenas um não fora vacinado previamente. Quatro (10,2%) apresentaram reações sistêmicas, dentre as quais mal estar (3), cansaço (1) e cefaleia (1). Oito (20,5%) manifestaram dor local, um dos quais com eritema e enduração associados. As reações locais foram autolimitadas com desaparecimento nas primeiras 48 horas. **Discussão e Conclusão:** Os resultados corroboram dados da literatura, que citam a dor, o eritema e a enduração como os efeitos adversos mais comuns e presentes em até 20% dos vacinados.O receio à vacinação foi pouco comum. A vacinação se mostrou segura e bem tolerada nesta população com taxa de 10% e 20% para reações sistêmicas e locais, respectivamente.

40940

Distribuição dos padrões de remodelamento ventricular esquerdo na população de Niterói-RJ

ROBERTO DE CASTRO MEIRELLES DE ALMEIDA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, ANTÔNIO JOSE LAGOEIRO JORGE, ADSON RENATO LEITE, JEAN ALLAN COSTA, DAYSE MARY DA SILVA CORREIA, MARIA LUIZA GARCIA ROSA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Prefeitura Municipal de Niterói, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: As alterações estruturais do ventrículo esquerdo (VE) têm relação com risco e progressão para insuficiência cardíaca (IC) assim como são fatores prognósticos para eventos cardiovasculares. A literatura carece de estudos sobre a prevalência da distribuição do remodelamento do VE na população. **Objetivo:** Determinar a prevalência das alterações geométricas ventriculares esquerdas na população de Niterói, RJ. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal que convidou 1.050 indivíduos com idade ≥45 anos, cadastrados no programa de médico de família de Niterói, RJ, sorteados e representativos dos estratos etários e populacionais do município. Incluiu 636 voluntários que foram submetidos à consulta médica, consulta de enfermagem, eletrocardiografia, avaliação laboratorial e ecocardiográfica, consecutiva, num único dia. Os exames ecocardiográficos foram realizados de acordo com as recomendações da Sociedade Americana de Ecocardiografia. Os padrões geométricos ventriculares foram classificados em *geometria normal,hipertrofia ventricular (HVE) excêntrica, HVE concêntrica e remodelamento concêntrico*. Foram considerados anormais valores de espessura parietal relativa (EPR) ≥0,42 e índice de massa do ventrículo esquerdo (iMVE) ≥ 115g/m² para homens e ≥ 95g/m² para mulheres. O padrão normal foi definido pela presença de EPR normal e iMVE normal; a HVE excêntrica quando a EPR foi normal e o iMVE aumentado; a HVE concêntrica quando a EPR foi aumentada e o iMVE aumentado; e o remodelamento concêntrico quando a EPR esteve aumentada e o iMVE normal. Os dados foram colhidos entre julho de 2011 e dezembro de 2012, em visitas aos módulos do PMF. O projeto foi aprovado pelo CEP FM/HUAP-UFF em 11/06/2010. **Resultados:** Houve alterações patológicas nos padrões de remodelamento ventricular em 213 (33%) dos voluntários avaliados. A HVE excêntrica esteve presente em 186 (29%); a HVE concêntrica em 14(2%); e o remodelamento concêntrico em 13(2%) dos voluntários. **Conclusão:** Houve elevada prevalência de alterações geométricas ventriculares patológicas no presente estudo, fato semelhante aos estudos epidemiológicos internacionais como Framingham. O ecocardiograma identificou na comunidade subgrupos com alterações estruturais, portanto sob risco cardiovascular.

40944

Análise da viabilidade de mudança do processo de tomada de decisão no transplante cardíaco

LEONARDO BAUMWORCEL, ANNIBAL SCAVARDA e ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca é a via final da maior parte das doenças que acometem o coração e é um desafio na gestão da saúde. O transplante cardíaco é uma estratégia viável para pacientes com doença cardíaca em fase terminal. A escassez de dadores requer um processo para assegurar a seleção apropriada do destinatário. No Brasil, existe uma lista única de candidatos em ordem cronológica de chegada. Análise dos fatores de risco relacionados com a mortalidade na população local é essencial para os processos de alocação deste recurso escasso. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar os fatores de risco, exclusivamente com o receptor relacionado com a mortalidade em um ano. **Métodos:** Esta pesquisa é uma coorte de todos os pacientes transplantados entre 2008 e 2013, no Instituto Nacional de Cardiologia. As variáveis gerais foram coletadas a partir de arquivos de paciente, que incluíam os resultados laboratoriais obtidos e resumos pré-transplante. As variáveis coletadas em fase pré-transplante incluíram: cor (branco ou preto); uso de betabloqueador; hipertensão; diabetes mellitus; dislipidemia; tabagismo; etilismo; cirurgia cardíaca prévia; peso; depuração da creatinina e bilirrubina total. Analisamos também a pontuação IMPACT que congregam quase todas as variáveis que foram analisados de forma independente. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia aprovou este projeto, em conformidade com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Quarenta e dois pacientes foram incluídos de ambos os sexos em nossa coorte. Nenhuma de nossas variáveis foi relacionada, nas analises univariadas, com a mortalidade. No entanto, uma análise exploratória da pontuação IMPACT, constatou que a dicotomização da pontuação em maior ou menor que seis poderia ser usada para diferenciar o risco de morte. No subgrupo que evoluiu ao óbito, a proporção de pacientes com pontuação no escore IMPACT ≥ seis (42,1%) foi maior que o grupo sobrevivente (8,7%), de forma estatisticamente significativa (p = 0,014). **Discussão:** Na população de pacientes de transplante de coração variáveis individuais não foram capazes de prever a mortalidade em um ano. No entanto, a pontuação do escore IMPACT o fez. Sugerimos que pesquisas futuras poderiam usar a hipótese que a pontuação do escore IMPACT pode também ser usado como uma das variáveis na prioridade da alocação de candidatos ao transplante cardíaco.

40946

Controle glicêmico intra- hospitalar em pacientes admitidos com insuficiência cardíaca descompensada

LEONARDO BAUMWORCEL, MARCELO WESTERLUND MONTERA, DENISE PRADO MOMESSO, INGRID DE SOUSA MAROUCO, MONIK MARIANO PINTO e ANDRE VOLSCHAN.

Hospital Pró-Cardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Variações na glicemia com hiperglicemia e/ ou hipoglicemia estão relacionados ao aumento da morbi- mortalidade intra- hospitalar. Em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, o adequado controle glicêmico intra- hospitalar tem sido associado à redução das complicações. **Objetivo:** Avaliar o perfil de controle glicêmico de pacientes admitidos no por insuficiência cardíaca descompensada (ICD) e compará-los com as metas internacionais de bom controle glicêmico. **Delineamento e Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva e descritiva dos dados de 69 pacientes admitidos por ICD no período de junho a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos pelo banco de dados do Serviço de Endocrinologia, formado através da revisão dos prontuários eletrônicos. O diagnóstico de ICD foi realizado segundo critérios estabelecidos pelas diretrizes internacionais. O controle glicêmico intra-hospitalar segue o protocolo institucional, em conformidade com as diretrizes internacionais, sendo preconizada a realização de medidas de glicemia capilar com o glucosímetro Precison PxP e terapia individualizada na presença de hiperglicemia com insulina na fase aguda e/ ou anti- diabéticos na fase de estabilização clínica. As glicemias capilares foram analisadas através do programa Pweb-Abbot e os resultados forma comparados com indicadores de qualidade assistencial. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional. **Resultados:** Foram avaliados 69 pacientes, com mediana de idade de 80 anos, (34 a 100 anos), sendo 74% (n=51) do sexo masculino. Observamos que 42% (n=29) pacientes tinham história prévia Diabetes Mellitus. A mediana do tempo de internação foi de nove (1- 1301). Do total de 4332 glicemias capilares analisadas, foram observadas: 4,3% de hiperglicemia ≥ 250mg/dl; 14,5% de glicemias entre 180-250mg/dl; 1,1% de hipoglicemia £ 70mg/dl; 0,3% de hipoglicemia grave £ 40mg/dl; e 80,5% das glicemias dentro da meta de £ 180mg/dl. **Conclusão:** Pacientes admitidos com ICD e conduzidos de acordo como protocolo de controle glicêmico intra- hospitalar apresentaram um bom controle glicêmico. O perfil de controle glicêmico observado tem sido associado em estudos clínicos à redução da morbidade em ambiente hospitalar. A implantação de protocolo específico possibilitou adequado controle glicêmico em pacientes admitidos com ICD.

40947

Miocardite de células gigantes em paciente com manifestações sistêmicas em uso de dispositivo de assistencia ventricular

LEONARDO BAUMWORCEL, RACHEL ANDRADE GOMES TEIXEIRA DE CARVALHO, ALEXANDRE SICILIANO COLAFRANCESCHI, LUIS GUSTAVO PIGNATARO BESSA, JOSE ROBERTO BERTHOUX MARTINS e MARCELO WESTERLUND MONTERA.

Hospital Pró-Cardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Miocardite de Células Gigantes é uma comorbidade rara e de alta morbimortalidade, podendo necessitar de terapia com suporte de assistência ventricular como destino ou transplante. Existem poucos relatos na literatura, sendo este o único caso brasileiro de paciente com miocardite fulminante em uso de dispositivo de assistência ventricular. **Objetivo:** Demonstrar o uso de dispositivo de assistência ventricular em paciente com diversas manifestações sistêmicas em vigência de miocardite de células gigantes. **Relato de caso:** Mulher, 51 anos, previamente hígida, apresentou desconforto torácico opressivo associado à dispneia em repouso. Evoluiu em 48h com insuficiência ventricular esquerda e sintomas correspondentes de congestão pulmonar. Foi realizado ecocardiograma, que evidenciou disfunção bi ventricular grave cateterismo cardíaco normal e ressonância com realce tardio positivo antero-basal, septo apical e medial. A paciente piorou no terceiro dia de apresentação necessitando de inotrópico, sendo utilizado Dobutamina e uso de vasodilatador. Evoluiu com TVS com reversão espontânea no primeiro episódio e diversos episódios posteriores com refratariedade a CVE e drogas, no total teve quatro PCR. Após a última PCR foi implantado Ecmo para tentar impedir a progressão da disfunção orgânica renal, hepática e respiratória. Teve boa resposta inicial a ECMO porém sem critério para explante, necessitando de dispositivo de assistência ventricular prolongada com centrimag para VD e Heartmate para VE. Realizou biópsia miocárdica que demonstrou células gigantes com genoma de sarcoidose. Ocorreram diversas intercorrências relacionadas a todo esse quadro como: poli transfusões; hemopneumotórax, que foi drenado; hemorragia pulmonar sendo necessário novamente acoplamento a prótese ventilatória e realizou arteriografia com embolização da artéria brônquica. Também apresentou sangramento digestivo e encefalopatia hepática. Realizou amplo espectro antibiótico devido quadro séptico. No momento segue em disfunção bi ventricular grave em suporte pleno, traqueostomizada, com estabilidade hemodinâmica. Em curso da imunossupressão com objetivo de explante do suporte direito.

40949

Análise inicial de um novo modelo de atenção à saúde em uma clínica especializada em insuficiência cardíaca

LEONARDO BAUMWORCEL, ALISON MANGOLIN, ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, THAIS BESSA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: O modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar da saúde de um indivíduo ou de sua coletividade, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. **Objetivo:** Apresentar o caso de sucesso no tratamento dos pacientes com insuficiência cardíaca que são atendidos em uma clínica especializada do SUS. **Materiais e Métodos:** Este ambulatório funciona numa unidade satélite ao hospital, onde se realiza diversas atividades transdisciplinares. Em cada contato com o sistema de atendimento o paciente é visto de uma forma holística, centrado na melhoria da qualidade de vida. A equipe é constituída por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e diversos alunos destas áreas. Atendemos em media 10 pacientes por semana. Além de atendimentos ambulatoriais, são realizados consultas domiciliares e telefônicas com ênfase motivacional. Além de orientações em grupo para o paciente e seu cuidador. Realizamos desta forma, uma medicina centrada no paciente e personalizada caso a caso. A clínica tem em cadastro ativo em torno de 70 pacientes todos oriundos de internações no Hospital base como etiologia a IC, sendo captados pela equipe. Outra característica da clínica é o processo assistencial envolvendo simultaneamente os diversos profissionais com objetivo de realmente realizar uma consulta transdisciplinar. Apesar de o projeto existir a vários anos com diversas teses oriundas deste esforço, ainda apresentamos barreiras a serem vencidas, como a total integração com o sistema único de saúde e a sociedade maior. O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas graves no ambiente ambulatorial é um grande desafio para todos os envolvidos. Enfrentamos problemas desde o entendimento do caso pelo próprio paciente, o uso adequado das medicações e a interação dos diversos profissionais envolvidos com cada caso. **Resultados:** O resultado neste momento está intimamente relacionado ao sucesso do envolvimento de todos os players deste projeto, permitindo a quebra de diversas dificuldades e paradigmas. **Conclusão:** O trabalho transdisciplinar é capaz de aperfeiçoar o tratamento da IC apesar ainda existirem diversas barreiras para sua implementação de forma ampla.

40950

Dilemas no tratamento da embolia pulmonar

LUDMILLA DA ROCHA FREITAS VIEITAS, BERNARDO PEREIRA LIMA DE FIGUEIREDO, LEONARDO BRANCO SARTORE, ARMINDO DA LUZ MATHEUS JUNIOR, PEDRO GUILHERME MANES ROTHMAN, HUGO ANDRADE SANTOS, LEANDRO DA PAIXÃO MENDES, PATRICIA GARCIA ROMUALDO, ANNIBAL SCAVARDA e LEONARDO BAUMWORCEL.

Hospital Caxias D'or, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: O tromboembolismo pulmonar é uma doença com apresentação clínica variável desde casos assintomáticos até casos que se apresentam com morte súbita. A presença de disfunção ventricular direita é uma apresentação incomum nesta patologia, sendo considerada a principal causa de óbito nos casos de embolia pulmonar maciça. **Relato de caso:** Homem, 36 anos, procurou o serviço de emergência com história de dispneia progressiva nas últimas 03 semanas associada a dor torácica pleurítica e tosse seca. Negava dispneia paroxística noturna, edema em membros inferiores ou febre. Dor em membro inferior esquerdo há duas semanas. História patológica pregressa: embolia pulmonar há cerca de nove meses, com uso de anticoagulante oral por cerca de seis meses, sem uso de anticoagulação no momento. Negava outras comorbidades. Ao exame físico: taquipnéia leve, sem esforço, regular estado geral. AR: MVUA sem RA. RCR 2t BNF sem sopros FC 74bpm PA: 160 - 90mmhg. ECG sem alterações. Angiotomografia computadorizada de tórax evidenciando trombo em tronco da artéria pulmonar, além de comprometimento de artéria segmentares. Ecodoppler venoso de membros inferiores com trombose venosa profunda em veia poplítea direita. Ecocardiograma com disfunção ventricular direita e PSAP de 70mmhg. Iniciada anticoagulação com heparina, sendo internado em ambiente de terapia intensiva. Permaneceu estável hemodinamicamente durante a internação, recebendo alto assintomático com anticoagulante oral e investigação em curso para trombofilia. **Discussão:** Mais de 50 % dos casos de embolia pulmonar apresenta trombose venosa concomitante, por isso que nos casos sem instabilidade hemodinâmica esta pode ser a única investigação a ser feita para fechar plano terapêutico. A elevação dos níveis de pressão da artéria pulmonar ocorre quando pelo menos 30 a 50% do leito arterial pulmonar são ocluído por êmbolos, ocasionando sobrecarga pressórica e disfunção ventricular direita, o que deve ter ocorrido neste caso. A hipotensão, ou seja, a instabilidade ocorre devido à falência ventricular direita. No caso em questão, não houve instabilidade hemodinâmica, além de o paciente ter uma apresentação tardia, optando-se por anticoagulação e pela não adoção da terapia de reperfussão.

40951

Necessidade de protocolo gerenciado de IC na emergência

LEONARDO BAUMWORCEL, PEDRO GUILHERME MANES ROTHMAN, BERNARDO PEREIRA LIMA DE FIGUEIREDO, LEONARDO BRANCO SARTORE, MONIQUE G BITENCOURT, LUDMILLA DA ROCHA FREITAS VIEITAS, PABLO MACHADO BORELA, LEANDRO DA PAIXÃO MENDES, PATRICIA GARCIA ROMUALDO e ANNIBAL SCAVARDA.

Hospital Pró-Cardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da gestão de saúde pública. A Insuficiência Cardíaca afeta 2,4% da população adulta e mais de 11% da população com mais de 80 anos. Em 2012 a IC foi responsável por 26694 dos óbitos registrados pelo Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde (SUS-MS) no Brasil, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo sistema em 2007. Trabalhar num serviço de emergência aberta é um desafio diário para qualquer grupo. No modelo Smart Track o paciente é atendido pela equipe clínica em até vinte minutos, sem triagem, sendo prontamente direcionado para a investigação diagnóstica inicial e terapêutica. **Objetivo:** Analisar resultados preliminares da busca ativa por IC nessa população. **Métodos:** Baseados no sistema Lean, foram realizados uma séria de intervenções na equipe e nos processos. Foram implementadas reuniões regulares toda a equipe assistencial da emergência com objetivo de todos se familiarizassem com o novo modelo de atendimento e protocolos. Além disso, foi iniciado um programa de educação continuada durante o expediente de trabalho, de modo que a cada dia as pessoas precisam trabalhar e estudar em equipe para resolver uma novo desafio num ambiente de ensino controlado. Porém, apesar dos treinamentos na detecção e tratamento da IC, esta ainda não apresentava um protocolo gerenciado especifico. Os casos de Ic foram revistos Segundo CID de internação. **Resultados:** Esta é uma análise gerencial de fevereiro a dezembro de 2014. No primeiro trimestre deste projeto a emergência realizava em torno de 3400 atendimentos por mês, no último trimestre foram realizados fazendo em torno de 5000 atendimentos mês. Foram abertos 90 protocolos por mês, em media, de todos os três protocolos gerenciados (sepse, avc e dor torácica), sendo internado um terço destes pacientes. A detecção de novos caso de Ic foi baixa, menos de um caso por semana. **Conclusão:** A taxa de diagnóstico de IC foi abaixo da media esperada, provavelmente por um viés de confundimento com outras patologias dentro de um sistema aberto e definição inadequada do CID. Discernir adequadamente casos de IC que necessitem internação é um desafio, provavelmente com a implementação de um protocolo gerenciado do tratamento da IC devem-se atingir resultados melhores no diagnostico e tratamento desta patologia.

40955

Monitorização por telefone reduz risco de readmissão em pacientes com insuficiência cardíaca estratificados pelo Escore LACE

LETÍCIA ORLANDIN, BRUNA SILVEIRA DE ALMEIDA, FERNANDA B. DOMINGUES, GRAZIELLA ALITI e ENEIDA REJANE RABELO.

HCPA - Grupo de Insuficiência Cardíaca e Transplante, Porto Alegre, RS, BRASIL - UFRGS - Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Estratégias para identificar pacientes com insuficiência cardíaca (IC) com mais risco de readmissão estão sendo estudadas nas últimas décadas e merecem ser exploradas em diferentes realidades. Destaca-se nesse sentido, o Escore LACE que quantifica a probabilidade do risco de morte ou readmissão não planejada em pacientes com IC em um período de 30 dias após alta hospitalar. Até o momento, não identificamos estudos que tenham utilizado esta ferramenta no Brasil. **Objetivo:** Identificar a probabilidade de readmissão não planejada em pacientes com IC em um período de 30 dias após alta hospitalar utilizando o Escore LACE e intervenção educativa por telefone. **Métodos:** Foram incluídos pacientes internados por IC descompensada. O Escore LACE foi aplicado na alta hospitalar. Os dados referentes à readmissão foram coletados através dos prontuários. A pontuação no escore para categorização em risco baixo, moderado ou alto é realizada através do tempo de internação, setor de admissão, comorbidades associadas à IC e visitas anteriores à emergência. A monitorização por telefone foi realizada a partir do 7° dia até os 30 dias da alta. Foram realizadas 2 ligações para pacientes com moderado risco e 3-4 para aqueles com alto risco de readmissão. Os pacientes foram orientados sobre o tratamento farmacológico e principalmente sobre os cuidados não farmacológicos para o tratamento da IC. **Resultados:** Dados preliminares de 39 pacientes indicam uma idade de 63,5 (±14) anos; pontuação média do Escore LACE de 14 (±2,5), 2,6% dos pacientes apresentavam risco moderado e 97% risco elevado para readmissão em 30 dias; a taxa de readmissão por descompensação da IC em 30 dias foi de 10%, onde 7,7% pacientes foram readmitidos por infecção e 2,6% por arritmia. **Conclusão:** Resultados preliminares indicam que abordagem de educação por telefone foi efetiva nos 30 dias, reduzindo as readmissões não planejadas para 10%, taxa inferior aos dados da literatura.

40958

Hipertensão e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares em habitantes da cidade de Fortaleza

LARISSA FREIRE ALVES NOGUEIRA, AMANDA ZINGARA TELES ROZA, NATHALIA RIBEIRO PINHO DE SOUSA, DOUGLAS GONCALVES MADEIRA, MATHEUS DUARTE PIMENTEL, YAN MENDONCA MAGALHAES, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO, BARBARA LAIS TEIXEIRA FIGUEIREDO, JOÃO PEDRO EMRICH ACCIOLY e DANIEL RICARDO DO NASCIMENTO SANTOS.

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Doenças cardiovasculares representam a principal causa de morbimortalidade mundial. Um importante fator de risco para essa patologia é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Portanto, é de extrema importância a análise de sua prevalência na população, assim como a correlação com outros fatores potencialmente relevantes para o desenvolvimento de eventos cardiocirculatórios. **Objetivo:** Estimar a prevalência da HAS e de outros fatores de risco na população adulta da cidade de Fortaleza. **Delineamento:** Estudo observacional, transversal e descritivo. **Métodos:** A população estudada foi constituída por 64 indivíduos participantes de um evento promovido pela Universidade Federal do Ceará em uma praça do centro de Fortaleza. Foi aplicado um questionário para obtenção de dados referentes a sexo, idade, hábitos de vida (estresse, tabagismo, prática de atividade física) e diagnóstico de diabetes mellitus (DM). Foram realizadas também medições dos valores de pressão arterial (PA), índice de massa corporal e circunferência abdominal. **Resultados:** 37 indivíduos eram do sexo masculino (idade média 49,27 ± 14,54 anos) e 27 do sexo feminino (45,56 ± 13,40 anos). A prevalência de HA foi de 46,88%, com porcentagem maior entre os homens (59,46%) do que entre as mulheres (29,63%). O sexo feminino apresenta-se como fator protetor para o risco de hipertensão. Sedentarismo esteve presente em 51,56% da população analisada, sem diferença entre os sexos. A prevalência do sobrepeso foi de 45,31% (IMC ≥ 25Kg/m²) e da obesidade 31,25% (IMC ≥ 30Kg/m²); sendo o sobrepeso maior entre os homens e a obesidade entre as mulheres. 25% dos indivíduos eram tabagistas, sendo este hábito mais frequente em homens. Apenas 14,09% dos indivíduos possuíam DM diagnosticada, sem diferença quantitativa entre homem e mulher. A medição da circunferência abdominal (CA) indicou obesidade abdominal em 45,31% do grupo amostral, sendo mais prevalente no sexo feminino. Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre HA e faixa etária, IMC e CA. **Conclusão:** Na referida amostra foi verificado alta prevalência de fatores de riscos cardiovasculares, além da presença de HA em quase metade do grupo em estudo. Esses dados frisam a necessidade da tomada de medidas objetivas no controle e prevenção de HA e dos fatores de riscos associados, com o propósito de reduzir os índices de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

40959

Análise do teste de caminhada de um paciente com insuficiência cardíaca e bloqueio de ramo esquerdo pré e pós-implante de ressincronizador cardíaco

CHRISTIANE RODRIGUES ALVES, SERGIO S.M.C. CHERMONT, CHRISTIANE CIGAGNA WIEFELS, ERIVELTON ALESSANDRO DO NASCIMENTO, EDUARDO NANI SILVA, MARIO LUIZ RIBEIRO e CLAUDIO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de alta prevalência responsável por altos índices de internações e óbitos na rede pública. A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) é um método que apresenta resultados significativos no tratamento da IC com assincronia ventricular esquerdo. Pacientes portadores de IC apresentam diminuição da tolerância ao exercício evidenciada pela reduzida distancia percorrida (DP6M) no teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) sendo que a baixa frequência cardíaca de recuperação no 1º minuto (FCR1) pode ser preditor de mal prognostico na IC. **Relato de caso:** Paciente N.C.D, incluído na pesquisa internacional VISION(CEP 884.847) com IC, 50 anos, hipertenso, com comorbidades de Diabetes Mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, obesidade grau III e historia pregressa de infarto agudo de parede inferior em 2008 foi submetido à revascularização miocárdica. No início de 2014, evoluiu com piora funcional, apresentando dispneia paroxística noturna e aos mínimos esforços, fadiga e edema nos membros inferiores, refratando ao tratamento medicamentoso. O ecocardiograma evidenciou hipertrofia ventricular esquerda excêntrica e FEVE=30% (Simpson). O ECG evidenciou bloqueio de ramo esquerdo completo (BRE) com QRS=200ms. Foi realizado *gatedSPECT*, teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) e questionário de qualidade de vida de Minessota (QQVM) no pré-implante e 6 meses após (resultados abaixo). No *gatedSPECT*, o último segmento a se contrair foi o ântero-lateral. O eletrodo da TRC foi implantado na parede lateral. **Resultados:** Ocorreram melhoras na fração de ejeção (de 34% para 54% e nos volumes diastólico e sistólico finais 275/356 e 182/163ml respectivamente. No TC6M aumentou a DP6M (294 para 331 metros) no BORG do 6ºmin e na FCR1de (-6bpm/19bpm), alem da NYHAI (III/II) e do QQVM de 84 para 29 pontos. **Discussão:** O *gatedSPECT* avalia o dissincronismo quanto ao último segmento miocárdico a se contrair, permitindo a análise pré e pós TRC. No TC6M deste paciente foi observada melhora importante na DP6M, na percepção do esforço e na FCR1, evidenciando melhora da atenuação parassimpática com maior queda da FC. A melhora da fração de ejeção e dos volumes finais associada a melhora dos sintomas e do NYHA de III para II pós a TRC, demonstrou que a TRC trás benefícios para a resposta ao TC6M.

40974

Pesquisa exploratória com enfermeiras canadenses: contribuição para o cuidado da insuficiência cardíaca na atenção primária

DAYSE MARY DA SILVA CORREIA, MARIA LUIZA GARCIA ROSA, EVANDRO TINOCO MESQUITA e MINA SINGH.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: Como no Brasil, as doenças crônicas no Canadá tem grande impacto no sistema de saúde. E para gestão e prevenção de doenças crônicas, o Canadá adota o Chronic Care Model (CCM), que organiza o atendimento em equipe de profissionais, para melhoria dos resultados clínicos e funcionais. **Objetivo:** Observar o atendimento baseado em protocolos, e o uso de tecnologias para insuficiência cardíaca na atenção primária. **Delineamento e Métodos:** Estudo exploratório, envolvendo 14 enfermeiras da província de Ontario, com aprovação na York Universty (HPRSC/243), e financiamento de agência de fomento no Brasil (Capes), para realização de Doutorado Sanduíche. A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2013, utilizando-se um questionário semi-estruturado com 21 perguntas, elaborado pela pesquisadora principal. **Resultados:** A implementação de protocolos padronizados no Canadá é de aproximadamente 100%. A estratégia mais comum utilizada por enfermeiros em Educação em Saúde, em ambulatório ou clínica, é a conversa direta (62%), na qual o principal objetivo é o tratamento. Foi identificado por 68% das entrevistadas que o maior problema para prevenção de insuficiência cardíaca são os hábitos de saúde, e a não adesão ao tratamento. No entanto, o autocuidado é considerado por 74% como eficaz. A dispneia foi apontada por 67%, como o sintoma mais prevalente. E a colaboração interdisciplinar foi reconhecida por 72% como uma importante estratégia. **Conclusão:** A observação da prática clínica das enfermeiras canadenses na atenção primária, possibilitou reconhecer o modelo de gestão adotado para uma doença crônica. Portanto, contribuiu para ampliação da discussão acerca da insuficiência cardíaca na atenção primária.

40977

Avaliação metabólica por calorimetria indireta e composição corporal de um paciente submetido a dispositivo de assistência biventricular

JOÃO DAVID DE SOUZA NETO, JUAN ALBERTO COSQUILLO MEJIA, VALDEN LUIS MATOS CAPISTRANO JUNIOR, CAMILA FERNANDES MENDES, DANIEL CORDEIRO GURGEL e MARIA DO SOCORRO QUINTINO FARIAS.

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca refratária, muitas vezes necessita de terapêutica avançada com suporte circulatório mecânico. Dentre as causas de insuficiência cardíaca, a cardiomiopatia chagásica é considerada a de pior prognóstico, provavelmente devido a intensa reação inflamatória, arritmias e fenômenos tromboembólicos. **Objetivo:** O objetivo deste relato, é apresentar a avaliação do gasto energético basal e composição corporal de um paciente com dispositivo de assistência bi ventricular. **Pacientes e Métodos:** Avaliou-se um paciente de 61 anos, portador de insuficiência cardíaca chagásica utilizando dispositivo de assistência biventricular como "ponte" para transplante. As seguintes variáveis foram acessadas: percentual de massa magra, massa gorda, água corporal, dispêndio energético basal (VO_2 em repouso), fração de O_2 expirada, volume corrente, volume minuto, frequência respiratória e frequência cardíaca. Para tanto, utilizou-se a calorimetria indireta e ultrassonografia. **Resultados:** O paciente apresentou deficiência de 29% na taxa metabólica de repouso (TMR), ou seja, 864kcal/dia comparado ao valor previsto, que deveria ser 1218 kcal/dia. O consumo de oxigênio em repouso (VO_2 repouso) foi de 2,37mL/min/kg, representando redução de 32,28% em relação ao previsto. A avaliação nutricional e ultrassonografia revelaram um quadro de desnutrição e perda de tecido adiposo. **Conclusão:** Dessa forma, a avaliação pelos dois métodos utilizados mostra que um portador de insuficiência cardíaca com suporte circulatório pleno, apresenta importante alteração no metabolismo de repouso, sugerindo a necessidade de se identificar com mais eficiência e precisão as situações de hipoalimentação ou hiperalimentação, impedindo à administração excessiva de nutrientes ou execução de atividades acima da capacidade metabólica.

40983

Amiloidose cardíaca por transtirretina como causa de insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal

CELSO VALE DE SOUZA JUNIOR, EVANDRO TINOCO MESQUITA, MARCELO WESTERLUND MONTERA e ANTONIO JOSE LAGOEIRO JORGE.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (ICFEP) é hoje o principal fenótipo clínico de IC. A amiloidose cardíaca, uma etiologia rara para ICFEP, vem sendo mais diagnosticada com o emprego de técnicas de cardioimagem (ecodoppler com strain e cintilografia com DPD 99mTc). Relatamos um caso de ICFEP em que foi possível identificar amiloidose cardíaca através da abordagem de multimodalidade de cardioimagem associado a suspeita clínica. **Relato de caso:** Paciente masculino, 80 anos, apresentando quadro clínico há 4 meses com edema de MMII e tosse não produtiva. Nega história prévia de doença coronariana e hipertensão. Evolui com quadro de dispnéia de repouso e procura serviço de emergência, sendo identificada fibrilação atrial aguda, congestão pulmonar, derrame pleural à direita, pressão venosa aumentada e edema de MMII. Ao exame encontrou-se com PA de 112x72mmHg, FC de 112bpm, ritmo cardíaco irregular com bulhas normofonéticas e pulmões com estertores finos. Dosagem do BNP na admissão foi de 350pg/ml. ECG apresentava fibrilação atrial, baixa voltagem do QRS com associação de ondas Q de necrose de V1 a V4. Submetido a ecocardiograma, o qual demonstrou espessamento do septo atrial, strain bidimensional indicava importante redução nas regiões basais e mediais em relação ao segmento basoapical, discreto aumento atrial esquerdo, E/E' de 24 e fração de ejeção do VE de 60%. Realizada cintilografia miocárdica com DPD 99mTc que confirmou o diagnóstico de amiloidose cardíaca devido ao acentuado grau de captação na área cardíaca. A biópsia endomiocárdica foi positiva para vermelho do congo e a análise imunohistoquímica das células inflamatórias indicava uma amiloidose cardíaca grave, com depósitos amilóides em endocárdio espessado, na parede dos vasos e no tecido intersticial (70% da área intermiocárdica). Sem inflamação segundo a classificação de Dallas. O paciente com o emprego de furosemida, rivaroxabana e espironolactona, desenvolveu estabilidade clínica e hemodinâmica. **Conclusão:** A presença de amiloidose cardíaca deve ser suspeitada em pacientes idosos com ICFEP que apresentam dissociação entre a presença de HVE com contratilidade segmentar normal ao eco e ECG com baixa voltagem e/ou presença de fibrose. O uso de uma estratégia envolvendo multimodalidade de exames de cardioimagem permite ao cardiologista clínico a confirmação diagnóstica.

40985

Implementação do instrumento eletrônico para consulta telefônica em uma clínica especializada em insuficiência cardíaca

LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA, BRUNO BOMPET DOS SANTOS, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, ALLANA RAPHAELA DOS SANTOS CARDOSO, ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, THAIS BESSA, EVANDRO TINOCO MESQUITA, ROSIMERE FERREIRA SANTANA e VANESSA ALVES DA SILVA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A prevalência de hospitalização por Insuficiência Cardíaca (IC) em 2014 foi de aproximadamente, 223.715. Devido à complexidade terapêutica da IC, a consulta telefônica (CT), se torna importante ferramenta para o tratamento não farmacológico. Como forma de agilizar o atendimento e melhorar a qualidade de assistência, a criação de protocolos eletrônicos do paciente (PEP) vem sendo uma estratégia utilizada na área da saúde, pois favorece a captação e armazenamento destes dados para que futuros estudos possam ser realizados. **Objetivo:** Construir, implementar e validar um instrumento eletrônico para a consulta telefônica. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Estudo observacional, aprovado no Comitê de ética do HUAP/UFF 556.605, realizado na Central Telefônica da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente (CICCV), clínica especializada direcionada para pacientes com IC, localizada em Niterói, Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 33 pacientes com IC integrantes da CICCV. A elaboração do PEP foi dividida em quatro fases: Fase 1 - Criação por uma equipe multidisciplinar do instrumento para CT no formato impresso, pautado na Diretriz Brasileira de IC. Fase 2 - Validação deste instrumento impresso, através de uma testagem piloto com 33 CT, para avaliar a efetividade das perguntas realizadas. Fase 3 - Informatização do instrumento, através do encaminhamento para o programador da Central Telefônica. Fase 4 - Validação do instrumento eletrônico, e após este processo, o mesmo será implementado na clínica de IC. **Resultados preliminares:** Fase 1 - construído o formulário impresso, constando de 29 perguntas, sendo divididas em: caracterização do paciente, avaliação do reconhecimento dos sinais de descompensação, seguimento domiciliar do plano terapêutico e a adesão a terapia medicamentosa. Na fase 2 - foi realizada a caracterização de uma parte da população desta clínica de IC e a foi observado a necessidade da adaptação de algumas perguntas, havendo assim uma reformulação do instrumento. Fase 3 - transferência dos dados impressos, para o meio eletrônico. A fase 4 da pesquisa, tem como meta ser iniciada até Junho/2015. **Conclusão:** A CT parece ser uma importante ferramenta para monitorar o seguimento das orientações da equipe multiprofissional, visto que, a presença de sintomas advindos da síndrome da IC é expressivo, indicando a necessidade de acompanhamento continuo e intensivo estímulo ao autocuidado e reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de descompensação.

40987

Efeitos de um programa de reabilitação cardíaca hospitalar baseada em exercícios ativos por curto período de tempo na força muscular inspiratória em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

GRACIANA SANTOS MARTINHÃO, PATRICIA FORESTIERI, ISIS BEGOT VALENTE, LAION RODRIGO DO AMARAL GONZAGA, VINICIUS BATISTA SANTOS, ANTONIO CARLOS DE CAMARGO CARVALHO, DIRCEU RODRIGUES ALMEIDA, FLAVIO DE SOUZA BRITO, RITA SIMONE LOPES, WALTER JOSÉ GOMES e SOLANGE GUIZILINI.

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

Fundamento: Disfunções da musculatura esquelética fazem parte da síndrome da insuficiência cardíaca (IC), que resulta em sintomas como dispneia e fadiga, levando à redução da capacidade funcional e qualidade de vida. A hiperatividade quimiorreflexa e metaborreflexa, configuram em diminuição da força muscular inspiratória, que contribui para a intolerância aos esforços e compromete a realização de um programa de reabilitação cardíaca baseada em exercícios, predispondo a redução do condicionamento físico, degradação muscular, redução de fluxo sanguíneo periférico e re-hospitalizações frequentes. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação cardíaca hospitalar baseada em exercícios ativos, realizada em curto período de tempo, em um paciente com IC descompensada hospitalizado. **Relato de caso:** Paciente J. N., sexo masculino, 54 anos de idade, com diagnóstico de Miocardiopatia Isquêmica, deu entrada no serviço hospitalar devido a IC descompensada, classe funcional III (NYHA), com fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 22%, hospitalizado. A pressão inspiratória máxima (Pimáx) foi avaliada pela manovacuometria 24 horas após a internação hospitalar e estabilização clínica. O paciente foi submetido a um programa de exercícios progressivos, aeróbicos e resistidos, divididos em três fases: fase 1 - exercícios isométricos de membros inferiores (MMII) e caminhadas intervaladas a curta distância (2 dias de duração, 2 vezes ao dia, por 35 minutos); fase 2 - repetição da fase 1 com aumento da distância caminhada e treino de descer e subir degraus intervalado (3 dias de duração, 2 vezes ao dia, por 45 minutos); fase 3 - repetição das fases anteriores com aumento da distância percorrida na caminhada (3 dias de duração, 2 vezes ao dia, por 45 minutos). **Resultados:** O paciente apresentou um aumento de 38% no valor da Pimáx em relação aos valores da avaliação inicial. **Conclusão:** Um início precoce de um programa de reabilitação cardíaca baseada em exercícios, mesmo que por um curto período de tempo, pode ser benéfico para a melhora da força muscular inspiratória em paciente com IC descompensada hospitalizado.

40994

Associação da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos e a pontuação no questionário de Beck em pacientes de uma clínica de insuficiência cardíaca

LUANA MELLO, SERGIO S.M.C.CHERMONT, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, KAREN SANTOS R. DE CARVALHO, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, REGINA CÉLIA CÉRVOLO DE CARVALHO, LAÍS MOREIRA MOURA, MARIA APARECIDA ROSA MANHAES, GELSOMINA ANGELINA MARTINS COSTA PEREIRA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e EUGENIO PAES CAMPOS.

Clínica de Insuficiencia Cardiaca/UNIFESO, Teresopolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, BRASIL.

Fundamento: A intolerância ao esforço em pacientes (pcts) com insuficiência cardíaca (IC) e a presença de depressão, podem estar associadas a pior prognóstico nesta síndrome. O teste de caminhada de seis minutos (TC6M) avalia a tolerância aos esforços e a distância percorrida em seis minutos (DP6M) apresenta valor prognóstico de mortalidade em pacientes com IC. O questionário de Beck (QB) é importante ferramenta de avaliação da depressão e seu grau de intensidade nestes pcts. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a DP6M e a pontuação no questionário de Beck em pcts de uma clínica de insuficiência cardíaca. **Delineamento:** Protocolo prospectivo e transversal. **Pacientes:** 68 Pcts portadores de IC (36 mulheres). **Métodos:** Pcts com IC avaliados na consulta fisioterapêutica de inclusão na Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC) tiveram seus dados de identificação, respostas ao QB e de avaliação funcional registrados em planilha própria e analisados posteriormente. Análise estatística: correlação de *Pearson*. **Resultados:** 68 pacientes portadores de IC, idade: 62±14 anos, NYHA:IIIII. A média da DP6M foi de 372±126 metros e da pontuação do QB foi de 15±10 pontos (depressão leve/moderada/severa). Ao teste de correlação de *Pearson*, ocorreu uma correlação negativa entre a DP6M e a pontuação no QB (r=-0,40; p=0,004). **Conclusão:** Neste estudo, os pacientes que percorreram uma menor DP6M pontuaram mais no QB, refletindo uma relação inversa entre a tolerância ao esforço e a depressão. Este resultado sugere que a presença e o nível de depressão podem influenciar proporcionalmente na tolerância ao exercício, o que reforça a importância de abordagem interdisciplinar nestes pacientes.

40996

Endocardite infecciosa em eletrodo de marcapasso: explante com coração batendo

FERNANDO PATRICIO ALIAGA MORA, JOÃO EDUARDO PICIRILLO e VIRGINIA G RIVAS ARCIA.

Clínica Cardiológica Sanpacor, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Sepaco, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os implantes de dispositivo de eletroestimulação cardíaca estão em constante crescimento, e em consequência disso o número de casos de infecções relacionadas, ocasionando assim uma morbimortalidade significativa. A endocardite infecciosa de eletrodo de marcapasso é uma entidade, que frequentemente necessita de resolução cirúrgica; especialmente na presença de vegetação e comprometimento valvar tricúspide. O diagnóstico após suspeita clínica geralmente é feito por ecocardiografia e exames laboratoriais. **Relato de caso:** O paciente JDS, de 82 anos de idade, portador de marcapasso definitivo bicameral realizado em 2007, comparece no PS do hospital com quadro febril de 48 horas de evolução apresentando Leucocitoses de 13400; Plaquetas 83.000; Ureia 71mg/dl; Creatinina 2,35md/dl; PCR 20,65 em novembro de 2014; Foram realizadas hemoculturas as quais sairão positivas para *staphilococcus aureus*. Iniciada a antibioticoterapia dupla com Rocefin e Claritromicina. A radiografia evidenciou imagem de consolidação na base pulmonar direita; O paciente teve piora clinica nas primeiras 72 horas sendo iniciada a vancomicina; A tomografia computadorizada de tórax demonstrou consolidação póstero basais e parenquimatosas nos ápices pulmonares sugestivas de embolia séptica a derrame pleural bilateral. O ecocardiograma transesofagico demonstrou imagem condensa aderida ao eletrodo atrial de 6x8mm sugestiva de vegetação sem disfunção valvar associada,contudo foi solicitada avaliação a equipe de cirurgia cardíaca. Programou-se tratamento cirúrgico após 3 semanas de antibioticoterapia orientada pela equipe de infectologia. A cirurgia foi realizada com circulação extracorpórea, sem pinçamento de aorta. Realizando artriotomia direita, foi constatada vegetação em eletrodo atrial e ventricular este último apresentando aderência com vegetação folheto posterior da valva tricúspide, finalmente foi implantado o marcapasso epimiocardico. **Discussão:** A hemocultura positiva esta presente em 85% dos casos,o método de imagem de eleição é o ecocardiograma transesofagico. Quando não existe melhora clínica em vigência de antibioticoterapia, e persistem as vegetações é indicado o explante completo do dispositivo, mediante cirurgia com circulação extracorpórea, esta é uma opção terapêutica que trouxe bons resultados.

40999

Perfil de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada internados na enfermaria de um hospital universitário de Ribeirão Preto - SP e submetidos a fisioterapia cardiovascular fase I

MARIANNE LANES DELARISSE, LORENA DE AMORIM FERREIRA, CAMILA QUAGLIO BERTINI, MICHELE DANIELA BORGES DOS SANTOS, LUCIANO FONSECA LEMOS OLIVEIRA, AMANDA CRISTINA SAVI TRESOLDI, MARIANA ADAMI LEITE, LIVIA ARCÊNCIO DO AMARAL, FABIANA MARQUES, MARCUS VINICIUS SIMÕES e LOURENÇO GALLO JUNIOR.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) vem crescendo devido ao aumento da sobrevida por redução da mortalidade na fase aguda do infarto do miocárdio, avanços médicos, farmacoterapia e dispositivos de assistência ventricular. As ocorrências de morte ou reinternações hospitalares por IC descompensada (ICD) variam de 30-60%. Assim, a avaliação da equipe multiprofissional para identificar a etiologia e/ou causa da descompensação até limitações e hábitos diários é de suma importância. Neste contexto a fisioterapia (FT) fase I da reabilitação cardiovascular (RCV) voltada ao paciente internado é serve para melhorar as respostas hemodinâmicas e a qualidade de vida e emprega desde terapia de mobilização passiva até exercícios aeróbios e resistidos evitando a imobilidade e restrição prolongada ao leito. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de pacientes internados na enfermaria da Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) com ICD e submetidos à FT fase I da RCV. **Delineamento e Métodos:** Análise retrospectiva do prontuário médico e fichas de avaliação e tratamento fisioterapêutico do segundo semestre de 2014 e que foram submetidos à FT RCV fase I que consistia em 6 etapas composta por exercício ativos e/ou resistidos de membros superiores e inferiores, respiratórios e caminhada ou cicloergômetro de 5-15 minutos conforme a condição clínica do paciente. Dados em média±desvio padrão. **Resultados:** Avaliados 74 pacientes, 62% homens, 74±19 anos (33-84 anos), fração de ejeção do ventrículo esquerdo 37±17% (15-69%), com IC de diferentes etiologias: 26% hipertensiva, 23% chagásica, 22% isquêmica, 15% idiopática, 13% valvar e 1% arritmogênica. Na admissão os pacientes apresentaram índice de massa corporal de 26,7±5,7Kg/m², 72±18Kg, 1,64±0,1m e relação cintura/quadril 2,6±11,2, frequência cardíaca de 74±19bpm, pressão arterial sistólica de 104±23mmHg e diastólica de 65±15mmHg. O tempo médio de internação foi de 12±9 dias e com a maioria dos pacientes realizando a etapa 2 e próximo da alta hospitalar, etapa 4. **Conclusão:** Os estudos descritivos são importantes para definir o perfil dos pacientes e estabelecer metas a serem traçadas quanto ao manejo da ICD. A fase I da RCV é uma e estratégia já definida como parte do tratamento desses pacientes sendo segura e capaz de evitar as complicações da internação prolongada e repouso no leito, bem como repará-lo para a alta hospitalar em melhores condições clínicas.

41004

Preditores de internação prolongada em pacientes com insuficiência cardíaca

BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES, BRAULIO SANTOS RUA, RAFAEL CHACAR LIMA, CATARINA SCHIAVO GRUBERT, RAFAEL ARON ABITBOL, ANDRÉ CASARSA MARQUES, RICARDO GUERRA GUSMAO DE OLIVEIRA e JOÃO LUIZ FERNANDES PETRIZ.

Hospital Barra D'Or, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A internação hospitar (IH) por Insuficiência Cardíaca (IC) é prevalente em nosso meio e tem impacto prognóstico na mortalidade. Os preditores de IH prolongada não estão claramente definidos, sobretudo no Brasil. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados à IH prolongada em pacientes com IC e seu impacto na mortalidade intra-hospitalar. **Pacientes e Métodos:** Foram selecionados todos pacientes que internaram por IC desde setembro de 2011 a dezembro de 2014. Foram avaliados fatores de risco clássicos, medicações em uso, dados laboratoriais, evolução e mortalidade intra-hospitalar, etiologia da IC e fração de ejeção (FE). Análise estatística realizada usando test t de student para comparação de médias e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Foi utilizado o coeficiente de Pearson para identificar possíveis correlações entre as medidas. **Resultados:** Foram 327 pacientes, idade média 75,5 anos, com 58,2% homens. A média e mediana de IH na população geral foi de 16,2 e 8 dias, respectivamente. As variáveis relacionadas ao maior tempo de IH foram: uso de vasopressores (29,4 x 14,8 dias, p=0,001); diálise na internação (26,5 x 15,7 dias, p=0,046); insuficiência renal durante a IH (28,1 x 15,4 dias, p=0,019), necessidade de ventilação não-invasiva (VNI) no primeiro dia de IH (23,3 x 14,5 dias, p=0,021), insuficiência respiratória (IRpA) na admissão (23,7 x 14,4 dias, p=0,014), além de história pregressa de insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador (25,4 x 14,9 dias, p=0,025) ou dialítico (29,4 x 15,6, p=0,016). Cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) prévia esteve relacionada à menor tempo de internação (10,7 x 17,2, p=0,02). Houve correlação da IH com a uréia de admissão (Correlação Pearson = 0,287, p=0,001). Mortalidade intra-hospitalar esteve associado à maior IH (64,7 x 12,02 dias, p=0,0001). Pacientes com IH > 8 dias apresentaram maior risco de óbito (OR 2,33; IC 95% 2,04-2,65). Não houve diferença estatística nas outras variáveis analisadas. **Conclusão:** Na população estudada, IH prolongada foi mais prevalente em doentes com insuficiência renal, tanto na admissão como no curso da IH, além uso de vasopressores e pacientes com IRpA. Internação com tempo superior à 8 dias esteve associado ao dobro de risco de óbito intra-hospitalar.

41005

Correlação entre o tempo de percurso da primeira volta e a distância total percorrida no teste de caminhada de seis minutos em portadores de insuficiência cardíaca em uso do EPAP

JONATHAN COSTA GOMES, MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA, EVANDRO TINOCO MESQUITA e SERGIO S.M.C. CHERMONT.

Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, BRASIL - CLIC Clínica de Insuficiência Cardíaca, Teresópolis, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A ventilação não invasiva com pressão positiva nas vias aéreas é utilizada na insuficiência cardíaca crônica (IC) e aumenta a tolerância ao exercício, especialmente com o modo CPAP. Mas, pouco se conhece sobre as repercussões do EPAP na IC. **Objetivo:** Avaliar a resposta ao uso do EPAP no Teste de Caminhada de Seis Minutos, especialmente o tempo de percurso da primeira volta, de possível aumento na tolerância ao exercício em pacientes com IC crônica. **Delineamento:** Estudo experimental, transversal e cruzado, análise quantitativa dos dados. **Materiais:** Foram incluídos na amostra 11 pacientes com IC (6 homens), NYHA I, II e III, FEVE 50±12%, submetidos ao TC6M com e sem EPAP, gerado por válvula de mola por interface de máscara facial. **Métodos:** Realizada sessão prévia de aprendizado para o EPAP com PEEP de 8cmH_2O. Os pacientes estavam aptos para a realização do TC6M nos dois dias diferentes do experimento, e já eram familiarizados com o teste, sem incentivo verbal. Durante a realização do TC6M, o tempo da primeira volta foi anotado. **Resultados:** Não foi encontrado diferença no tempo da primeira volta do TC6M com EPAP: 42,8±9seg vs 42,5±8seg sem EPAP; a distância total percorrida (DTP6M) no TC6M: EPAP: 487±97m vs sem EPAP: 488±105m. Houve correlação linear entre a DTP6M e o tempo de percurso da primeira volta com EPAP: -0,96 vs -0,87 sem EPAP com p < 0,001 para ambos. Com EPAP houve correlação entre a frequência cardíaca de recuperação no primeiro minuto pós TC6M e a primeira volta no TC6M: - 0,05 com p < 0,05. **Conclusão:** O tempo de percurso da primeira volta está fortemente relacionado a DTP6M com ou sem o uso do EPAP. Esse fenômeno ainda não foi alvo de estudos com publicações disponíveis na literatura. Os resultados justificam estudos adicionais, que poderão contribuir para mais entendimento da avaliação da tolerância ao exercício com TC6M na insuficiência cardíaca.

41007

Conduta nutricional no pré e pós-operatório em paciente portador de mixoma atrial esquerdo

MARIANA CAMPOS FICHE, LIVIA TIMBO CATUNDA BEZERRA e KAMILLA DE OLIVEIRA PASCOAL.

Cirucardio, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Os tumores primários cardíacos são raros e de baixa incidência, o mais comum são os mixomas, que são tumores cardíacos benignos (STEFANINI et al., 2004). **Objetivo:** Relato de caso cujo o objetivo foi auxiliar no tratamento das comorbidades da doença e recuperar o estado nutricional da paciente no pré e pós-operatório. **Relato de caso:** E.M.A.N, sexo feminino, 49 anos, queixa principal AVC devido tumor no coração. Diagnosticada com Mixoma atrial esquerdo. Apresentou cinco AVC's recorrentes e foi encaminhada para retirada do tumor. Os exames laboratoriais apontaram sinais de desnutrição e anemia corroborando com a anamnese nutricional. Paciente encontrava-se hidratada, hipocorada, eupinéica, hemodinamicamente estável, contactante com o olhar, abdome flácido, indolor a palpação, sem mialgia, sem edemas ou cianose. **Métodos:** Os dados sócio-econômicos foram obtidos através dos prontuários e as informações nutricionais foram coletadas nas consultas. Utilizou-se Harris Benedict para cálculo da estimativa das necessidades energéticas. Foi prescrito dieta nasoenteral, hipossódica, hiperproteica, para situações metabólicas especiais, à base de peptídeos, de modo a proporcionar quantidades definidas e adequadas de nutrientes e calorias, visando recuperar o estado nutricional da mesma. Diariamente eram monitorados a presença ou ausência de resíduo gástrico, episódios diarréicos e reavaliação antropométrica. **Resultados:** Observou-se na primeira avaliação nutricional, através da aferição das medidas antropométricas, perda de massa magra e ponderal bem detectada e manutenção dos níveis de gordura subcutânea evidenciadas pela adequação percentual. Através das reavaliações observou-se aumento de massa magra, ocorrendo variação positiva das circunferências do braço (CB) e adequação muscular do braço de 2,36% e 1,4%, respectivamente; o incremento de gordura subcutânea chegou a 2,5% considerando a aferição da dobra cutânea triciptal, ascendendo assim o diagnostico nutricional da paciente. **Conclusão:** A terapia nutricional agressiva torna-se efetiva para o ganho de massa magra e recuperação tecidual em detrimento do ganho de peso e de gordura subcutânea em pacientes submetidos a processo cirúrgico. Comprovando que a intervenção nutricional é valiosa na contribuição para um bom prognóstico e melhora da qualidade de vida do pacientes crítico.

41011

Características clínicas em pacientes obesos admitidos com insuficiência cardíaca

BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES, BRAULIO SANTOS RUA, RAFAEL CHACAR LIMA, CATARINA SCHIAVO GRUBERT, RAFAEL ARON ABITBOL, ANDRÉ CASARSA MARQUES, RICARDO GUERRA GUSMAO DE OLIVEIRA e JOÃO LUIZ FERNANDES PETRIZ.

Hospital Barra D'Or, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Estudos prévios revelaram a presença do "paradoxo da obesidade" onde observamos uma mortalidade reduzida em pacientes obesos portadores de insuficiência cardíaca (IC). Contudo, são escassas as características destes doentes em vigência de internação por IC. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de obesidade em pacientes com IC e sua associação com fatores de risco, mortalidade intra-hospitalar, tempo de internação e evolução hospitalar. **Pacientes e Métodos:** Selecionados pacientes com admissão hospitalar por IC desde setembro de 2011 a dezembro de 2014. Obesidade foi considerada como IMC ≥ 30. Foram avaliados fatores de risco clássicos, dados laboratoriais, mortalidade intra-hospitalar, tempo de internação, etiologia da IC, fração de ejeção (FE). Análise estatística realizada usando teste t de student para comparação de médias e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. **Resultados:** Foram 327 pacientes, idade média 75,5 anos, com 58,2% homens. A prevalência de obesidade foi 26,2%. IMC médio no grupo de obesos (OB) e não obesos (NOB), respectivamente, 34,0 e 24,6 (p=0,002). Das variáveis analisadas entre OB e NOB, houve significância estatística nas variáveis: uso de nitrato (OB 13,4% e NOB 37,6%, p=0,009); diabetes com complicações (OB 4,5% e NOB 12,5%, p=0,015); idade (OB 72,0 anos e NOB 76,8 anos, p=0,008) e demência (OB 1,2% e NOB 6,2%, p < 0,001). Não houve diferença estatística no tempo de internação, etiologia da IC, FE e mortalidade intra-hospitalar. **Conclusão:** Neste estudo foi observado uma elevada prevalência de obesidade em uma população internada por IC, os quais exibiram idade ligeiramente inferior aos não obesos. A menor prevalência de fatores tais como diabetes com complicações, demência e uso de nitratos na população de obesos chama atenção para a potencial relevância da obesidade como importante fator de risco associado à IC nesta população, porém sem documentação de impacto na mortalidade.

41013

Mortalidade por insuficiência cardíaca: análise do perfil epidemiológico e temporal de pacientes com insuficiência cardíaca tratados em uma clínica multidisciplinar do SUS

ISABELLA CHRISTINA DINIZ DE LEMOS VENANC, SERGIO S.M.C. CHERMONT, EVANDRO TINOCO MESQUITA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, RAFAEL DE MENEZES SILVA, THAIS BESSA, JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA, PAULA VANESSA PECLAT FLORES, LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO e PAMELLA ROSA DE OLIVEIRA ARNALDO.

Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crônica de grande prevalência e altas taxas de mortalidade. Conhecer o perfil epidemiológico desta população é fundamental para elaboração de políticas públicas que objetivem melhorar os cuidados na IC. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico, aspectos clínicos, comorbidades e tempo entre o diagnóstico da doença e óbito de pacientes com IC tratados em uma clínica especializada multidisciplinar do SUS. **Delineamento e Materiais:** Estudo transversal retrospectivo, em prontuários de pacientes que foram a óbito entre 2010-2014, durante tratamento da IC em uma clínica especializada. **Resultados:** Foram analisados 86 prontuários: 57 eram homens; média de idade de 62,0±13,8 anos, IMC 26,8±4,7, dentre os quais apresentavam os seguintes estados nutricionais: desnutrição (15,4%), eutrofia (31%) e obesidade (27,5%). Os pacientes encontravam-se em CF/ NYHA I (6,8%); II (39,5%); III (18,0%); e IV (9,4%). Os sintomas mais frequentes foram: fadiga (67%) e dispneia (13,7%). Foram observadas as seguintes comorbidades: HAS (44,7%); DPOC (1,7%); DM (23,2%); Dislipdemia (8,6%); AVE (4,3%); IAM (15,4%); IRA (0,8%); IRC (6,8%); HIV (0,8%). Em relação ao tempo entre o diagnóstico da IC e o óbito, obteve os seguintes resultados: ≤ 5anos (n=34, 29,2%); 6-10 anos (n=35, 30,1%) e ≥ 11anos (n=17, 14,6%). **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstraram que dentre as comorbidades, a hipertensão tem se mostrado mais prevalente, além disso, é observado taxas maiores em relação ao intervalo temporal pequeno entre o diagnóstico da IC e o óbito, e uma elevada taxa de relato à fadiga, apesar destes pacientes serem acompanhados por equipe multidisciplinar.

41016

Estratégia de associação de diuréticos venoso e oral em regime ambulatorial no tratamento da insuficiência cardíaca de difícil controle

DANIEL CARVALHO DIAS, ETIENE MÁRCIO VARGAS, BRENO GONTIJO DE CAMARGOS e DARCY DE ALMEIDA NETO.

Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Fundação Educacional Lucas Machado - FELUMA, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: Embora diuréticos intravenosos sejam rotineiramente utilizados na prática clínica diária, a dosagem ideal e a forma de administração não são bem compreendidas. O manejo clínico da insuficiência cardíaca descompensada na maioria das vezes necessita de doses mais elevadas de diurético para alívio dos sintomas, o que deve ser feito de forma adaptada às condições do paciente e de acordo com a tolerabilidade da dose. **Relato de caso:** Apresenta-se o caso de M.A.G., sexo feminino, 63 anos, portadora de cardiomiopatia reumática em estágio C, classe funcional III (NYHA), internada em nosso serviço devido a descompensação aguda da insuficiência cardíaca (ICD) com queixa de dispnéia em repouso. Ao exame físico, apresentava-se à ausculta em ritmo cardíaco irregular e murmúrio vesicular diminuído difusamente, abdomen ascítico e presença de varizes grau IV bilateralmente nos membros inferiores. Exames complementares evidenciando ao eletrocardiograma, fibrilação atrial; à radiografia de tórax, dilatação avançada de câmaras cardíacas; ao ecocardiograma, átrio esquerdo com 70mm, fração de ejeção de 37% e pressão em artéria pulmonar de 56mmHg; dosagem do BNP (Peptídeo Natriurético Tipo B) em 5419pg/mL. A partir do presente contexto, foi otimizado o tratamento clínico, com doses altas de furosemida por via intravenosa associada à formulação oral da medicação, de forma intermitente, além da otimização do tratamento com as outras classes de drogas indicadas ao controle da insuficiência cardíaca da paciente. A paciente evoluiu com melhora do quadro e diminuição considerável da sintomatologia após os primeiros dias da propedêutica. Alcançada a estabilidade clínica do quadro, a paciente recebeu alta hospitalar com receituário médico contendo 80mg de furosemida oral duas vezes ao dia e 60mg de furosemida intravenosa três vezes por semana, em regime ambulatorial, com monitoramento semanal de função renal e eletrólitos. **Conclusão:** A condução e desfecho do caso corrobora com o estudo DOSE que procurou avaliar a segurança e eficácia de diferentes estratégias da dose diurética em pacientes com ICD, demonstrando não existir diferença no alívio dos sintomas, ou na função renal dos pacientes, entre as diferentes formas de infusão ou entre as doses de furosemida, mas com uma tendência de melhora dos desfechos clínicos com o uso de altas doses do fármaco no controle da insuficiência cardíaca descompensada.

41018

Efeito agudo da ventilação não invasiva com modo CPAP sobre a força muscular respiratória e periférica de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica

MÔNICA Mª PENA QUINTÃO, FABIO ALDEIA DA SILVA, CHARLES DA CUNHA COSTA, KAREN SANTOS R. DE CARVALHO, SAMARA DA SILVA TAVARES, ROSIANE FÁTIMA SILVEIRA DE ABREU, LUCIANA DA SILVA NOGUEIRA, LUCIA BRANDÃO DE OLIVEIRA e SERGIO S.M.C. CHERMONt.

CLIC/UNIFESO, Teresópolis, RJ, BRASIL.

Fundamento: Anormalidades no metabolismo, no consumo de oxigênio (O2) e principalmente no fluxo sanguíneo muscular de pacientes (pcts) com insuficiência cardíaca (IC) limitam a difusão de O_2 para o tecido muscular desencadeando acidose e fadiga precoce no exercício, assim como diminuição da força muscular respiratória (FMR), levando o paciente a episódios de fadiga e dispneia. **Objetivo:** Determinar o efeito agudo da ventilação não invasiva (VNI) com modo CPAP sobre a FMR e periférica (FMP) de pacientes portadores de IC crônica. **Delineamento:** Observacional e transversal. **Pacientes:** 11 pcts com IC crônica estáveis há pelo menos três meses, de uma clínica de IC em um centro universitário. **Métodos:** 11 pcts (8 homens, idade 63±9anos, NYHA II/III, IMC 29±6kg/m^2, FE 37±8%) e valores basais abaixo dos preditos para a força muscular inspiratória (PImáx=7,2%) e expiratória (PEmáx=20,2%), foram submetidos à VNI com modo CPAP (6cmH_2O), com avaliação da FMR, através da manovacuometria e periférica através da dinamometria para membros superiores (MMSS) e do teste de uma resistência máxima (1-RM) estimado para membros inferiores (MMII) antes e após ambas as situações. **Resultados:** O CPAP teve efeito significativo sobre a FMP dinâmica: houve aumento no número de repetições durante o teste de 1RM estimado para os MMII (MID: p=0,05 e MIE: p=0,04) e aumento da carga de 1 RM estimado do MIE (p=0,01) e uma tendência para o MID (p=0,07). Foi observada também, melhora significativa da PImáx após o CPAP (p=0,03). Ainda, foi encontrado após a intervenção: correlação positiva entre a FE e o número de repetições realizados no teste de 1RM: MID (r=0,60 / p=0,04) e MIE (r=0,60 / p= 0,03); correlação positiva entre: dinamometria MSD e 1RM do MID (r=0,66 / p=0,01), assim como entre a dinamometria do MSE e 1RM MIE (r=0,71 / p=0,008); e correlação negativa entre o IMC e 1 RM estimada em ambos os MMII (r= -0,64 / p= 0,02). **Conclusão:** A aplicação aguda de CPAP promoveu aumento da PImáx e da FMP dinâmica em pacientes com IC crônica neste estudo piloto. Um estudo com uso regular do CPAP e adição de grupo controle deverá ser realizado para avaliar os efeitos destes resultados.

41022

Evolução intra-hospitalar e desfechos em pacientes com insuficiência cardíaca e bloqueio de ramo esquerdo

BRUNO FERRAZ DE OLIVEIRA GOMES, BRAULIO SANTOS RUA, RAFAEL CHACAR LIMA, CATARINA SCHIAVO GRUBERT, RAFAEL ARON ABITBOL, ANDRÉ CASARSA MARQUES, RICARDO GUERRA GUSMAO DE OLIVEIRA e JOÃO LUIZ FERNANDES PETRIZ.

Hospital Barra D'Or, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A presença de distúrbio de condução na insuficiência cardíaca (IC) é frequente, sendo o bloqueio de ramo esquerdo (BRE) o distúrbio mais comum estando associado à maior mortalidade na IC. Dados de evolução intra-hospitalar e desfechos nestes pacientes ainda são pouco conhecidos em nosso meio. **Objetivo:** Avaliar dados da evolução e mortalidade intra-hospitalar em pacientes com IC e BRE em relação a pacientes com IC e sem BRE (SBRE). **Pacientes e Métodos:** Incluídos pacientes que internaram por IC desde setembro de 2011 a dezembro de 2014 em um hospital terciário. Analisados fatores de risco para IC, medicações em uso, dados laboratoriais, evolução e mortalidade intra-hospitalar, etiologia da IC e dados ecocardiográficos. Análise estatística realizada usando teste t de student para comparação de médias e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. **Resultados:** Foram 327 pacientes (pc), idade média 75,5 anos, com 58,2% homens. A prevalência de BRE foi 18%. Das variáveis analisadas entre pacientes com BRE e SBRE, houve significância estatística nas variáveis: tabagismo (5,1x13,8%, p=0,043); cirurgia de revascularização miocárdia (CRVM) prévia (27,1x13,8%, p=0,013); uso de AAS (57,6x37,6%, p=0,004), fração de ejeção (40,1x52,1%, p=0,001), presença de alteração segmentar ao ECO (66,1x51,8%, p=0,032), disfunção sistólica grave (56,2x32,6, p=0,023) e realização de cateterismo (8,5x2,7%, p=0,047). Não houve diferença estatística nas outras variáveis analisadas. **Conclusão:** Nestes pacientes, a presença de BRE foi importante e esteve associada à presença de cardiopatia isquêmica, demonstrada pela maior magnitude de alterações isquêmicas encontradas ao ecocardiograma, uso de AAS e presença de CRVM. No entanto, não houve diferença de mortalidade entre os grupos.