



ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

**Resumo das
Comunicações**

Volume	Número	Suplemento
120	8	2
Agosto 2023		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X

**RESUMO DAS COMUNICAÇÕES
DEIC 2023
XXI CONGRESSO BRASILEIRO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

SÃO PAULO - SP



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Corpo Editorial

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editor de Mídias Sociais

Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa

Ruhong Jiang

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti (coeditora)

Cardiologia Cirúrgica

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas

Vitor C. Guerra

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Nuno Bettencourt

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Genética

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES – Brasil

Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

Andrei Carvalho Sposito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Angelo Amato Vincenzo de Paola Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP – Brasil

Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (Incor HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Celso Amodeo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cleonice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Prêcoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emilio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Buffolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Expedito E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), Salvador, BA – Brasil
Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Gílson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil
Gláucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – Assist. Médica Internacional LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil
Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FA), São Paulo, SP – Brasil
João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP – Brasil
Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil
José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil
José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil
José Pérciles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil
Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil
Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FA) São Paulo, SP – Brasil
Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil
Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil
Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil
Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil
Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil
Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil
Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Max Grinberg – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil
Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil
Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil
Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil
Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil
Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Paulo Roberto S. Brofman – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR – Brasil
Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil
Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil
Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil
Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil
Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Silvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil
Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil
Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil
William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal
Alan Maisel – Long Island University, Nova York – EUA
Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália
Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal
Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina
James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – EUA
João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – EUA
John G. F. – Cleland Imperial College London, Londres – Inglaterra
Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal
Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal
Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal
Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal
Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha
Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal
Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica
Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – EUA
Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – EUA
Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Conselho Administrativo – Mandato 2023 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Leste

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ) – Presidente do Conselho Administrativo

Região Paulista

Celso Amodeo (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG) – Vice-presidente do Conselho Administrativo
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Região Sul

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Ibraim Masciarelli Francisco Pinto (SP)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque

SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior

SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho

SBC/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva

SBC/MT – Fábio Argenta

SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira

SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena

SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto

SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos

SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto

SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues

SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade

SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza

SBC/PB – Guilherme Veras Mascena

SOCERON – Marcelo Salame

SBC/ES – José Airton de Arruda

SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque

SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira

SBC/GO – Humberto Graner Moreira

SBC/PI – Jônatas Melo Neto

SOCESP – Ieda Biscegli Jatene

SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho

SBC/PR – Olímpio R. França Neto

SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad

SBCCV – João Carlos Ferreira Leal

DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro

SBC/DCC – Bruno Caramelli

SOBRAC – Fatima Dumas Cintra

DCC/GECO – Roberto Kalil Filho

SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins

SBHCI – Ricardo Alves da Costa

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida

DCC/GEICP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira

DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões

SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon

DCC/GE COP – Maria Verônica Câmara dos Santos

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior

DCC/GEPREVIA – Isabel Cristina Britto Guimarães

DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva

SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DERC/GE CN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira

SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho

DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior

DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento

SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende

DCC/GE CETI – João Luiz Fernandes Petriz

SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães

DCC/GE DORAC – Sandra Marques e Silva

SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida

DCC/GE ECG – Nelson Samesima

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 120, Nº 8, Supl.2, Agosto 2023

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

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

deste suplemento

DCA Consulting & Events

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.



Resumo das Comunicações

DEIC 2023

***XXI CONGRESSO BRASILEIRO
DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA***

SÃO PAULO - SP

22300

Contagem de linfócitos totais no transplante cardíaco como marcador para reativação da Doença de Chagas

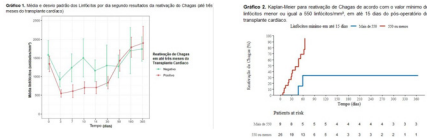
PLÍNIO WOLF, MARCO AURÉLIO FINGER, CAROLINA CASADEI DOS SANTOS, JOÃO MANOEL ROSSI NETO, RAPHAEL ROSSI, VICTOR BEMFICA, LUCAS PETRI DAMIANI e MARCELO COELHO.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: É desconhecido se a linfopenia é um fator de risco para a reativação da Doença de Chagas (RDC) no transplante cardíaco (TxC), como recentemente descrito na reativação de citomegalovírus em pacientes transplantados. **Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar se a linfopenia no perioperatório do TxC tem relação com a RDC. **Métodos:** Foram avaliados prontuários médicos (janeiro/2014 a janeiro/2023) em estudo observacional e retrospectivo. ARDC (avaliada nos primeiros três meses após o TxC por meio da reação em cadeia da polimerase/biopsia endomiocárdica) foi comparada com a contagem total de linfócitos no perioperatório do TxC. Análise estatística. Características de base da amostra (n=35) comparadas por testes exatos de Fisher ou testes t-student. Realizados modelos de risco proporcionais de Cox para mostrar a chance de RDC, a partir dos valores de linfócitos de base. Ajustado modelo considerando os linfócitos como covariável tempo dependente, por razão de risco (HR) com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Os valores mínimos de linfócitos nos primeiros quinze dias do TxC foram 398±189 e 755±303 células/mm³ em pacientes com e sem RDC nos três meses após o TxC, respectivamente (AUC=0,857; com sensibilidade de 83,3% e especificidade de 86,4%). Foi determinado o valor de corte inferior a 550 linfócitos/mm³ como fator de risco para RDC. Pacientes que apresentaram linfócitos <550 unidades/mm³ nos primeiros quinze dias do pós-TxC apresentaram RC em 100% dos casos, em até 60 dias do TxC. Para cada aumento de 100 linfócitos/mm³, o risco de RDC é reduzido em 26% (HR = 0.74 [IC95%: 0.59 a 0.93]). **Conclusão:** Há associação entre a linfopenia no perioperatório do TxC com a RDC.

Tabela 1: Modelos de Cox para tempo até reativação de linfócitos contínuos

Modelo para tempo até reativação	HR [IC95%]	Valor p
Linfócito pré-operatório imediato	0,79[0,66-0,93]	0,01
Mínimo em 7 dias	0,74[0,59-0,93]	0,01
Mínimo em 15 dias	0,74[0,59-0,93]	0,01
Mínimo em 30 dias	0,74[0,59-0,93]	0,01



22317

O fator de diferenciação de crescimento 15(GDF-15) adiciona informação prognóstica ao NT-proBNP em pacientes com insuficiência cardíaca crônica

DIANE XAVIER DE ÁVILA, GUSTAVO RODOLFO MOREIRA, ANGELO DI CANDIA, VICTORIA DEPEZ SCARAMUSSA e HUMBERTO VILLACORTA.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: O fator de diferenciação de crescimento 15 (GDF-15), um biomarcador de inflamação e estresse oxidativo está alterado em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Avaliar o valor do GDF-15 na predição de desfechos clínicos em pacientes com IC crônica. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Foram estudados pacientes portadores de IC crônica, acompanhados em centro especializado, incluídos em um estudo prospectivo e longitudinal. Foram incluídos pacientes com fração de ejeção do VE (FE%) <50% e pacientes com FE% recuperada (>50%, mas que foi reduzida anteriormente). No momento da inclusão foram coletados dados clínicos e eletrocardiográficos e dosados os biomarcadores NT-proBNP e GDF-15. O escore de risco MAGGIC foi calculado. Os pacientes foram seguidos por 340±170 dias. O desfecho primário do estudo foi a combinação de morte cardiovascular ou internação por IC. **Resultados:** Foram incluídos 87 pacientes, sendo 53 (61%) homens, média de idade de 66±12 anos e FE de 37,5±11,8%. A mediana de GDF-15 em pacientes com e sem desfechos foi respectivamente de 2003 (variação interquartil 1310-4271) vs 1450 (977-2603) pg/mL, p=0,034. A mediana de NT-proBNP foi de 3382 (875-5360) vs 953,7 (263-2880), p=0,025. Não houve diferença estatisticamente significativa no escore MAGGIC nos dois grupos (p=0,73). Os dois biomarcadores apresentaram desempenho semelhante na curva ROC. Um corte de GDF-15 de 1047pg/mL teve sensibilidade de 93,1% e especificidade de 32,8%, com área sob a curva (AUC) de 0,64 (IC 95% 0,53-0,74). Corte de NT-proBNP de 1846pg/mL teve sensibilidade e especificidade de 65,5, com AUC de 0,648 (IC 0,53-0,74). A sobrevida livre de eventos foi significativamente menor em pacientes com GDF-15 >1047pg/mL (p=0,01, log rank test). Quando os dois biomarcadores estavam acima do corte, observou-se a pior sobrevida livre de eventos, com hazard ratio (HR) de 7,07 (IC 95% 2,72-18,35) em comparação ao grupo com os dois biomarcadores baixos. Na análise multivariada pelo modelo de riscos proporcionais de Cox, os preditores independentes foram GDF-15 >1047pg/mL (p=0,024; HR 5,31 [IC 95% 1,24-22,7]), Sódio sérico (p=0,016) e NT-proBNP (p=0,027). **Conclusão:** O GDF-15 é marcador prognóstico na IC crônica e acrescenta informação aos peptídeos natriuréticos. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; GDF-15; prognóstico.

22332

Programa de cuidados transicionais para pacientes com insuficiência cardíaca e internação recente melhora autocuidado, qualidade de vida e conhecimento da doença: experiência de um centro público no Brasil

JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA TINOCO, BEATRIZ PAIVA E SILVA DE SOUZA, BRUNA LINS ROCHA DE PADUA, TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARÃES, RAFAELA RODRIGUES DEMBERG, EVANDRO TINOCO MESQUITA e ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL - Instituto Nacional de Cardiologia, INC, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome grave com complexo regime terapêutico e altas taxas de internações. Programas de cuidados transicionais são fundamentais na promoção do autocuidado de pacientes hospitalizados com essa síndrome. No entanto, evidências brasileiras destas estratégias em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda são escassas. **Objetivo:** Comparar o efeito da intervenção com cuidados transicionais versus acompanhamento hospitalar convencional nas habilidades de autocuidado, conhecimento da doença, qualidade de vida e sintomas depressivos de pacientes hospitalizados com IC. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Ensaio clínico randomizado cego piloto realizado em 74 pacientes internados com IC em dois hospitais quaternários do Rio de Janeiro. Critérios de inclusão: idade a partir de 18 anos; diagnóstico médico de IC independente da etiologia; internação por IC descompensada. Critérios de exclusão: instabilidade hemodinâmica; comprometimento neurológico e/ou cognitivo relatado em prontuário; participantes de estudos com intervenções educativas; internação perioperatória; transferência para outro hospital; em preparo para transplante cardíaco. O grupo intervenção recebeu cuidados transicionais com gerenciamento educativo presencial por enfermeira, à beira do leito, desde a admissão até a alta hospitalar além de consulta telefônica semanal por 30 dias após a alta hospitalar. O grupo controle recebeu acompanhamento convencional (acompanhamento hospitalar conforme rotina institucional). Os desfechos primários incluíram habilidades de manutenção, manejo e confiança no autocuidado e os desfechos secundários qualidade de vida e conhecimento da doença. Ambos foram avaliados por questionários validados para uso no Brasil. O cegamento ocorreu pela formação de equipes independentes de avaliação, randomização e intervenção. O cálculo amostral foi embasado em estudo prévio (amostra de 70 pacientes). Os dados foram analisados no software SPSS v.24.0 pelo teste ANOVA de medidas repetidas. **Resultados:** O grupo intervenção, comparado ao grupo controle, respectivamente, em 30 dias pós-alta, apresentou maiores médias de escores para os desfechos de manutenção (74,3 vs 44,2; p<0,001) e confiança do autocuidado (79,3 vs 56,4; p<0,001) e conhecimento da doença (41,3 vs 27,5; p<0,001) e menores médias de escores de qualidade de vida (42,1 vs 64,5; p<0,001). Não houve diferença estatística entre os grupos para os desfechos de sintomas depressivos e manejo do autocuidado. **Conclusão:** Os cuidados transicionais foram efetivos na melhora de todos os desfechos, exceto para o manejo do autocuidado e sintomas depressivos. Estudo registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (RBR-2dpc6b). Palavras-chave: insuficiência cardíaca; enfermagem; cuidado transicional; autocuidado; qualidade de vida; conhecimento da doença.

22394

Efeito da administração tardia de metotrexato veiculado por nanopartículas na remodelação cardíaca de ratos com infarto do miocárdio

ANNA CLARA CONSORTI DOS SANTOS, MARIANA GATTO, GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA MOTA, PATRÍCIA APARECIDA BORIM, LIDIANE MOREIRA DE SOUZA, ÉDER ANDERSON RODRIGUES, LEONARDO ANTONIO MAMEDE ZORNOFF, RAUL CAVALCANTE MARANHÃO, KATASHI OKOSHI e MARINA POLITI OKOSHI.

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Diversos fármacos têm sido investigados para atenuar o processo de remodelação cardíaca pós- infarto do miocárdio (IM). O imunomodulador metotrexato (MTX) reduz o risco cardiovascular em pacientes com inflamação crônica. Em associação com nanopartículas de núcleo lipídico (LDE), a administração de MTX iniciada 24h após a indução de IM atenuou a remodelação cardíaca em ratos. Neste estudo, foram avaliados os efeitos da administração tardia de MTX associado a LDE em ratos após IM. **Métodos:** Ratos Wistar machos foram submetidos a cirurgia de indução de IM ou cirurgia fictícia e divididos nos grupos Sham (n=11), IM (n=11) e IM-MTX (n=12). O tratamento com MTX-LDE foi iniciado 21 dias após a indução do IM na dose de 1mg/kg/semana, via intraperitoneal, durante 7 semanas. A seguir, a estrutura e função cardíaca foram avaliadas por ecocardiograma, e os ratos eutanasiados 2 dias após. Somente ratos com mais de 35% de área infartada ao ecocardiograma foram incluídos no estudo. Análise estatística: teste t de Student, ANOVA e Bonferroni. **Resultados:** O tamanho do infarto não diferiu entre os grupos (IM 43,9±6,21; IM-MTX 42,7±5,36%; p>0,05). Demais resultados estão apresentados na tabela abaixo. **Conclusão:** A administração tardia de metotrexato associado a nanopartículas de núcleo lipídico não altera a remodelação cardíaca de ratos infartados.

Resultados do Ecocardiograma

	Grupos		
	Sham	IM	IM-MTX
Pressão Coronal (g)	97,3 ± 8,6	46,1 ± 42,3	44,8 ± 55,4
DDVE (mm)	8,01 ± 0,34	13,1 ± 1,00*	10,1 ± 0,72*
DDVE (mm)	4,07 ± 0,61	9,34 ± 0,80*	9,08 ± 0,86*
Área Esquerda (mm²)	5,58 ± 0,26	8,42 ± 1,21*	7,89 ± 1,00*
Variação de Área (%)	73,3 ± 4,72	26,1 ± 7,60*	26,4 ± 6,38*
% de Infarto		43,9 ± 6,21	42,7 ± 5,36
EDPP (mm)	1,36 ± 0,02	1,73 ± 0,28*	1,69 ± 0,10*
E/A	1,76 ± 0,27	3,67 ± 2,05	3,89 ± 2,57
TRV (ms)	25,3 ± 1,85	32,6 ± 5,46*	30,7 ± 6,60*
Índice de Tei	0,51 ± 0,05	0,82 ± 0,14*	0,76 ± 0,08*
Fração de Ejeção	0,86 ± 0,05	0,39 ± 0,10*	0,42 ± 0,07*

DDVE: Diâmetro diastólico e sistólico de ventrículo esquerdo; TRV, respectivamente; EDPP: Espessura diastólica da parede posterior do VE; E/A: Relação entre influxo diastólico precoce (E) e tardio (A); TRV: Tempo de relaxamento isovolumétrico do VE; Tei: Índice de Sham.

22460

Uso do teste do degrau para avaliação da capacidade de exercício em pacientes portadores de insuficiência cardíaca

DANIELA GARDANO BUCCHARLES MONTALVERNE, AMANDA SILVA DA COSTA, MARILIA ISABELLE DE LIMA MOTA, BRENNO LUCAS RODRIGUES DA SILVEIRA, MARIA JULIA ALVES DAMASCENO, GABRIELA BEZERRA DE ALMEIDA, LÍCIA NAIR MATOS MUNIZ, LINDEMBERG BARRETO MOTA DA COSTA, DÉBORA NÓBREGA BARRETO e ALMINO CAVALCANTE ROCHA NETO.

Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A capacidade física é geralmente avaliada por meio de testes de exercício máximo ou submáximo. Testes submáximo avaliam a tolerância ao exercício e têm maior sensibilidade para detectar mudanças após intervenções, como programas de reabilitação cardíaca, pois são mais representativos das atividades físicas diárias. O teste do degrau de 6 minutos (TD6), é uma forma simples de avaliar a capacidade de exercício embora tenha sido pouco estudado em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Verificar o uso do TD6 para avaliação da capacidade de exercício em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado num ambulatório de referência, no período de janeiro a março de 2023 com indivíduos com diagnóstico de IC e idade superior a 18 anos. CEP aprovado nº 4.987.763. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras. Foi aplicado uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). No mesmo dia foram aplicados o teste da caminhada de 6 minutos (TC6) e o TD6. Além disso foi avaliado a força do quadríceps por uso de um dinamômetro digital de membros inferiores. Com o resultado do TD6 foi calculado o consumo de oxigênio de pico (VO2pico) conforme fórmula descrita na literatura (VO2pico = 19,6 + (0,075 x TD6) - (0,10 x idade) para homens e VO2pico = 19,6 + (0,075 x TD6) - (0,10 x idade) - 2 para mulheres). Análise estatística realizada pelo Software SPSS versão 23, sendo considerado como estatisticamente significante quando p<0,05. **Resultados:** Foram avaliados 15 pacientes, maioria mulheres (n=9, 60%), com média de idade de 62,8±17,9 anos e FEVE média foi de 57,8±16,7%. No TC6 os participantes caminharam em média 390,4±59,8 metros e no TD6 o desempenho médio foi de 73,2±28,3 passos. Não observamos correlação entre o TC6 e o TD6 (r=0,311, p=0,260) e nem entre o TD6 e a FEVE (r=0,411, p=0,128). Entretanto foi observado uma correlação forte entre o TD6 e o VO2pico (r=0,928, p=0,000), moderada entre o TD6 e a força do quadríceps (r=0,588, p=0,035) e o VO2pico e a idade (r=-0,528, p=0,043). **Conclusão:** A força do quadríceps parece ter relação com o TD6 em pacientes portadores de IC. O teste do degrau serve para avaliar a capacidade de exercício nessa população. Entretanto acreditamos que a limitação pelo tamanho amostral possa ter influenciado nos resultados, e por isso, mais pesquisas precisam ser realizadas. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; teste de esforço; tolerância ao exercício.

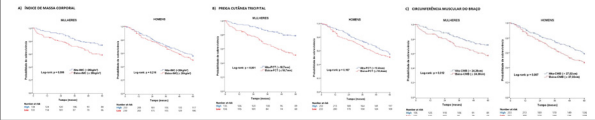
22563

Impacto prognóstico de medidas da composição corporal na IC crônica: diferença entre homens e mulheres

DAYANA DIAS MENDONÇA, WILLIAM VENÂNCIO RIBEIRO DA SILVA, MARIA EDUARDA KAMINSKI, GABRIELA CORRÊA SOUZA e ANDREIA BIOLIO.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Na insuficiência cardíaca (IC), o sobrepeso e a obesidade parecem se associar à melhor sobrevida. Porém, a avaliação de obesidade em geral é baseada no índice de massa corporal (IMC), uma medida que não engloba importantes diferenças de composição corporal entre homens e mulheres. **Objetivo:** Investigar as diferenças entre os sexos de medidas indiretas de massa gorda (prega cutânea tricipital (PCT)) e medida indireta de massa magra (circunferência muscular do braço (CMB)) no prognóstico de pacientes com IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este estudo de coorte, foram incluídos pacientes ambulatoriais com IC crônica e coletadas as medidas antropométricas: peso e altura para cálculo do IMC, PCT e CMB. Foram coletados também dados demográficos e clínicos, e realizado seguimento de até 5 anos. As associações entre as medidas antropométricas e o risco de mortalidade por todas as causas foram analisadas usando o método de Kaplan-Meier e a análise de regressão de risco proporcional de Cox em modelos multivariados. **Resultados:** Foram incluídos 741 pacientes (63% homens, idade média 59±13anos), sendo 65% de etiologia não-islêmica, 70% classe funcional NYHA I-II, FEVE 34±13% e IMC 27±5,4kg/m². Em 5 anos, a mortalidade foi de 41% (301 pacientes). IMC e PCT baixos se associaram a maior mortalidade apenas em mulheres, enquanto CMB baixa se associou a maior mortalidade tanto em homens quanto em mulheres (Figuras A, B e C). Na análise multivariada (corrigida para parâmetros do escore MAGGIC), baixo-IMC (HR: 1.844; IC95%: 1.151-2.954; p=0.011) e baixa-PCT (HR, 2.281; IC95%: 1.420 - 3.664; p=0.001) permaneceram associados a pior prognóstico somente em mulheres. Por outro lado, a baixa - CMB permaneceu associada a maior risco de morte apenas em homens (HR: 1.352; IC95%: 1.014-1.803; p= 0.040). **Conclusão:** O papel prognóstico das variáveis antropométrica e de composição corporal na IC parece ser diferente entre homens e mulheres. Em homens, baixa-CMB se associou a pior prognóstico, enquanto em mulheres alto-IMC e alta-PCT tiveram impacto em maior sobrevida. O melhor entendimento desta relação pode resultar em intervenções específicas, mais direcionadas, e com maior benefício nesta complexa interação. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; prognóstico; sobrevida; composição corporal.



22621

Correlações histopatológicas dos defeitos de perfusão miocárdica em modelo experimental de cardiomiopatia crônica da doença de Chagas em hamsters

CAMILA GODOY FABRICIO, DENISE MAYUMI TANAKA, JOSÉ ANTÔNIO MARIN- NETO, LUCIANO FONSECA LEMOS DE OLIVEIRA, ALESSANDRA ARANTES DE RESENDE, FERNANDO FONSECA FRANÇA RIBEIRO, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, SABRINA SETEMBRE BATAH, JORGE MEJIA CABEZA MINNA MOREIRA DIAS ROMANO, ANDRÉ SCHMIDT e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Centro de Cardiologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, Uberaba, MG, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Fenômenos de isquemia microvascular coronariana são comuns na cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCC), mas ainda não é clara a correlação da presença de defeito perfusional miocárdico (DPM) e a presença e localização das alterações histopatológicas que acompanham a progressão da disfunção ventricular esquerda. **Objetivo:** Analisar as alterações histopatológicas nas diferentes camadas da parede do ventrículo esquerdo (VE) e correlacioná-las com os DPM em repouso e reversível. **Métodos:** Foram 4 estudos em hamsters sírios fêmeas (n=23) infectados com 3,5x10 formas de tripomastigotas sanguíneas de T. cruzi (cepa Y) e seus respectivos controles (n=6). Oito meses após a infecção, os animais foram submetidos 99m a exames in vivo: cintilografia de perfusão miocárdica com Sestamibi-Tc em repouso e sob estresse farmacológico e ecocardiografia transtorácica. A cintilografia foi realizada utilizando equipamento de alta-resolução espacial desenvolvido localmente. A área de DPM foi avaliada por meio do cálculo de mapas 99m polares usando o software Munich Heart®. O DPM foi definido por áreas com captação de Sestamibi-Tc <50% do valor máximo de captação de pixels. Ao final, o tecido miocárdico foi processado para análise histopatológica quantitativa e de localização (subendocárdio, mesocárdio e subepicárdio) de índice de infiltrado mononuclear (IIM) realizada por meio do retículo de Weibel na coloração hematoxilina-eosina, e a fibrose global (fibras espessas e finas somadas) quantificada pelo método de fração de área usando coloração picrosirius-vermelho. **Resultados:** Os animais foram divididos em controle (CTR: FEVE=51,3±6,2%), Chagas sem disfunção sistólica (CHc: FEVE=53,3±3,9%) e Chagas com disfunção sistólica (CHc: EVE=36,4±8,3%, p<0,01). Para os DPM, o CHc (11,2±8,9%) mostra aumento do DPM em repouso comparado ao CTR (4,9±2,2%; p=0,03), diferença não encontrada nos demais tipos de DPM. Animais que apresentaram exclusivamente DPM em repouso (60,1%) tiveram aumento de IIM em comparação ao CTR (1,09±0,55% vs 0,41±0,32%, respectivamente; p=0,03) e a camada subendocárdica se realça pela correlação com a inflamação (r=0,55; p=0,01). Apenas no subendocárdio há aumento da fibrose global naqueles animais CH com DPM em repouso em comparação ao CTR (0,67±0,18% vs 0,45±0,15%, respectivamente; p=0,03). **Conclusão:** Os DPM em repouso têm correlação com a intensidade da inflamação na camada subendocárdica, indicando que possa atuar como fator amplificador e localizador da inflamação, sugerindo um papel relevante da hipoperfusão miocárdica nos mecanismos de lesão miocárdica na CCC. **Palavras-chave:** cardiomiopatia crônica da doença de Chagas; perfusão miocárdica; inflamação; fibrose; subendocárdio.

22692

Remodelamento cardíaco em ratos com infarto do miocárdio submetidos a restrição do sono

BRUNNO LEMES DE MELO, EDNEI LUIZ ANTONIO, STELLA DE SOUZA VIEIRA, PAULO JOSÉ FERREIRA TUCCI e ANDREY JORGE SERRA.

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

Fundamento: Postula-se que o sono tem como principal função restaurar os equilíbrios fisiológico e bioquímico que se alteram durante o período de vigília. Assim, o sono é determinante para a regeneração tecidual e o metabolismo. Desta forma, entende-se que a restrição de sono (RS) gera efeitos fisiológicos negativos ao organismo. É sabido que o déficit de sono promove patentes modificações neuroendócrinas e metabólicas. Essas implicações levam a repercussões clínicas evidentes, pelas quais o sistema cardiovascular é particularmente afetado. Evidências apontam que a diminuição das horas de sono está associada ao aumento do risco para o desenvolvimento e agravamento de diversas doenças cardiovasculares (DC). **Objetivo:** Determinar se a RS acentua o remodelamento cardíaco pós-Infarto do Miocárdio (IM) em ratos machos, verificar se o tratamento com β-bloqueador pode atenuar os prejuízos decorrentes da RS pós-IM. **Métodos:** Foram utilizados ratos Wistar machos, distribuídos em 5 grupos (SHAM: submetido à cirurgia simulada; IM: submetido à IM; RS: submetido a RS; IMRS: submetido à IM e RS; IMRS+βB; IMRS tratado com β-bloqueador), nos grupos submetidos a técnica de IM, apenas animais que apresentaram infarto acometido >37% do VE. **Resultados:** O grupo IMRS apresentou congestão pulmonar, o IM resultou em aumento da área diastólica (ADVE) e área sistólica (ASVE) do VE, nos grupos SHAM e RS não houve alterações significativas. O grupo IM demonstrou diminuição da fração da área transversa do VE (FEAT) e aumento do volume nuclear; foram identificados valores da pressão diastólica final do VE (PDF) aumentados nos grupos IM e IM+RS vs. Sham e IM vs. RS. Dados da cinética do cálcio não obtiveram diferença entre os grupos. **Conclusão:** O uso do β-bloqueador foi eficaz em abrandar o remodelamento miocárdico pós-infarto sob condições de RS. Estes efeitos foram observados nos dados de preservação da FEAT, PDF no VE, hipertrofia e congestão pulmonar. Assim, conclui-se que o β-bloqueador ministrado sob condições de hiperatividade adrenérgica ocasionada pela RS foi eficaz em atenuar o remodelamento cardíaco. **Palavras-chave:** remodelamento cardíaco; restrição de sono; beta-bloqueador.

22705

Remodelamento reverso e avaliação de sobrevida na cardiomiopatia chagásica

MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, SILAS RAMOS FURQUIM, DANIEL DE MARCHI, PAMELA CAMARA MACIEL, RAFAEL CAVALCANTI TOURINHO DANTAS, FABIO FERNANDES, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, EDUARDO GOMES LIMA e EDMAR ALCIDES BOCCHI.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Cerca de 1,1 milhões de pessoas com Doença de Chagas vivem no Brasil e aproximadamente 30% desenvolvem manifestações cardíacas e incluindo insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER). A cardiomiopatia chagásica (CC) apresenta pior prognóstico do que outras etiologias. O remodelamento reverso (RR) está consistentemente associado a melhor desfecho de mortalidade e morbidade nas ICFER de etiologia não-chagásica, mas o impacto do RR no prognóstico da CC é pouco estudo. **Objetivo:** Avaliar o impacto RR na sobrevida de pacientes com diagnóstico de ICFER secundários a CC atendidos no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (INCOR/HC FMUSP). **Métodos:** De janeiro de 2006 e setembro de 2021, o prontuário de 1049 pacientes com CC e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 40%. Os participantes foram divididos em 2 grupos: RR negativo (RRN) e RR positivo (RRP). Os dados clínicos e exames complementares foram coletados no prontuário eletrônico da instituição e a mortalidade verificada através da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e também do prontuário. **Resultados:** 221 apresentaram RRP e 828 RRN. A idade mediana no RRP foi de 69 anos versus 64 anos no RRN (p). **Discussão:** Este é o primeiro trabalho que sugere uma associação positiva entre o RRP e melhor sobrevida nos pacientes com CC e FEVE. Palavras-chave: Doença de Chagas; remodelamento reverso.

22298

Associação entre o escore H2FPEF e as métricas do átrio esquerdo em pacientes com suspeita de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada

MARIANE HIGA SHINZATO, NATASHA SOARES SIMÕES DOS SANTOS, GUSTAVO NISHIDA, RENATO CANCELLIER, YURI MADURO, HENRIQUE MORIYA, JORGE ASSEF, FAUSTO FERES, KLEBER FRANCHINI e RENATO HORTEGAL.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) é uma síndrome com fisiopatologia complexa e fenótipos heterogêneos. A incidência e prevalência dessa doença apresenta-se em ascensão, sendo seu diagnóstico desafiador. O escore H2FPEF condiciona fatores clínicos e ecocardiográficos para estimar a probabilidade de ICFEP. **Objetivo:** Avaliar a relação entre volume do átrio esquerdo (AE) indexado, o strain reservatório do AE ao escore H2FPEF. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional com 283 pacientes com suspeita de ICFEP, no período de 2020 até 2022. Antes da inclusão, todos os pacientes foram avaliados para diagnósticos alternativos que poderiam mimetizar ICFEP. O critério de exclusão foi a fração de ejeção <50%. O escore H2FPEF foi calculado para todos os pacientes, e classificado de acordo com: baixo, intermediário ou alto risco. Os parâmetros ecocardiográficos avaliados foram volume de AE indexado e strain de AE. A análise estatística e a visualização dos dados foram realizadas no software Stata. O nível de significância adotado foi de 5%. A correlação entre as métricas do AE e o escore H2FPEF foi avaliada pelo teste de Pearson. **Resultados:** Obteve-se 283 pacientes, sendo 52 pacientes com escore H2FPEF com risco baixo, 198 intermediário e 33 alto. Houve diferença significativa entre os grupos em relação às métricas do AE e o escore H2FPEF ($p < 0,05$) (Tabela 1 e Figura 1). **Conclusão:** As métricas do AE são marcadores ecocardiográficos de disfunção diastólica e refletem os efeitos cumulativos das pressões de enchimento do ventrículo esquerdo. O aumento do AE e a redução do strain do AE na função reservatório foram associados ao aumento do escore H2FPEF. A avaliação desses parâmetros podem ser uma ferramenta adicional no diagnóstico de ICFEP. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; átrio esquerdo.

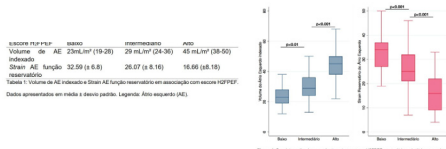


Figura 1. Boxplot associando o escore H2FPEF e as métricas do átrio esquerdo.

22302

Síndrome paraneoplásica manifestada com miocardite por Granulomatose Eosinofílica com Poliangeite (Síndrome de Churg Strauss) em paciente com câncer de mama: relato de caso

CINARA VIANNA PRADO CABRAL, TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO, MARCOS JOSÉ PEREIRA RENNI e NADJA POLISSENI GRAÇA.

Pós-Graduação em Cardio-Oncologia SBC, INC, INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto Nacional do Câncer, INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A disfunção do ventrículo esquerdo (VE) no paciente com câncer (CA) pode ter várias etiologias, desde cardiotoxicidade à eventos isquêmicos e miocardite. A síndrome paraneoplásica (SPN) caracteriza-se por sinais e sintomas associados ao CA mas sem relação direta com o tumor. A patogênese inclui secreção de hormônios e mecanismos imunomediados. A associação entre SPN e vasculites, incluindo a Granulomatose Eosinofílica com Poliangeite (GEPA) é rara. A GEPA é uma vasculite de pequenos e médios vasos com possível envolvimento cardíaco. Os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR) exigem 4 dos seguintes: asma, eosinofilia (>10%), mononeurite ou polineuropatia, infiltrados pulmonares, anormalidades dos seios paranasais e eosinófilos extravasculares em análise histopatológica. Descrevemos um caso de SPN com GEPA em paciente com CA de mama. **Relato de caso:** Mulher de 54 anos, com CA de mama à direita, HER2 inconclusivo, T1N0M0. Tratada com mastectomia à direita e quimioterapia (QT) adjuvante com 4 ciclos de ciclofosfamida (CTX) 600mg/m² e docetaxel 75mg/m², seguido de anastrozol. Relatava crises de asma iniciadas à época do diagnóstico do CA. Tomografia de tórax (TC) 2 anos após término da QT com derrame pleural bilateral. Ecocardiograma transtorácico (ECO) com aumento do VE e disfunção sistólica grave, com acinesia dos segmentos apicais, fração de ejeção (FE) de 27%. Estratificação para doença arterial coronariana com cineangiocoronariografia sem obstruções. Ressonância Magnética Cardíaca com FE de 37%. Elevação do T2 miocárdico infero-septal basal do VE, sugestivo de edema. Realce tardio com diversas áreas de fibrose subendocárdica, sem respeitar território coronariano, sugerindo etiologia inflamatória vascular. TC de seios da face com pansinusite e polipose nasal. Biópsia de medula óssea com infiltrado de eosinófilos e exames laboratoriais prévios com eosinofilia >10%. Proposto o diagnóstico de GEPA, por preencher 4 critérios do ACR. Mantido tratamento para insuficiência cardíaca e iniciados prednisona e metotrexato, com controle da asma. Novo ECO com melhora da função do VE (FE de 50%). **Discussão:** A etiologia da IC no paciente com CA é um desafio. A CTX pode estar relacionada à disfunção do VE agudamente e com doses elevadas (>140mg/kg) e o docetaxel quando em conjunto às antraciclínicas. Assim, é pouco provável que a QT utilizada esteja implicada na etiologia. A relação temporal entre os sintomas de asma e o aparecimento do CA, eosinofilia significativa desde o início do tratamento, somando-se os relatos de caso com associação entre GEPA e SPN, contribuem para esta hipótese. **Considerações finais:** A SPN com GEPA é um evento raro que pode levar à miocardite e deve ser considerada em caso de asma e eosinofilia. **Palavras-chave:** síndrome paraneoplásica; síndrome de Churg Strauss; granulomatose eosinofílica com poliangeite; cardio-oncologia; miocardite; insuficiência cardíaca.

22305

Rara fenocopia de cardiomiopatia hipertrófica, a síndrome de LEOPARD: mais uma causa de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada

GEORGINA DEL CISNE JADAN LUZURIAGA, EDMUNDO A. FERNANDEZ, JULIANO NOVAES CARDOSO, BARBARA MARIA IANNI, LUCIANO NASTARI, RAFAEL ALMEIDA FONSECA, CARLOS EDUARDO ROCHITTE e FABIO FERNANDES.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A síndrome de LEOPARD (SL) é uma doença rara de caráter autossômico dominante. O quadro sintromático é heterogêneo e a manifestação cardíaca mais comum é a hipertrofia miocárdica (HM). Apresentamos o caso de paciente masculino com o binômio de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) e fenótipo de HM secundária à SL. **Relato de casos:** Homem de 44 anos, branco, natural de São Paulo e com história de morte súbita do pai aos 48 anos de idade. Consulta por queixa de dispnéia aos esforços extra-habituais. No exame físico apresentava hipertelorismo ocular, com ptose palpebral bilateral, diminuição da acuidade auditiva e múltiplas lentiginoses entre 0,5 a 1cm de diâmetro com múltiplas máculas acastanhadas nas regiões facial, pescoço, tórax, abdome e extremidades. Na ausculta cardíaca, sopro holossistólico em borde esternal esquerdo 2+/6+, sem alteração após valsalva. BNP de 260pg/mL. O eletrocardiograma foi sinusal, com sinais de sobrecarga ventricular e extrasístoles ventriculares (EV) captando um episódio de bigeminismo. Holter de 24 horas com registro de arritmia ventricular com densidade de 8%. O ecocardiograma apresentava átrio esquerdo de 47mL/m², hipertrofia assimétrica não obstrutiva, septo de 23mm e parede posterior de 11mm, índice de massa do ventrículo esquerdo (VE) de 165g/m², fração de ejeção de 68% e disfunção diastólica grau 2. No teste ergométrico houve EV frequentes, polimórficas, isoladas e com pares, com comportamento deprimido da pressão arterial sistólica no exercício. A ressonância cardíaca identificou, além do aumento assimétrico da espessura miocárdica, extensa área de realce tardio de padrão não isquêmico multifocal, difuso e heterogêneo, com fibrose de 52 gramas representando 20% da massa do VE, e discinesia apical, correspondendo a aneurisma. O estudo genético identificou com mutação no gene PTPN11, patogênica conforme o Colégio Americano de Genética Médica e Genômica, determinando-se síndrome de LEOPARD. **Discussão:** LEOPARD é um acrônimo, onde L é de lentiginoses, E por alterações eletrocardiográficas, O por alterações oculares (hipertelorismo), P por estenose pulmonar, A de anormalidade da genitália, R de retardado do crescimento e D por deafness (surdez). De acordo a Carcavilla et al., 84% dos pacientes com SL tem mutação no gene PTPN11. Em 71 a 73% dos pacientes apresentam fenótipo de HM, ocasionando alterações estruturais e clínicas que a tornam em mais uma causa de ICFEP. **Palavras-chave:** síndrome LEOPARD; cardiomiopatia hipertrófica; insuficiência cardíaca.

22321

A influência da realidade virtual na motivação e reabilitação do paciente com insuficiência cardíaca

BÁRBARA MENDES DE SANTI, MIEKO CLÁUDIA MIURA, LUCAS THIAGO SAMPAIO PEREIRA, SORAIA DE FARIAS SOARES, ÉRICA DE FREITAS AMORIM e MARISA DE MORAES REGENGA.

Hospital HCor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Reabilitação Cardiovascular (RCV) destaca-se como um dos principais tratamentos não farmacológicos para os pacientes com insuficiência cardíaca, entretanto, a mesma enfrenta problemas de baixa adesão, pois os tratamentos convencionais de fisioterapia são, na maioria das vezes, de longa duração, repetitivos e monótono. **Objetivo:** Devido essa baixa aceitação, faz-se necessário pensar em uma nova estratégia para aumentar a adesão à RCV. Portanto, os objetivos foram analisar o impacto da realidade virtual na motivação, capacidade funcional, qualidade de vida e no índice de atividade física em pacientes com insuficiência cardíaca. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal randomizado com pacientes de ambos os sexos, internados na Unidade de Internação (UI), no período de julho a dezembro de 2021, tendo como diagnóstico principal, Insuficiência Cardíaca. Após os critérios de exclusão, 32 indivíduos foram randomizados em dois grupos. O grupo realidade virtual (GRV) (n=16) participou de um protocolo onde foi associada fisioterapia motora convencional, seguindo o protocolo institucional, e fisioterapia motora com uso de um videogame Xbox 360 com sensor de Kinect e com jogos que eram reproduzidos em uma televisão, enquanto o grupo convencional (GC) (n=16) realizou apenas fisioterapia motora convencional. Ambos passaram por avaliações de funcionalidade, qualidade de vida e índice de atividade física na admissão, na alta hospitalar e em follow up após 30 dias da alta. A motivação foi avaliada por uma escala de motivação, sendo essa caracterizada por sete rostos desenhados do mais triste ao mais feliz para representação da motivação do paciente antes e após a sessão de fisioterapia, em todos os atendimentos, sendo esses duas vezes ao dia durante toda internação. **Resultados:** Observamos que ambos os grupos se mantiveram motivados durante o protocolo, ou seja, durante sua internação na UI, e quando correlacionados: GC (p= 0,31) e GRV (p=1). O grupo realidade virtual apresentou melhora significativa na capacidade funcional (p=0,009) e na qualidade de vida (p=0,003). O índice de atividade física inicial foi significativo quando os grupos foram correlacionados, o que não foi apresentado na correlação final, ou seja, o grupo GRV apresentou melhora, mesmo que não significativa, no IPAQ final (p=0,94). **Conclusão:** A realidade virtual não imersiva pode ser uma ferramenta a ser utilizada em ambientes hospitalares, associada à fisioterapia convencional, visto que auxilia na motivação do paciente e melhora a capacidade funcional, que influencia diretamente na qualidade de vida dos mesmos. **Palavras-chave:** reabilitação cardíaca; realidade virtual; insuficiência cardíaca.

22430

Evolução da função ventricular esquerda do pré-operatório ao pós-operatório cirúrgica de revascularização do miocárdio

MILENA CHRISTINE KROL DO NASCIMENTO, MÁRIO AUGUSTO CRAY DA COSTA, ELISE SOUZA DOS SANTOS REIS, MARCELO DERBLI SCHAFFRANSKI e ERICH GIULIANO LOCASTRE.

Universidade Estadual de Ponta Grossa, UEPG, Ponta Grossa, PR, BRASIL.

Fundamento: A doença arterial coronariana é um dos determinantes de disfunção ventricular esquerda, seja por necrose muscular ou áreas de miocárdio atordado ou hibernante. Há evidências que demonstram benefício da cirurgia de revascularização do miocárdio na função ventricular esquerda em pacientes que têm áreas viáveis. Entretanto, com o surgimento e disseminação de novas terapêuticas medicamentosas e menos invasivas, há uma incerteza clínica substancial em relação aos reais benefícios do tratamento em comparação a outras modalidades terapêuticas na função ventricular e prognóstico do paciente. Além disso, são escassos estudos que correlacionem variáveis clínicas e epidemiológicas com a evolução do parâmetro de fração de ejeção (FE) entre o pré e pós-operatório da revascularização cirúrgica do miocárdio. **Objetivo:** O objetivo do trabalho foi avaliar a evolução da função ventricular esquerda entre o pré e pós-operatório, avaliando se houve melhora ou piora da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Além disso, o estudo teve o objetivo de analisar quais variáveis interferem em uma fração de ejeção reduzida no pré-operatório e na evolução da função ventricular no pós-operatório. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo analítico-observacional retrospectivo do tipo coorte. Foram selecionados 238 pacientes submetidos à revascularização em três hospitais da região Sul do Paraná. O estudo avaliou variáveis epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e ecocardiográficas por meio da comparação entre o ecocardiograma pré e pós-operatório no período de janeiro de 2014 a agosto de 2022. **Resultados:** A fração de ejeção pré-operatória apresentou associação inversa com a pós-operatória, havendo melhora entre os pacientes com FE. **Conclusão:** A FE pré-operatória está relacionada com a evolução da FE pós-operatória, ou seja, quando se realiza a revascularização com a FE reduzida, há maiores possibilidades de melhora e recuperação de possíveis áreas viáveis. O tabagismo e o índice de massa corporal elevado são associados a disfunção ventricular pré-operatória em pacientes com indicação de cirurgia de revascularização miocárdica. Os pacientes hipertensos apresentam maior risco de evolução de piora da função ventricular no pós-operatório da CRM e indivíduos com índice de massa corporal reduzido têm maiores probabilidades de melhora da função ventricular no pós-operatório. **Palavras-chave:** revascularização do miocárdio; função ventricular esquerda; pré-operatório; pós-operatório.

22514

Valor prognóstico da terapia de substituição renal em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde

ANDRÉA COY-CANGUÇU, LÍGIA M. ANTUNES-CORREIA, PAULA ABRÃO, FERNANDA RONCO, CINTHIA MONTENEGRO TEIXEIRA, KARYNNA PIMENTEL VIANA, GUILHERME CORDEIRO, MAURICIO LONGATO, OTÁVIO RIZZI COELHO, JOSÉ ROBERTO MATTOS, WILSON NADRUZ, ANDREI SPOSITO, STEFFEN E. PETERSEN, MICHAEL JEROSCH-HEROLD e OTÁVIO RIZZI COELHO-FILHO.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL - AstraZeneca Brasil, São Paulo, SP, BRASIL - Analytix, São Paulo, SP, BRASIL - William Harvey Research Institute NIHR Barts Biomedical Research Centre, Queen Mary University London, Charterhouse Square London, London, UK - Non-Invasive Cardiovascular Imaging Program, Department of Radiology, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, EUA.

Fundamento: Dados sobre a sobrevida e os fatores prognósticos associados de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca aguda no Brasil ainda são escassos. **Objetivo:** Determinar a mortalidade intra-hospitalar por todas as causas em pacientes admitidos por insuficiência cardíaca, bem como a taxa de terapia de substituição renal e sua associação com sobrevida. **Materiais e Métodos:** Foram incluídos pacientes adultos (≥ 18 anos) com diagnóstico documentado de insuficiência cardíaca (CID-10 I50.X) admitidos em qualquer hospital público incluído no registro do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS) entre abril/2017 e agosto/2021. A terapia de substituição renal incluiu hemodiálise intermitente, hemodiálise contínua e diálise peritoneal. Foram empregadas estatísticas descritivas, análises univariadas e regressão de Cox multivariável. **Resultados:** Foram identificadas 910.128 hospitalizações por insuficiência cardíaca no registro do SIHSUS no período estudado, das quais 106.383 (11,7%) resultaram em morte intra-hospitalar. As características demográficas e clínicas das hospitalizações estratificadas por morte. A terapia de substituição renal, necessária para 8.179 não-sobreviventes (7,7%) e 11.496 sobreviventes (1,4%, $p < 0,001$), foi associada a um aumento de 56% no risco de morte no modelo de regressão univariada (HR 1,56, IC 95% 1,52-1,59). Todas as formas de terapia de substituição renal permaneceram independentemente associadas à mortalidade intra-hospitalar na análise multivariada. Sexo feminino (HR 1,04, IC 95% 1,03-1,06) e COVID-19 (HR 1,41, IC 95% 1,14-1,81) foram identificados como fatores de risco para a mortalidade intra-hospitalar, enquanto transplante de coração melhorou a sobrevida dos pacientes com insuficiência cardíaca (HR 0,37, IC 95% 0,29-0,47). Por fim, demonstrou-se que as hospitalizações que requerem terapia de substituição renal e as hospitalizações com óbito tiveram duração e custo maiores. **Conclusão:** Neste grande registro nacional de internações por insuficiência cardíaca em hospitais públicos brasileiros, relatamos uma taxa preocupante de mortalidade hospitalar de 11,7%, o dobro das estimativas relatadas em países europeus e norte-americanos. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a quantificar a taxa de terapia de substituição renal em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca aguda no Brasil e, portanto, a relatar um risco 56% maior de morte entre pacientes que precisam desse tratamento. Considerando que a verdadeira eficácia da terapia de substituição renal permanece incerta, nossos achados destacam a importância da otimização do tratamento médico para pacientes admitidos com insuficiência cardíaca para prevenir a deterioração de sua função renal e a necessidade de terapia de substituição renal. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; terapia de substituição renal; internação hospitalar; mortalidade.

22532

Disfunção microvascular coronariana em pacientes com amiloidose cardíaca transtirretina: o que a reserva de fluxo coronariano representa?

NATALIA DE MELO PEREIRA, ARISTOTELES COMTE DE ALENCAR NETO, CAIO REBOUÇAS FONSECA CAFEZEIRO, BRUNO VAZ KERGES BUENO, CARLOS EDUARDO ROCHITTE, CARLOS ALBERTO BUCHPIGUEL, JOSÉ SOARES JUNIOR, FABIO FERNANDES, WILSON MATHIAS JUNIOR e ROBERTO KALIL FILHO.

Instituto do Coração do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Amiloidose Transtirretina hereditária (ATTRh) apresenta-se com deposição de fibrilas amilóides no coração. Além das alterações estruturais e funcionais clássicas decorrentes diretamente do depósito contínuo das fibrilas amilóides, um novo aspecto pode esclarecer ainda mais sobre a amiloidose cardíaca, a avaliação da função microvascular pelo PET 13N-Amônia. **Objetivo:** Comparar a reserva de fluxo coronariano (RFC) global pelo PET 13N-Amônia em pacientes com e sem acometimento cardíaco (AC) e estudar a correlação entre a RFC com dados clínicos, níveis séricos de troponina e BNP, além de parâmetros morfológicos e funcionais à ecocardiografia e a cintilografia marcada com pirrofosfato (PYP-99m Tcm). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo e transversal. 40 pacientes ATTRh (20 com e 20 sem AC) submetidos ao estudo da RFC, além de ECO-2D, PYP-99m Tcm, teste de caminhada, troponina e BNP. Utilizou-se o teste-T para comparação de médias dos grupos e a técnica estatística de correlação para determinar se, e com que intensidade, pares de variáveis estão associadas. A covariância padronizada para as variáveis paramétricas foi analisada através do coeficiente de Pearson e para as não paramétricas foi utilizado coeficiente de Spearman (rho). **Resultados:** RFC global foi reduzida no grupo com AC (1,849±0,379 vs 2,952±0,7, $p < 0,001$), assim como a avaliação da RFC segmentada por territórios de artérias epicárdicas (tabela 1). A RFC correlacionou-se inversamente com a idade, classe funcional, troponina e BNP e diretamente com a distância total caminhada, pressão arterial média e captação em 1h e 3h na PYP-99m Tcm. Além disso, em um modelo de regressão, os resultados indicam que cerca de 43% da variância da RFC global pode ser atribuída ao SLGVE 2 ($R = 0,43$, $F(1-37) = 27,38$, $p < 0,001$), podendo ser estimado pela equação $RFC = 1,09 + 0,096 \times SLGVE$. **Conclusão:** O AC na ATTRh manifesta-se com redução da RFC global quando comparados com pacientes com ATTRh sem AC. Esse padrão de acometimento microvascular é difuso, com padrão similar doença coronariana triarterial. Além disso, a RFC global mostrou-se como uma variável que se correlaciona com diferentes aspectos morfológicos e fisiopatológicos da doença, podendo servir como uma ferramenta importante no entendimento do envolvimento cardíaco nessa doença. **Palavras-chave:** amiloidose transtirretina hereditária; reserva de fluxo coronariano; PET 13N-Amônia.

Tabela 1: Comparação da RFC: Global e por territórios epicárdicos.

	ATTR c/AC (n=20)	ATTR s/AC (n=20)	P	d de Cohen
PET-CT 13N-Amônia				
RFC GLOBAL	1,84±0,379	2,95±0,7	$P < 0,001$	1,87
Território descendente anterior	1,86±0,364	2,97±0,78	$P < 0,001$	1,76
Território Circunflexa	1,91±0,437	3,08±0,87	$P < 0,001$	1,70
Território Coronária Direita	1,88(1,63-2,13)	2,9±0,80	$P < 0,001$	-0,6

22577

Alteração apical como manifestação aguda na reativação da doença de Chagas em transplantado cardíaco

GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, BARBARA RUBIM ALVES, BIANCA DE CASSIA SABBION, CIRO MURAD, IASCARA WOSNIAK DE CAMPOS, JOSÉ LEUDO XAVIER JUNIOR, LUCAS TACHOTTI PIRES, SANDRIGO MANGINI, THALITA GONÇALVES DE SOUSA MERLUZZI e FERNANDO SACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O aneurisma apical é um achado frequente em pacientes com miocardiopatia chagásica crônica associada a disfunção sistólica. Mas o seu mecanismo de aparecimento é pouco entendido, podendo ocorrer precocemente e ter aspectos microvasculares e imunológicos na sua formação. **Relato de caso:** J.A.G, 36 anos, portador de miocardiopatia chagásica, transplantou em 22 de Maio de 2014. Em 06 de setembro de 2014 foi internado em nosso serviço com queixa de dispnéia aos pequenos esforços (NYHA III) há 1 semana. Negava febre e sintomas infecciosos. Na chegada, exame físico normal, exceto pela FC de 40bpm. ECG com bloqueio atrioventricular total, Rx de tórax com área cardíaca normal e sem congestão, troponina 220pg/ml (VR <23pg/ml), ecocardiograma com função biventricular preservada (FEVE 65%), apesar de presença de hipocinesia apical (figura 1). As principais hipóteses foram de rejeição do enxerto e reativação da doença de Chagas. Realizada a biópsia endomiocárdica que mostrou a presença de ninhos de trypanossoma no miocárdio (figura 2). O paciente foi submetido ao implante de marca-passo provisório no dia da internação e, depois, ao definitivo. Realizado o tratamento para a reativação com benzonidazol (5mg por kg) por 60 dias, com reversão total da hipocinesia apical e dos sintomas. Cerca de 8 anos depois, paciente retorna em consulta ambulatorial, com sintomas gastrointestinais (dispnéia e constipação), troponina U 89pg/ml (VR <5) e novo ecocardiograma com função biventricular preservada mas com aparecimento de uma acinesia apical (Ecocardiograma anterior do mesmo ano totalmente normal). Foi coletado PCR para Chagas que veio reagente (VR: não reagente), sendo optado por novo tratamento com benzonidazol. Com o tratamento, queda da troponina e negatização do PCR para Chagas, com melhora também dos sintomas gastrointestinais, mantendo função ventricular preservada. **Discussão e Conclusão:** A forma aguda de miocardiopatia chagásica é caracterizada pela alta parasitemia e presença das formas trypanomastigotas na musculatura (cardíaca, musculatura lisa e esquelética), neurônios, linfonodos, fígado e baço. E, no coração, a presença do parasita associada a resposta imune, leva à miocardite. Quanto a fase crônica, sempre se discutiu qual seria sua fisiopatologia já que raramente encontra-se o Trypanossoma no tecido afetado. Acredita-se (3) que a parasitemia persistente, mesmo em baixo grau, funcione como estímulo antigênico contínuo, levando a uma resposta imune persistente. No caso descrito, encontramos uma achado típico de fase crônica durante a reativação da doença, sugerindo que a sua formação dá logo no início do processo e possa estar associada a inflamação e acometimento microvascular (a região apical do coração é região terminal da circulação cardíaca). **Palavras-chave:** transplante; chagas.

Figura 1:

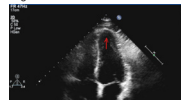
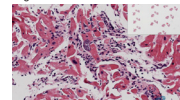


Figura 2:



22714

Perfil clínico e mortalidade intra-hospitalar dos pacientes com Takotsubo e choque cardiogênico: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WETERLUND MONTERA, LOUISE FREIRE, FÁBIO FERNANDES, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, ADRIANO MENDES CAIXETA, BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU, CARLOS EDUARDO DE BARROS BRANCO, DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO, VITOR SALVATORE BARZILAI, AGUINALDO FIGUEIREDO DE FREITAS JUNIOR, ESTEVÃO LANNA FIGUEIREDO, FERNANDO MATHEUS, VERA MARIA CURY SALEMÍ e LÍDIA ANA ZYTZYNSKI MOURA.

Hospital Pro-Cardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, InCor, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Alvorada Taguatinga, São Bernardo do Campo, SP, BRASIL - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Associação Beneficente Sírio, Hospital do Coração, HCor, São Paulo, SP, BRASIL - Fundação Antonio Prudente, A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - IMPAR Serviços Hospitalares S/A, Hospital Brasília, Brasília, DF, BRASIL - Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas, Goiânia, GO, BRASIL - Hospital Vera Cruz SA, Campinas, SP, BRASIL - Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, São Paulo, SP, BRASIL - Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, BRASIL - Núcleo de Pesquisa Clínica da Escola de Medicina da FUGPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: Os pacientes com Cardiomiopatia por Takotsubo (CT) são considerados com bom prognóstico intra-hospitalar. Os pacientes que apresentam CT complicado com Choque Cardiogênico (CC), não apresentam bem definidas as suas características clínicas e mortalidade intra-hospitalar nos grandes registros e no Brasil. **Objetivo:** Determinar o perfil clínico dos pacientes que apresentam CT com CC e a taxa de mortalidade intra-hospitalar (MIH). **Delimitação e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico envolvendo 25 centros dispersos geograficamente pelo Brasil. Os critérios de inclusão foram de acordo com International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram avaliadas as características clínicas, biomarcadores, ECG, ecocardiograma (ECO), ressonância magnética cardíaca (RMC), dos pacientes com CT sem CC (SCC) e dos pacientes com CT e CC. Também foi avaliada a taxa de MIH. **Resultados:** 448 pacientes foram admitidos com CT, 66 pacientes (16,6%) apresentaram CC durante a internação. Os pacientes com CC apresentaram uma significativa MIH (25,7% vs 4,1%, $P < 0,0001$). Na análise univariada os pacientes com CT e CC apresentavam maior prevalência do sexo masculino ($p = 0,005$), evolução com sepsis ($p < 0,0001$) e fibrilação atrial ($p = 0,04$). Não observamos diferença entre os grupos em relação a idade ($p = 0,7$), DMT2 ($p = 0,07$), HAS ($p = 0,6$) e uso prévio de betabloqueador (BB) ($p = 0,8$), IECA/BRA ($p = 0,9$) e AAS9 ($p = 0,5$). Quanto a terapêutica admissional de BB ($P < 0,0001$), IECA/BRA ($p < 0,005$) e AAS ($p < 0,0001$), demonstram uma menor prevalência de CC. Não houve diferença entre os níveis de BNP ($p = 0,3$) e NT-proBNP ($p = 0,2$) e Troponina I ($p = 0,2$). No ECG observamos uma maior prevalência de supra do segmento ST (SSST) ($p = 0,07$) no CC. No ECO o CC apresentou maior disfunção ventricular (FEVE: $36 \pm 13\%$ vs $46 \pm 13\%$; $p < 0,0001$) e balonamento apical ($43,9\%$ vs 31% , $p = 0,03$). Nenhum paciente com CC realizou RMC. Na análise de regressão logística observamos uma forte associação do CC com sepsis (OR: 3,9; IC 95%: 1,6-9,5; $p = 0,002$), SSST (OR: 2,37; IC 95%: 0,9-5,7; $p = 0,05$), balonamento apical (OR: 2,26; IC 95%: 1,0-4,7; $p = 0,03$) e FEVE $< 39\%$ (OR: 2,59; IC 95%: 1,2-5,2; $p = 0,01$). E uma significativa menor associação com CC com presença clínica de dor torácica (OR: 0,15; IC 95%: 0,07-0,3; $p < 0,0001$) uso de BB (OR: 0,4; IC 95%: 0,1-0,9; $p = 0,03$). **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou que os pacientes com SST, balonamento apical, disfunção ventricular e sepsis apresentaram uma forte associação com CC. A presença de dor torácica e uso de BB demonstraram uma menor desenvolvimento de CC. Os pacientes com CT e CC apresentaram uma alta taxa de MIH, devendo ser tratados como pacientes de alto risco e suporte terapêutico adequado. **Palavras-chave:** Takotsubo; choque cardiogênico.

22225

Insuficiência cardíaca grave em criança sobrevivente após tratamento de leucemia mielóide aguda

AMANDA LOUISE FEITOSA NASCIMENTO, HENRIQUE SAMUEL CARVALHO DE ALBUQUERQUE, VINICIUS LEON PEREIRA e MARCELO DANTAS TAVARES DE MELO.

Curso de Pós-Graduação em Cardio-Oncologia da SBC, INC, INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia de Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste, Manaus, AM, BRASIL - Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, PB, BRASIL.

Fundamento: A cardiotoxicidade é o efeito adverso com maior impacto na qualidade de vida dos pacientes submetidos a tratamento oncológico, sendo importante causa de morbimortalidade entre os sobreviventes do câncer infanto-juvenil. **Relato de caso:** Feminina, 12 anos, realizou tratamento de leucemia mielóide aguda dos 2 aos 5 anos, tendo recebido no período dose acumulada de antraciclina de cerca de 400mg/m². Paciente sem acompanhamento cardiológico durante o tratamento. em outubro de 2022, procurou o ambulatório de cardiologia pediátrica com queixa de dor abdominal, edema periorbitário e dispnéia, em evolução há cerca de 2 meses. Ao exame físico apresentava sinais de insuficiência cardíaca, sendo realizado ecocardiograma que evidenciou uma dilatação importante do ventrículo esquerdo com disfunção grave - fração de ejeção de 27%. Paciente foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde permaneceu cerca de um mês em uso de drogas vasoativas em altas doses, inicialmente dobutamina, milrinone e na sequência levosimendan. Após a realização de dois ciclos da referida droga, foi possível melhorar a função cardíaca e estabilidade hemodinâmica da paciente com uso de inotrópicos via oral, possibilitando sua transferência para serviço de referência em insuficiência cardíaca e avaliação para possibilidade de transplante cardíaco. **Discussão e Conclusão:** A evolução das terapias melhorou significativamente a sobrevida dos pacientes afetados pelo câncer infanto-juvenil. O reconhecimento da cardiotoxicidade nessa população, com diagnóstico e tratamento precoce das complicações cardiovasculares é cada vez mais corroborado pelos estudos, sendo de suma importância avaliação cardiológica durante os ciclos de quimioterapia e no seguimento tardio dessa população. Neste caso observamos como fatores de risco para o desenvolvimento de cardiotoxicidade, o uso de quimioterápicos como as antraciclínas, muito utilizadas para o tratamento de leucemias, menos de 4 anos de idade no início do tratamento e sexo feminino. Dados da Pediatric Heart Transplant Society (phts) de 1993 a 2014 mostrou 80 crianças listadas para transplante cardíaco onde 78% (n=62) foram submetidas a transplante cardíaco, com 16% (n=13) em ponte para transplante com DVA, devido a cardiomiopatia induzida por quimioterapia. Destacamos neste panorama que, a população pediátrica, apesar de não possuir fatores de risco cardiovasculares clássicos, está exposta a um risco elevado de cardiotoxicidade aguda e também tardia, principalmente quando utilizadas altas doses de antraciclínas. Estudos prospectivos são necessários para melhor estratificar essa população. Palavras-chave: cardiotoxicidade; antraciclínas; leucemia mielóide aguda.

22256

A importância da multimodalidade de imagem no diagnóstico de um raro caso de fibroelastoma papilar no ápice do ventrículo esquerdo

JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO, JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO, MÁRCIO MENDES PEREIRA, LUMA SAYONARA MARTINS PEREIRA, ARIANA MARINHO SERENO DE MELO GOMES, RODRIGO DE JESUS LOUZEIRO MELO, MARCO TÚLIO HERCOS JULIANO, WALDIANE RAFAELA SOUSA MELO COSTA, VINICIUS JOSÉ DA SILVA NINA e JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA.

Pós-Graduação em Cardiologia da SBC, INC, INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - UDI Hospital, São Luis, MA, BRASIL.

Relato de caso: Paciente feminina, 53 anos, assintomática, história prévia de ataque isquêmico transitório (AIT). Em junho de 2022, em avaliação pré-operatória foi solicitado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou uma massa ovalada, um pouco mais ecogênica que o miocárdio, homogênea, superfície lisa, móvel, localizada no ápice do ventrículo esquerdo, podendo corresponder a trombo ou tumor, sendo complementado com contraste ultrassonográfico, que afastou a possibilidade de trombo, confirmando a presença de um tumor apical, pedunculado, com distribuição homogênea do contraste, medindo 0,9cm x 1,0cm com pedículo de 0,6cm de comprimento e 0,2cm de espessura, sugestivo de fibroelastoma papilar (FP). Foi solicitado uma ressonância cardíaca, que identificou uma massa homogênea pedunculada apical aderida a trabeculação com hipossinal em relação ao miocárdio, sem perfusão e ausência de realce tardio, sem características de trombo, que também sugeriu diagnóstico de FP. A paciente foi submetida à cirurgia cardíaca, sendo identificado uma tumoração ovalada, pediculada em ápice de ventrículo esquerdo, a qual o estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de FP. **Discussão:** O FP é uma neoplasia cardíaca rara, benigna e ocupa o terceiro lugar dos tumores cardíacos. Geralmente, afeta as válvulas cardíacas, sendo mais comum o acometimento da valva aórtica. A localização do FP no ápice do ventrículo esquerdo é extremamente rara com poucos casos descritos na literatura. Concomitante ao caso relatado, no qual a paciente teve um episódio de AIT prévio. Os pacientes sintomáticos ou com tumores pedunculados devem ser submetidos à ressecção cirúrgica como tratamento de escolha. O uso de multimodalidade de imagens foi essencial para o diagnóstico correto do caso descrito. **Comentários finais:** Relatamos um caso raro de FP em ápice do ventrículo esquerdo, que foi submetido a ressecção cirúrgica. Este caso enaltece a importância da multimodalidade de imagem no diagnóstico e na programação cirúrgica. Palavras-chave: fibroelastoma papilar; multimodalidade; contraste ultrassonográfico.

22270

Relato de caso de cardiotoxicidade por everolimus

ALEX JÚNIOR DE ARAÚJO, ANDREIA BIOLO e TÂNIA FÉLIX LORENZATO DA FONSECA PEIXOTO.

Hospital Vila da Serra, Grupo Oncoclinicas, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: O everolimus, quimioterápico inibidor da rapamicina mamífero (mTOR), tem como efeitos adversos a estomatite, hiperglicemia, hiperlipidemia, mielossupressão e pneumonite. A cardiotoxicidade direta por everolimus ainda é pouco descrita na literatura. **Relato de caso:** Mulher, 71 anos, tabagista inveterada, hipertensa em uso de anlodipino, no contexto de astenia e perda ponderal realizou tomografia que evidenciou lesões pulmonares. ECO TT da ocasião com FEVE 72%, disfunção diastólica grau I, valvopatias leves, PSAP 25mmHg. Alguns meses após diagnosticou-se tumor carcinóide atípico primário do pulmão com metástases hepáticas. No final de 2021 iniciou tratamento com everolimus. Após 6 meses a paciente internou com dispnéia, tosse e hipoxemia. À admissão NT Pro BNP acima de 30000, angiogramografia de tórax descartou TEP e evidenciou derrame pleural bilateral, congestão e consolidação pulmonar. Iniciado antibiótico, tratamento clínico de insuficiência cardíaca (IC) e suspensão de everolimus. ECO TT do dia seguinte demonstrou FEVE 29% e descartou Takotsubo. No CATE encontrou-se aterosclerose leve e moderada. Visualizado em RM cardíaca FEVE 28%, caracterização tecidual normal em T1 e T2 globais e ausência de realce tardio sugestivo de fibrose. A equipe assistente suspeitou de IC induzida por everolimus, otimizou o tratamento e manteve suspensão de quimioterápico. Após boa evolução clínica recebeu alta com betabloqueador, IECA, antagonista mineralocorticoide, iSGLT2 e diurético de alça. Cerca de 1 mês após a alta, diagnosticou-se DM2 e dislipidemia e ECO TT demonstrou FEVE de 41%. Iniciado metformina, rosuvastatina e reiniciado everolimus. Após 3 meses ECO TT demonstrou FEVE 48%. No início de 2023 o everolimus foi suspenso por progressão neoplásica refratária ao tratamento e a paciente foi encaminhada para equipe de cuidados paliativos. **Conclusão:** Especialistas ao discutir cardiotoxicidade por everolimus geralmente relacionam a piora metabólica à progressão aterosclerótica coronariana. No entanto, pouco ainda se discute sobre possível cardiotoxicidade direta por everolimus. No caso acima a IC ocorreu 6 meses após uso do everolimus e houve melhora clínica e da FEVE após a suspensão do quimioterápico e tratamento da IC. Nayernama A. et al publicou em 2016 uma revisão de segurança do sistema de eventos adversos da FDA com 148 casos de associação do everolimus com disfunção cardíaca em que o tempo médio de início da IC foi de 3 meses e sua resolução ocorreu em 49% dos pacientes. A plausibilidade biológica para essa possível cardiotoxicidade pode ser explicada pela desregulação da via PI3K-AKT-mTOR que atua na regulação de processos celulares (proliferação, sobrevivência celular e angiogênese). Palavras-chave: everolimus; cardiotoxicidade; disfunção cardíaca; insuficiência cardíaca.

22299

Qual é o melhor protocolo do teste sentar-e-levantar em pacientes com insuficiência cardíaca?

DANIELA GARDANO BUCCHARLES MONTALVERNE, GYSLANE FELIX SOUSA, CRISLAINE SILVA COSTA, GLENDA MARIANO DE QUEIROZ SILVA, ERICA ALMEIDA SILVA, VITÓRIA FONTELES RIBEIRO, TAYNAN FERREIRA DA SILVA, MARILIA ISABELLE DE LIMA MOTA, CRISTIANY AZEVEDO MARTINS e ALMINO CAVALCANTE ROCHA NETO.

Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Os protocolos do teste sentar-e-levantar (TSL) para avaliação da capacidade funcional são descritos na literatura, entretanto, não existem evidências sobre qual é o melhor protocolo a ser utilizado nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca estáveis. **Objetivo:** Verificar a associação e concordância entre cada protocolo do TSL (5 repetições [TSL5], 30 segundos [TSL30] e 1 minuto [TSL1]) e a sua correlação com o teste de caminhada de 6 minutos (TC6). **Delimitação e Métodos:** Estudo transversal, realizado num ambulatório de referência, no período de julho de 2022 a março de 2023 com indivíduos com diagnóstico de IC e idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras. Foi aplicado uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos, classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). No mesmo dia foram aplicados os três protocolos do TSL de forma randomizada. Considerando que os desfechos dos testes são obtidos em unidades de medida diferentes, a velocidade (número de repetições por segundo [rep/seg]) foi utilizada para a análise dos três testes. O TC6 foi realizado seguindo protocolo da American Toracic Society e a distância percorrida foi o parâmetro principal avaliado. Análise estatística realizada pelo Software SPSS versão 23, sendo considerado como estatisticamente significante quando p<0,05. Coeficiente de correlação de Spearman $r=0,987,763$. **Resultados:** Foram avaliados 34 pacientes, maioria mulheres (n=23, 67,6%), com média de idade de 62,8±15,2 anos. Na classificação da NYHA a maioria eram Classe II (n=14, 41,2%) e a FEVE média foi de 55,8±16,1%. Foi encontrada diferença na velocidade de execução entre o protocolo TSL5 e TSL1 (p=0,018) (TSL5: 0,33±0,08 rep/seg; TSL30: 0,31±0,08 rep/seg; TSL1: 0,29±0,08 rep/seg). Apesar dessa diferença, eles apresentaram excelente concordância (CCI≥0,78 para todos) e houve moderada associação entre eles (r=0,677). No TC6 os participantes caminharam em média 370,4±104,1 metros. Na correlação observamos uma correlação somente entre o TSL1 e o TC6 (r=0,415, p=0,015). Não foi observado correlação dos testes com a idade e a FEVE. Quando estratificado o TC6 em capacidade de exercício baixa e preservada observamos que dos três protocolos somente o TSL30 e o TSL1 foram capazes de discriminar esses pacientes (Área sob a curva [AUC]≥0,768). **Conclusão:** Apesar de ter sido verificada diferença na velocidade de execução entre o TSL5 e TSL1 observou-se excelente concordância e boa correlação entre os três diferentes protocolos. Além disso somente o TSL30 e o TSL1 possuíam poder discriminatório para pacientes com capacidade de exercício baixa e preservada, além do TSL1 ter sido o único a se correlacionar com o TC6. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; teste de caminhada; avaliação funcional.

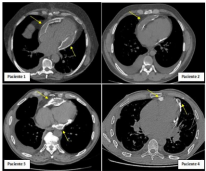
22301

Pericardite constritiva com necrose caseosa: uma associação nunca descrita

PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF, EDILEIDE DE BARROS CORREIA, MARCOS DE OLIVEIRA VASCONCELLOS, ANA CRISTINA DE SOUZA MURTA, FABIANO CASTO ALBRECHT, YONÁ AFONSO FRANCISCO, LARISSA VENTURA BRUSCKY, RAQUEL SILVA BRITO DA LUZ, VICTOR BEMFICA e RAPHAEL ROSSI.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Dá-se o nome de necrose caseosa à ocorrência de liquefação do cálcio e formação de pseudotumor no anel fibroso da valva mitral, onde costuma haver intenso depósito de cálcio. Não há descrição na literatura desta ocorrência na pericardite constritiva. Na valva mitral, ocorre com maior frequência nas mulheres idosas e é associada com insuficiência renal e hipertensão arterial. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional de série de casos. **Resultados:** Relato de quatro pacientes, todos do sexo masculino, idade média de 51±17 anos, sendo que toda amostra se apresentou com quadro clínico de Insuficiência Cardíaca classe funcional IV por Pericardite Constritiva. Pacientes apresentavam poucas comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais frequente, com prevalência de 50%. Fração de ejeção de ventrículo esquerdo preservada em todos os pacientes e hipertensão pulmonar em 50% deles. Características demográficas e comorbidades listadas na "Tabela 1". Todos foram submetidos à tomografia de tórax que evidenciou intensa calcificação pericárdica e massas de contornos irregulares, com área central mais clara circundada por fina camada calcificada ("Figura 1"). Todos foram submetidos ao tratamento cirúrgico (pericardiectomia) sendo evidenciada, na cirurgia, a presença de pseudotumores preenchidos por material pastoso de consistência de "pasta de dente", semelhante ao descrito na necrose caseosa da valva mitral. **Conclusão:** Descrevemos ocorrência de necrose caseosa na pericardite constritiva, ainda não descrita na literatura. Pelo aspecto de imagem e pelo conteúdo, consideramos tratar-se da mesma patologia. Nestes casos descritos, havia calcificação intensa, levando-se a cogitar que a necrose caseosa está relacionada a esta ocorrência. **Palavras-chave:** pericardite constritiva; insuficiência cardíaca; IC; necrose caseosa.



Paciente	Sexo	Idade (anos)	Comorbidades	Classe Funcional admitida*	FE (%)	PSAP† (mmHg)
1	Masculino	62	HAS, hipotireoidismo	IV	55%	47
2	Masculino	38		IV	61%	Acuteite
3	Masculino	69	HAS, encefalopatia	IV	65%	Acuteite
4	Masculino	37	tabagismo	IV	59%	39

Tabela 1. Perfil clínico e ecocardiográfico dos pacientes portadores de pericardite constritiva com necrose caseosa. *Classe funcional segundo NYHA (New York Heart Association); FE: fração de ejeção; HAS: hipertensão arterial sistêmica.

22306

Heart failure daily weight tracker: tradução, adaptação para uso no Brasil e estudo piloto do preenchimento por pacientes com insuficiência cardíaca

LUÍSA MENDES SILVEIRA, VITÓRIA EUGÊNIA DA COSTA LAGRANHA, SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI, GRAZIELLA BADIN ALITI e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

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

Fundamento: A descompensação da insuficiência cardíaca (IC) incide em múltiplas hospitalizações, o que impacta no declínio da saúde dos indivíduos. Atitudes relacionadas ao autocuidado podem ser implementadas se estratégias educativas forem oportunizadas para a automonitorização dos pacientes com relação à identificação de sinais e sintomas de piora da IC. Profissionais do Instituto de Cardiologia da Universidade de Ottawa elaboraram uma ferramenta educativa de automonitorização para pacientes com IC por zonas de manejo da síndrome. Ao considerar esta ferramenta como útil para nossa prática com pacientes com IC, identifica-se que necessita ser validada para uso no Brasil. **Objetivo:** Traduzir e adaptar o *Heart Failure Daily Weight Tracker* (HFDWT) para o português do Brasil e avaliar o preenchimento do instrumento em uma amostra piloto de pacientes com IC. **Métodos:** Estudo piloto a partir de pesquisa metodológica. O instrumento foi traduzido para o português brasileiro por dois profissionais de saúde com experiência em IC. Estas versões foram discutidas por um comitê de especialistas na área de IC, que após consenso definiram uma versão para ser utilizada no estudo piloto. O instrumento foi preenchido por uma amostra de 10 pacientes em três avaliações: internação, alta hospitalar e consulta ambulatorial. Para avaliar a concordância interobservador foi calculado o coeficiente Kappa. **Resultados:** Após a tradução da escala em duas versões foram realizados ajustes de substituição de palavras e adaptação do instrumento para a realidade do serviço de saúde do estudo na reunião do comitê de especialistas. O instrumento foi denominado de Monitoramento Diário de Peso na Insuficiência Cardíaca. Foram incluídos pacientes com média de idade 55±10 anos, 50% do sexo feminino, com etiologia prevalentemente isquêmica (54,5%) e fração de ejeção média do ventrículo esquerdo de 26±7%. O valor do coeficiente de Kappa foi de 1,0 para todos os itens avaliados. A média de dias de acompanhamento foi 31±13 e a mediana do percentual de preenchimento adequado do instrumento foi de 54,7 (23,6-69,4). **Conclusão:** O HFDWT foi traduzido e adaptado para o português do Brasil. A aplicação do instrumento por dois avaliadores apresentou concordância adequada. Observou-se que aproximadamente metade dos pacientes apresentaram dificuldades para preencher adequadamente o instrumento. Serão necessários ajustes no instrumento, além de propiciar e reforçar mais engajamento dos pacientes que serão incluídos no estudo original de validação clínica do instrumento. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; autocuidado; educação em saúde.

22313

Reativação de Chagas no primeiro ano de transplante cardíaco

NATÁSSIA SOUZA SANTOS CAMPOS GOMES, AIRTON SALVIANO DE SOUSA JÚNIOR, VICTOR BEMFICA DE MELLO MATTOS, PLÍNIO JOSÉ WOLF WITHAKER, RAPHAEL MACHADO ROSSI, JOÃO MANOEL ROSSI NETO, MARCO AURÉLIO FINGER, CAROLINA CASADEI DOS SANTOS e MATHEUS CRISTINO MARTINS.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas está entre as três principais indicações de transplante cardíaco no Brasil. Apesar de sua prevalência expressiva, principalmente nos casos avançados de insuficiência cardíaca, permanecem escassos os dados sobre seu comportamento clínico pós transplante. Durante o período de seguimento, é mandatória a monitorização dos valores séricos do *Trypanozoma cruzi*, seja por PCR ou biópsias, visando diagnóstico precoce de reativação. A depender do imunossupressor utilizado, a incidência da reativação varia entre 19,6% a 90%, sendo mostrado em um estudo maior associação com uso de micofenolato mofetil (MMF), com apresentação clínica igualmente variável. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 62 anos, submetida a transplante cardíaco em julho de 2022, devido miocardiopatia chagásica. Estava em acompanhamento ambulatorial, em uso de terapia imunossupressora com tacrolimus 1mg/dia, micofenolato de sódio 720mg/dia e prednisona 20mg/dia. Em janeiro de 2023, paciente compareceu em consulta com queixa de pequena lesão cutânea ulcerada em glúteo e dosagem de PCR para citomegalovírus (CMV) negativa. Em fevereiro, persistia com lesão evolutivamente pior, quando iniciou quadro progressivo de hipoxemia, dor abdominal e náuseas, associado injúria renal aguda, elevação de troponina e NT-proBNP. Foi então internada devido à hipótese de rejeição aguda do enxerto associada a infecção cutânea. O ecocardiograma não demonstrou piora da função ventricular, porém os PCR séricos para CMV e Chagas foram positivos. Além disso, foi realizada biópsia de lesão glútea demonstrou infiltrado eosinofílico e células ovaladas sugerindo forma livre do *Trypanosoma cruzi*. Chamava atenção linfopenia persistente, sendo suspenso micofenolato de sódio. A paciente recebeu tratamento com ganciclovir e benzonidazol, apresentando melhora clínica e laboratorial, incluindo da lesão cutânea. **Discussão e Conclusão:** A reativação do T. Cruzii está associada à imunossupressão excessiva, onde a resposta linfocitária T helper 1 está comprometida. Existe uma maior associação com reativação quando o MMF está na prescrição. Os sintomas costumam ser similares a fase aguda da doença de Chagas, com artralgia, mialgia, febre, hipoxemia, além de miocardite e meningoencefalite. O acometimento cutâneo se torna um desafio diagnóstico devido seu alto grau de polimorfismo na apresentação. O diagnóstico pode ser feito através de PCR sérico, biópsias cutâneas de lesões ou miocárdicas. O tratamento com benzonidazol 2,5-5mg/kg/dia por 60 dias costuma ser eficaz. O uso profilático é controverso. Quando reconhecida e prontamente tratada, a mortalidade é menor que 1%. **Palavras-chave:** transplante cardíaco; Chagas; reativação; doença de Chagas.

22315

Relação monócito-linfócito (MLR) pré-tratamento como preditora de cardiotoxicidade relacionada ao tratamento oncológico em pacientes com câncer de mama inicial HER2+

ANDREIA BIOLLO, ÂNGELA BARRETO SANTIAGO SANTOS, EDUARDA FORESTI ENGLERT, GÉRIS MAZZUTTI, GUILHERME OLIVEIRA MAGALHÃES COSTA, MARCO AURÉLIO LUMERTZ SAFFI, PEDRO EMANUEL RUBINI LIEDKE, VINÍCIUS HENRIQUE FRITSCH e FERNANDO PIVATTO JÚNIOR.

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

Fundamento: Marcadores inflamatórios elevados pré-tratamento oncológico são associados à cardiotoxicidade em pacientes com câncer de mama. Razão monócito-linfócito (MLR), neutrófilo-linfócito (NLR), plaqueta-linfócito (PLR) e índice de inflamação imune sistêmica [SII = (neutrófilo x plaqueta) / linfócito] são marcadores de inflamação facilmente obtidos através do hemograma. **Objetivo:** Avaliar o desenvolvimento de cardiotoxicidade relacionada ao tratamento oncológico de pacientes com câncer de mama inicial HER2+ de acordo com os marcadores inflamatórios MLR, NLR, PLR e SII derivados do hemograma pré-tratamento oncológico. **Delineamento e Métodos:** Estudo de coorte prospectivo incluindo pacientes femininas consecutivas ≥18 anos com câncer de mama inicial HER2+ que consultaram no ambulatório de oncologia mamária da instituição entre março/2019 e março/2022. Cardiotoxicidade relacionada ao tratamento oncológico: redução da FEVE >10% pontos percentuais para valores <53% (ecocardiograma 2D). A análise de sobrevida foi realizada através das curvas de Kaplan-Meier, comparadas pelo teste de log-rank, e a capacidade de discriminação foi avaliada através da área sob a curva ROC. P <0,05 foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** Foram estudadas 49 pacientes (53,3±13,3 anos) com seguimento mediano de 13,2 (IQR 25-75%: 10,8-16,1) meses (57,1 pacientes-ano). Cardiotoxicidade relacionada ao tratamento oncológico foi observada em 6 (12,2%) pacientes. Pacientes com marcadores inflamatórios elevados tiveram menor sobrevida livre de cardiotoxicidade (P <0,05 para todos). A MLR obteve área sob a curva estatisticamente significativa (0,802; P =0,017). Cardiotoxicidade foi observada em 27,8% das pacientes com alta MLR vs. 3,2% das com baixa MLR (P=0,020); valor preditivo negativo 96,8% (IC95%: 83,3-99,4%). **Conclusão:** Em pacientes com câncer de mama, a presença de marcadores inflamatórios séricos elevados pré-tratamento oncológico esteve associada com risco aumentado de cardiotoxicidade. Entre esses marcadores, a MLR teve bom desempenho discriminatório e alto valor preditivo negativo. A incorporação da MLR na prática clínica pode melhorar a avaliação de risco basal pré-tratamento, e, consequentemente, a seleção de pacientes para um melhor acompanhamento durante o tratamento oncológico. **Palavras-chave:** cardiotoxicidade; câncer de mama; inflamação; preditores.

22318

O fator de diferenciação de crescimento 15 (GDF-15) é preditor de eventos em pacientes hospitalizados com fibrilação atrial

ANGELO MICHELE DI CANDIA, DIANE XAVIER DE ÁVILA, GUSTAVO MOREIRA, VICTORIA DEPES SCARAMUSSA e HUMBERTO VILLACORTA.

Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: O fator de diferenciação de crescimento 15 (GDF-15) é um biomarcador de inflamação e estresse oxidativo. A fibrilação atrial é a mais prevalente das arritmias cardíacas; quando presente, eleva o risco de mortalidade e de eventos tromboembólicos. **Objetivo:** Avaliar o valor do GDF-15 na predição de desfechos clínicos em pacientes com flutter ou fibrilação atrial (FA) paroxística, persistente e permanente. **Métodos:** Incluímos 50 pacientes hospitalizados com diagnóstico primário ou secundário de FA ou flutter em dois hospitais coletados dados clínicos, eletrocardiográficos e ecocardiográficos e dosados os biomarcadores NT-proBNP, Troponina e GDF-15, entre outros. Os pacientes foram seguidos por um ano para o desfecho primário de tempo até o primeiro evento, definido como uma combinação de morte cardiovascular, internação de causa cardiovascular, embolia sistêmica, acidente vascular encefálico, ataque isquêmico transitório ou sangramento maior. Realizamos curva ROC e curva de sobrevida livre de eventos de Kaplan-Meier. **Resultados:** Eram do sexo masculino 29 (58%) pacientes e a média de idade foi 68,5±17,3 anos. Vinte e oito (56%) tinham FA permanente e 18 (36%) tinham IC com fração de ejeção reduzida. Ocorreram 14 eventos (7 óbitos, 6 reinternações e 1 hemorragia maior). Os níveis de GDF-15 nos pacientes com e sem eventos foram 3864 (variação interquartil de 1737-7401) vs 2515 (995,7-4670)pg/mL, p=0,10. Um corte de GDF-15 >6680pg/mL obteve sensibilidade de 35,7% e especificidade de 91,7%, com área sob a curva de 0,65. A sobrevida livre de eventos ao final de 1 ano em pacientes com GDF-15 abaixo e acima desse corte foi respectivamente 79% vs 38%, p=0,004 (teste de log-rank), com hazard ratio (HR) de 11,4 (IC 95% 2,1-60,4). A pior sobrevida livre de eventos foi observada em pacientes com GDF-15 >6680pg/mL e NT-proBNP >3045 (34% vs 57% para quando somente o NT-proBNP estava elevado, p=0,002). Em comparação com pacientes com os dois biomarcadores abaixo do corte (sobrevida de 92%), o grupo com os dois biomarcadores elevados teve HR 13,9 (IC 95% 2,0-94,8). **Conclusão:** O GDF-15 demonstrou bom desempenho prognóstico e adicionou informações aos peptídeos natriuréticos em pacientes com FA. **Palavras-chave:** GDF-15; fibrilação atrial; prognóstico.

22322

Avaliação dos fatores de risco de pacientes submetidos a transplante cardíaco e sua influência em desfechos clínicos

GABRIEL BARROS AULICINO, FABIANA G. MARCONDES-BRAGA, SANDRIGO MANGINI, IASCARA WOSNIACK CAMPOS, MONICA SAMUEL AVILA, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, RONALDO HONORATO B SANTOS, TANIA MARA VAREJAO STRABELLI, FABIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é o tratamento padrão ouro para pacientes com insuficiência cardíaca avançada. No entanto o número de transplantes é limitado pelo número de doadores disponíveis. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar fatores de risco associados à maior mortalidade em 30 dias e um ano após TC. **Delineamento e Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva, unicêntrico, onde avaliamos 310 pacientes adultos transplantados no Instituto do Coração (Incor-HCFMUSP) entre janeiro de 2013 e dezembro de 2019. A análise de regressão logística univariável e multivariável foi utilizada para avaliar preditores independentes de mortalidade em 30 dias e um ano dentro as características clínicas de pior prognóstico, descritas na literatura. Todos os pacientes foram seguidos até o óbito ou dia da última observação em 12 de outubro de 2022. A partir da análise de 299 pacientes com dados completos foi estabelecido um modelo final de variáveis clínicas com significância estatística e atribuídos pontos para um simples índice de risco com base no efeito relativo sobre as chances de mortalidade em 30 dias e um ano de cada variável. **Resultados:** Quatro variáveis observadas na última avaliação clínica dentro das 24h que antecederam o TC foram estatisticamente significativas na predição de mortalidade em 30 dias e um ano (p <0,05): escore SOFA máximo (<5 e >=5), clearance de creatinina em 3 categorias quartis (>84 entre 42 e 84 e <= 42), proteína Creativa em 3 categorias (<= 6 entre 6 e 33 e >=33) e leucócitos em 3 categorias (<=5590 entre 5590 e 9237 e >9237). As estimativas de sobrevida utilizando o método de Kaplan-Meier foram calculadas e estratificadas conforme os grupos de risco. As taxas de mortalidade em 30 dias e em um ano para o grupo de risco elevado (>20 pontos) versus grupo de baixo risco (<=20 pontos) foram: 27,6% - 7,9% e 44% - 14,6%, respectivamente (p<0,01). A curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) foi calculada e utilizada para avaliar os resultados do estudo com área sob a curva de 0,74 (IC:0,68 – 0,80). **Conclusão:** Nesta análise unicêntrica, os preditores independentes de mortalidade no TC foram: escore SOFA, Clearance de Creatinina, proteína C reativa e número de leucócitos. Futuros estudos podem validar essa análise de risco e estabelecer um modelo prognóstico de mortalidade no TC. **Palavras-chave:** fatores de risco; prognóstico; transplante cardíaco; escore de risco.



22323

Associação entre a frequência cardíaca de repouso com a frequência cardíaca média no Holter 24h em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e ritmo sinusal

FÁBIO EDUARDO CAMAZZOLA, LUCIANO DA SILVA SELISTRE, PEDRO VELLOSO SCHWARTZMANN, ANA CAROLINA GUIMARÃES MAGGI, VITÓRIA CHEN, FRANCINE FONSECA DE SOUZA e ANDRESSA DA SILVA CARDOSO.

Universidade de Caxias do Sul, UCS, Caxias do Sul, RS, BRASIL - Hospital da Unimed de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Instituto de Cardiologia da Serra, Caxias do Sul, RS, BRASIL.

Fundamento: A frequência cardíaca (FC) apresenta valor prognóstico em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e ritmo sinusal. O melhor método para mensurar a FC nesse contexto ainda permanece incerto. **Objetivo:** Comparar os valores da frequência cardíaca obtidos no eletrocardiograma (ECG) de repouso com a frequência cardíaca média no Holter 24h em pacientes com ICFER que se apresentam em ritmo sinusal. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal, não intervencionista, prospectivo e diagnóstico. Os critérios de inclusão foram: apresentar ICFER (fração de ejeção <40%) documentada em ecocardiograma nos últimos 12 meses, ritmo sinusal e idade ≥18 anos. A avaliação da FC dos pacientes foi realizada através de ECG de repouso em 3 ocasiões em um período de 24h e no Holter 24h. As comparações da acurácia da aferição da FC entre o ECG e o Holter 24h foram realizadas através coeficiente de concordância, regressão linear e área sob a curva ROC. **Resultados:** Foram analisados 71 pacientes, sendo 46 (64,8%) do sexo masculino, 48 hipertensos (67,6%) e 25 diabéticos (35,2%). Em relação classe funcional 56 (80%) tinham NYHA II e III, sendo a etiologia isquêmica encontrada em 32 (45,1%). Hospitalização por IC nos últimos 6 meses foi observada em 39 pacientes (54,9%). As medianas [IQR] para os dados clínicos foram: idade de 64 anos. [IQR:54,0; 70,0]; fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 29% [IQR: 25; 33]; NT-pro-BNP de 1,086pg/mL [IQR:402; 3.198]. Com relação às medicações utilizadas, verificou-se o emprego de drogas bloqueadores do sistema renina-angiotensina em 65 pacientes (91,5%) [sacubitril-valsartan em 28 pacientes (39,4%), IECA em 30 pacientes (42,2%) BRA em 7 pacientes (9,9%)], betabloqueadores em 68 pacientes (95,7%), antagonista da aldosterona em 54 pacientes (76,1%), inibidores do SGLT2 em 51 pacientes (71,8%), furosemdia em 43 pacientes (60,6%), ivabradina em 8 pacientes (11,3%) e digoxina em 4 pacientes (5,6%). A regressão linear apresentou intercepto de 37,04 (IC 95%: 32,30; 41,80, p<0,01), coeficiente angular de 0,46 (IC 95%: 0,41; 0,52, p<0,01), raiz quadrada média de 7,71 (IC 95%: 7,01; 8,72) e coeficiente de determinação de Lin de 0,581 (0,513; 0,642, p<0,01). Entretanto, a capacidade de diagnóstico do ECG para o controle da FC entre 50 e 70 bpm apresentou adequada área sob a curva ROC 0,917 (IC 95%: 0,819; 0,952), com sensibilidade de 0,905 (IC 95%: 0,832; 0,977), especificidade de 0,793 (IC 95%: 0,729; 0,858), valor preditivo positivo e negativo de respectivamente 0,648 (IC 95%: 0,548; 0,748) e 0,952 (IC 95%: 0,915; 0,989), e coeficiente de Kappa de 0,952 (IC 95%: 0,915; 0,989). **Conclusão:** A FC do ECG de repouso apresentou um bom desempenho quando comparada a monitorização do Holter 24h, sendo possível utilizar como critério clínico para avaliação da FC em pacientes com ICFER e ritmo sinusal. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; frequência cardíaca; ritmo sinusal; eletrocardiograma; holter.

22329

Gerenciamento de fluidos de pacientes com insuficiência cardíaca crônica: projeto de implementação de boas práticas

ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, KARINA SICHIERI, ELIZA DE OLIVEIRA BARAUNA, SAMANTHA KELLY BATISTA SOUZA, ANA CAROLINA MARQUES FIORE, EVANDRO TINOCO MESQUITA, CAMILA ACHÃO ROSA, BEATRIZ PAIVA E SILVA DE SOUZA, LEONARDO SOARES FARIAS e JULIANA DE MELO VELLOZO PEREIRA.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Universitário, USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Apesar das evidências sobre a prevenção de descompensação da insuficiência cardíaca incluemem acompanhamento multidisciplinar para gerenciamento de fluidos, ainda existem barreiras para implementação desta prática. **Objetivo:** Avaliar a adesão conforme os critérios baseados em evidências sobre o manejo de fluidos em pacientes com insuficiência cardíaca crônica acompanhados remotamente por equipe multidisciplinar de uma clínica especializada em Niterói, RJ. **Métodos:** Pesquisa de implementação de evidências, que utilizou o modelo de auditoria e feedback usando o *Practical Application of Clinical Evidence System* e *Getting Research into Practice* do Joanna Briggs Institution em uma clínica especializada, que envolveu três fases: composição da equipe e realização de auditoria de base pautada nos critérios da JBI; reflexão sobre os resultados da auditoria de base, planejamento e implementação de estratégias para lidar com a não conformidade encontrada na auditoria de base informada pela estrutura JBI GRIP; realização de duas auditorias de seguimento para avaliação dos resultados das intervenções implementadas. A intervenção incluiu um curso de 24 horas (setembro a dezembro de 2021), discussões clínicas semanais e rounds multidisciplinares (maio de 2021 até o presente momento). **Resultados:** Um total de 42 pacientes foram avaliados nas auditorias de base e seguimento 01 (abril de 2022) e 02 (maio de 2023) no seguimento 02 (abril de 2023). A auditoria de base e de seguimento 01 e 02 revelaram alta conformidade (100%) em cinco, dos nove critérios avaliados: equipe multidisciplinar envolvida no cuidado; participação de médico e enfermeiro especializado em IC; programas multifacetados com visitas domiciliares, consulta telefônica e grupos de apoio; monitoramento farmacológico, e avaliação da adesão a medicação. O critério sobre a ingestão diária recomendada de 2g/dia de sódio teve 100% de conformidade na auditoria de base, mas teve 92,86% no seguimento 01, e retornou para 100% de conformidade no seguimento 02. O critério sobre a restrição de líquidos a 1,5L / dia teve 90,48% na auditoria de base, 88,10% no seguimento 01, e 95,45% no seguimento 02. O critério sobre potencial de perda excessiva de fluidos apresentou nenhuma conformidade (zero) na auditoria de base, 64,29% no seguimento 01 e 59,09% no seguimento 02. Sobre a pesagem diária, houve 45,24% na auditoria de base, 50% no seguimento 01 e 4,5% no seguimento 02. **Conclusão:** A adesão sobre o manejo de fluidos foi adequada, mas ainda restam barreiras a serem vencidas por novas estratégias para o alcance de melhores práticas. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; autocuidado; equipe de assistência ao paciente.

22343

Comportamento de autocuidado sete dias após a alta de pacientes com internação prévia por insuficiência cardíaca descompensada

ENEIDAREJANE RABELO DA SILVA, VITÓRIA EUGÊNIA DA COSTA LAGRANHA, LUISA MENDES SILVEIRA e SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI.

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

Fundamento: A baixa adesão ao tratamento farmacológico e atitudes inadequadas em relação ao autocuidado diário podem comprometer a estabilidade clínica de pacientes com insuficiência cardíaca. Ao considerar que melhores escores de autocuidado estão relacionados a melhores desfechos clínicos, é importante avaliar este comportamento após um período de internação recente. Atualmente, estão disponíveis ferramentas para mensurar o autocuidado visando auxiliar no processo de educação em saúde.

Objetivo: Apresentar os resultados do comportamento de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca antes e depois da abordagem educacional realizada durante a internação e sete dias após a alta. **Delineamento e Métodos:** Estudo quase experimental do tipo antes-depois com pacientes internados por insuficiência cardíaca em um hospital público do sul do Brasil no período de março a julho de 2021. Os dados foram coletados através da European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScB). A escala EHFScB é composta por 12 itens e cada item possui cinco opções de resposta, variando entre 1 (sempre) a 5 (nunca), a pontuação varia entre 12 e 60 pontos, quanto menor a pontuação, melhor o autocuidado. Durante a internação os pacientes são acompanhados por uma equipe multiprofissional, até o seguimento na clínica após a alta. **Resultados:** Foram incluídos 28 pacientes. A média de idade foi de 61±14. Predominou o gênero masculino (79%) e a etnia branca (79%). A etiologia mais prevalente foi isquêmica (46%). O tempo médio de internação em dias foi de 13,9±7,3. Na avaliação basal, o percentual médio no escore de autocuidado foi de 34,8±11. Na avaliação de sete dias pós-alta, o escore médio foi de 22,5±6. Identificou-se interação significativa ($P < 0,001$) entre o tempo de internação e o escore de autocuidado em sete dias após a alta quando comparado à avaliação basal. Identificou-se interação significativa ($P < 0,001$) entre o tempo de internação e o escore de autocuidado em sete dias pós-alta, quanto maior o tempo de internação, melhor o escore de autocuidado em sete dias após a alta. Quanto ao tempo de experiência com a IC, observou-se interação significativa ($P = 0,006$) quando comparado ao escore de autocuidado basal. Escores mais elevados de autocuidado foram relacionados com um maior tempo de experiência com a insuficiência cardíaca. **Conclusão:** Intervenções educativas refletiram de forma positiva no autocuidado destes pacientes. Enfatiza-se a importância do acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional para a manutenção de bons escores de autocuidado. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; autocuidado; educação em saúde.

22345

Experiência exitosa: teleatendimento multiprofissional em serviço estadual de referência em doença de Chagas e insuficiência cardíaca no enfrentamento à pandemia COVID 19

CAROLINA DE ARAÚJO MEDEIROS, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, CRISTINA DE FÁTIMA VELLOSO CARRAZZONE, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, MARIA DA GLÓRIA AURELIANO DE MELO CAVALCANTI, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, MARIA BEATRIZ ARAÚJO SILVA, PAULA RENATA GOMES SANDE, ISABELLE CONCEIÇÃO ALBUQUERQUE MACHADO MOREIRA, WILSON DE OLIVEIRA JÚNIOR e SÍLVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Amplatório de Doença de Chagas e IC, PROCAPE, Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL - Faculdade de Enfermagem, Nossa Senhora das Graças, FENSG, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A utilização de tecnologias tem demonstrado ser forte ferramenta para informação, educação e comunicação, no contexto do enfrentamento à COVID 19. Pacientes portadores de doença de Chagas crônica (DCC), especialmente com Insuficiência Cardíaca (IC), requer avaliações periódicas. **Objetivo:** Descrever o teleatendimento, em serviço universitário de referência em doença de Chagas e IC do estado de Pernambuco, no enfrentamento a pandemia de COVID 19. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal com abordagem descritiva. O teleatendimento multiprofissional foi realizado pela Plataforma Teams, por meio do prontuário eletrônico do paciente/MV Informática em março de 2022. Diante das dificuldades no período de pandemia como a limitação ainda presente de deslocamento de pacientes somado e profissionais de risco que não poderiam retornar ao presencial, essa modalidade de atendimento, foi inicialmente proposta aos pacientes com DCC, atendimento síncrono da consulta de enfermagem com o paciente e o profissional médico em seu domicílio. Todos os pacientes concordaram com o atendimento remoto. Os dados foram tabulados no software Excel 2013 e análise pelo SPSS versão 21.0. **Resultados:** Nesse modelo, 18 pacientes foram atendidos de forma síncrona e remota, 61% com DCC, sendo 39% com IC, 66% mulheres, 55% natural do interior do Estado, 61% procedência da Região Metropolitana, 39% com ensino fundamental incompleto, idade média de 62±13 anos e com 89% acesso à internet através do aparelho celular, nenhum com acesso ao computador, os mais idosos o acesso foi possível com auxílio dos familiares. Os pacientes demonstraram satisfação com esse modelo de atendimento. Desses pacientes, 15 (85%) tiveram resolvidade na consulta e 3 (15%), necessitaram retornar para consulta presencial, por maior gravidade a partir da anamnese a distância. A pandemia de Covid 19 estimulou o uso da tecnologia como meio de comunicação. O acesso aos smartphones e uso de Whatsapp democratizou a possibilidade de atualizar, trocar informações e receber orientações. Por outro lado, o acesso à internet, especialmente em lugares públicos, incluindo serviços de saúde, ainda é muito limitado e de má qualidade. A necessidade de disponibilidade de redes móveis rápidas e seguras, ficou evidente. **Conclusão:** Espera-se contribuir com a construção de um modelo que seja capaz de implementar o cuidado a pacientes com DCC mesmo em lugares mais remotos. Por meio de ações mediadas pela tecnologia, possibilitar o atendimento a um maior número de pessoas por ela afetadas, independentemente do território onde vivem. A experiência piloto foi considerada exitosa, necessitando ampliação, para que possa ser utilizada de forma rotineira e sistemática. Palavras-chave: teleatendimento; multiprofissional; doença de Chagas; insuficiência cardíaca.

22347

Avaliação de congestão por ecografia pulmonar em pacientes com insuficiência cardíaca ambulatoriais: auxílio na tomada de decisões e seguimento clínico

SIMONE LOUISE SAVARIS, BRUNO PICOLLI, FERNANDO LUÍS SCOLARI e ANDRÉIA BIOLÓ.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença crônica em que o tratamento da congestão é um importante alvo terapêutico. Entretanto, o exame físico isolado é limitado para esta avaliação e a adição de ferramentas como a ecografia pulmonar (US pulmonar) pode ser útil no ajuste terapêutico destes pacientes. **Objetivo:** Avaliar se mudanças na decisão de ajuste de diuréticos influenciadas pelo uso da ecografia pulmonar em associação à avaliação clínica se associam a desfechos clínicos em médio prazo, como mudança de classe funcional, internação por IC ou óbito.

Delineamento e Métodos: Estudo retrospectivo com 239 pacientes ambulatoriais com IC (independente da fração de ejeção, classe funcional ou etiologia). Pacientes com fibrose pulmonar ou em diálise foram excluídos. Após realização da consulta e tomada de decisão quanto ao uso do diurético, realizou-se a ecografia pulmonar e a classificação da congestão pela quantificação de linhas B (≤ 5 , ausência de congestão; 6 a 15, leve; 16 a 30, moderada; >30 , importante). A avaliação de desfechos foi realizada em 204 pacientes com um follow-up médio de 24,6±14,2 meses. **Resultados:** Os pacientes tinham idade média de 62±13 anos, 66% eram homens e 79% estavam em CF II ou III. Dos pacientes classificados como congestos pelo escore clínico de congestão (ECC), 56 (41%) não apresentaram congestão pela ecografia pulmonar. Por outro lado, 10 (15%) daqueles sem congestão pelo ECC tinham congestão moderada a grave pelo US pulmonar. A prescrição de diuréticos foi modificada em 75 (36,7%) pacientes após os dados da ecografia e os pacientes em que a dose de diurético foi aumentada apresentaram maior risco de internação por IC ou morte, com HR de 1,6 (IC 1,01-2,66, $P = 0,04$). Além disso, pacientes congestos pela avaliação ecográfica tiveram maior mortalidade do que os não congestos [26 (26%) vs. 4 (4%), $p < 0,0001$] com HR de 7,1 (IC 95% 2,4-20,2, $p < 0,0001$) e aqueles com congestão clínica e ecocardiográfica apresentaram a maior taxa de mortalidade em comparação aos demais grupos com HR 7,6 (IC 95% 1,8 - 32,4, $p = 0,006$).

Conclusão: A incorporação da ecografia pulmonar resultou em mudança na conduta médica quanto à dose prescrita de diurético em aproximadamente 1/3 dos casos e tem impacto tanto na avaliação de congestão, quanto no seguimento a médio prazo dos pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial. Deste modo, observamos que a ecografia pulmonar pode ser uma ferramenta de grande auxílio para melhor manejo nestes pacientes. Palavras-chave: ecografia pulmonar; insuficiência cardíaca; congestão pulmonar.

22348

Plano de cuidados diário como ferramenta para otimização da assistência a pacientes com insuficiência cardíaca em terapia intensiva

MELISSA SCHIWE, JORDANA SANTOS, EMILY JUSTINIANO, PALOMA DE BORBA SCHNEIDERS, SIMONI CHIARELLI DA SILVA POKORSKI, SIMONE DE SOUZA FANTIN, TÂNIA MASSUTI, DAYANNA LEMOS, LETICIA PEREIRA DE SOUZA e CLÁUDIA SEVERGININI EUGÊNIO.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é caracterizada por episódios agudos de descompensação que resultam em internações prolongadas e recorrentes, com períodos em unidade de cuidados intensivos. Nesse cenário, o uso de checklist diário como ferramenta assistencial é uma estratégia de cuidado que parece promover melhores resultados no tratamento ao paciente crítico. **Objetivo:** Compreender e descrever os achados do checklist de plano de cuidados diário ao paciente com IC descompensada admitidos em uma unidade de cuidados coronarianos (UCC). **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal, com dados coletados do checklist do plano de cuidados diário, desde o primeiro dia de internação do paciente em uma UCC. Durante o round a beira leito, com a equipe multiprofissional, utiliza-se o checklist de cuidados, avaliando-se o nível de sedação e analgesia, adequação da dieta e ingestão hídrica, controle glicêmico, nível de mobilização, níveis de pressão arterial média, profilaxia para trombose venosa profunda e hemorragia digestiva, remoção precoce dos dispositivos invasivos, eliminações nas últimas 24 horas, exames laboratoriais, prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e da lesão por pressão. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 58552922.1.0000.5327). **Resultados:** No período de agosto a novembro de 2022, foram admitidos 23 pacientes por IC descompensada, todos tiveram o plano de cuidados preenchido, sendo 16 do sexo masculino, com média de idade 66,5 anos. Foi observada elevada frequência de solicitações de exames laboratoriais (100%) e o uso das profilaxias (82,6%). A nutrição estava adequada em 73,9% dos pacientes. O nível de analgesia e sedação (69,6%), controle glicêmico (73,9%) e pressão arterial média (82,6%) mostraram-se predominantemente adequados. Quanto ao nível de mobilização, houve maior definição para permanência no leito (47,8%), seguida de saída para poltrona (39,1%) e de deambulação (13%). Verificou-se frequência reduzida de evacuações nas últimas 24 horas (34,8%) e a indicação da retirada do dispositivo invasivo em apenas 4,3% dos pacientes. Adicionalmente, evidenciou-se a presença de lesões por pressão em 3 pacientes (13%). Neste período, nenhum dos pacientes estava em ventilação mecânica. **Conclusão:** Identificou-se que os tópicos observados se apresentaram dentro do esperado. Apesar disso, nota-se reduzida indicação para retirada do paciente do leito e importante tendência à constipação. Ao revisar os diversos aspectos vinculados à assistência clínica, por meio do uso de checklist, é possível contribuir para a otimização do cuidado diário, minimizando falhas e promovendo maior segurança e qualidade da assistência clínica ao paciente. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; unidades de terapia intensiva; planejamento de assistência ao paciente.

22351

Risco de cardiotoxicidade em pacientes referenciados para ambulatório especializado em cardio-oncologia em serviço de atenção terciária à saúde

LARISSA JALES DE MOTA PAIVA, ROSIANE VIANA ZUZA DINIZ e RAFAEL ALVES DA SILVA.

Hospital Universitário Onofre Lopes, HUOL, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: A cardiotoxicidade induzida por quimioterápicos tem se tornado cada vez mais relevante frente aos avanços no tratamento oncológico e aumento da sobrevida desses pacientes. Dessa forma, é essencial a determinação do risco de cardiotoxicidade para instituir precocemente as medidas de cardioproteção a fim de se reduzir a morbimortalidade nessa população. **Objetivo:** Determinar o risco de cardiotoxicidade de pacientes referenciados para o primeiro atendimento em ambulatório de cardio-oncologia em um serviço de saúde terciário e análise das medidas instituídas para redução desse risco considerando o início da terapia oncológica. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, que analisa as características clínicas dos pacientes de primeiro atendimento de um ambulatório de cardio-oncologia de um serviço terciário de saúde no período de abril de 2017 a março de 2023. A determinação do risco de cardiotoxicidade considerou os fatores relacionados ao paciente e também a terapia oncológica proposta. A presença ou não de insuficiência cardíaca (IC) foi analisada quanto à terapia oncológica utilizada. A análise inferencial utilizou o teste do qui-quadrado, considerando significativo o $p < 0,05$. **Resultados:** A idade média dos 62 pacientes analisados foi de 56 anos. Houve predomínio de mulheres (69%) e da neoplasia de mama (40%), linfoma (11%) e leucemia (9%) como etiologias da neoplasia. A terapia antineoplásica, seja quimioterapia ou radioterapia, já havia sido iniciada em 80,6% dos participantes. Destes, 85% foram submetidos a quimioterapia e 18% a quimioterapia associada a radioterapia. O risco de cardiotoxicidade neste grupo foi alto (alto risco 25%, muito alto risco 48%). O percentual de pacientes que já utilizavam medicações cardiológicas para outras comorbidades com algum potencial efeito cardioprotetor foi de 45%. A maioria utilizava IECA/BRA (21 pacientes), sendo as demais beta-bloqueador (14), antagonistas do receptor da aldosterona (07) e estatina (06). Quarenta e dois indivíduos (67,7%) tiveram diagnóstico de IC. Não houve associação entre a presença de IC e o início do tratamento antineoplásico (p -valor = 0,43). **Conclusão:** O risco de cardiotoxicidade de pacientes referenciados para o primeiro atendimento em ambulatório especializado de cardio-oncologia foi predominantemente alto ou muito alto nessa população de alto risco para eventos cardiovasculares. A prevalência elevada de IC corrobora com o alto risco de cardiotoxicidade. O seguimento em conjunto com o cardio-oncologista pode otimizar o diagnóstico e tratamento precoce de comorbidades e medidas de cardioproteção reduzindo o risco de cardiotoxicidade nessa população. Palavras-chave: cardiotoxicidade; cardioproteção; insuficiência cardíaca.

22352

Influência da fibrilação atrial no prognóstico dos diferentes fenótipos da insuficiência cardíaca crônica

CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, ANTONIO CARLOS PEREIRA-BARRETTO, ANTONIO DE PADUA MANSUR, ALFREDO JOSE MANSUR, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JR, SERGIO JALLAD, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, ANDRÉ BARBOSA DE ABREU e ROBERTO KALIL FILHO.

InCor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) está associada com pior prognóstico na insuficiência cardíaca (IC), mas a influência da FA nos diferentes fenótipos de IC em relação a classificação pela fração de ejeção (FE) tem sido pouco estudada. **Objetivo:** Analisar as características e influência da FA no prognóstico da IC de FE reduzida ($FE \leq 40\%$), levemente reduzida ($FE: 41\%$ a 49%) e preservada ($FE \geq 50\%$). **Métodos:** Registro retrospectivo unicêntrico de pacientes com IC (CID: I50) com até 3 anos de seguimento, com relação as características clínicas, mortalidade, internação e atendimento na emergência. **Resultados:** Foram estudados 11.763 pacientes com IC (idade: $64,1 \pm 14,0$ anos, 55,1% sexo masculino, 42% com ICFeR, 12,8% com ICFeI e 45,1% com ICFeP). A prevalência de FA foi de 16,8% na ICFeR, 21,2% na ICFeI e 23,6% na ICFeP. A FA foi associada com idade média maior ($67,9 \pm 13,2$ vs $63,2 \pm 14,1$ anos, $p < 0,001$), sexo masculino (57,1% vs 54,5%, $p = 0,023$), mais frequente em pacientes com IC de etiologia valvar e chagásica, doença renal crônica, história de acidente vascular cerebral, anemia e submetidos a cirurgia para troca valvar. A mortalidade global desse coorte retrospectivo foi de 21,8%, sendo que a mortalidade foi 2,4 vezes maior nos pacientes com FA (41,1% vs 16,9%, $p < 0,001$). A taxa de internação também foi maior nos pacientes com FA (30,3% vs 19,4%, $p < 0,001$), bem como o atendimento no serviço de emergência (38,4% vs 25,7%, $p < 0,001$). O sexo masculino, idade > 60 anos, etiologia valvar e chagásica, doença renal crônica, história de AVC e anemia foram fatores associados com maior risco de FA na IC. Na avaliação da sobrevida pelo método de Kaplan-Meier, os pacientes com FA apresentaram sobrevida menor em todas os fenótipos da IC: ICFeR (52% vs 77%, $p < 0,001$), ICFeI (64% vs 85%, $p < 0,001$), ICFeP (63% vs 86,0%, $p < 0,001$). Na análise de regressão multivariada por Cox, a FA foi preditor independente de morte em todas as classes de IC: ICFeR [HR = 1,8 (IC95%: 1,5 - 2,0), $p < 0,001$], ICFeI [HR = 2,0 (IC95%: 1,5 - 2,5), $p < 0,001$], ICFeP [HR = 2,0 (IC95%: 1,7 - 2,3), $p < 0,001$]. **Conclusão:** A FA é comorbidade frequente na IC e associada com pior prognóstico em todos os fenótipos desta síndrome. São necessárias mais evidências para se estabelecer a melhor estratégia terapêutica da FA na IC, para a melhora do prognóstico desta condição clínica. Palavras-chave: fibrilação atrial; fração de ejeção; prognóstico; insuficiência cardíaca crônica.

22353

Associação entre miocardite por inibidor de imunocheckpoint com miocardiopatia hipertrófica e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

GUSTAVO LUÍS RAMOS DA SILVA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, ANDREI CARVALHO SPOSITO e THIAGO QUINAGLIA.

Clinica Benavitta, Campinas, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL - Massachusetts General Hospital, Boston, EUA.

Fundamento: Os Inibidores de Checkpoint Imunológico (ICI) revolucionaram o tratamento oncológico e a evolução de alguns tipos de câncer. Os ICI bloqueiam reguladores imunológicos expressos nas células T promovendo a morte das células neoplásicas, porém podem exacerbar estimulação de células T contra demais tecidos desencadeando reações imunes adversas. A miocardite por ICI é uma complicação potencialmente grave do e embora rara (0,27-1,14%), espera-se um aumento de sua incidência virtude da crescente utilização da imunoterapia na oncologia. **Relato de caso:** Masculino, 64 anos, histórico de Miocardiopatia Hipertrófica (MCH) aos 17 anos; fibrilação atrial paroxística com três ablações prévias; insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFeR) após implante de marca-passo com CDI; e DPOC secundária ao tabagismo. Sob uso de dofetilide e apixabana. Teve diagnóstico de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), metastático, estágio IV. Submetido a dois ciclos com pembrolizumabe (ICI). Admitido sintomático para ICFeR e com troponina elevada (90ng/mL) um mês após início da imunoterapia. Suspendeu-se o ICI, instituiu-se suporte intensivo e metilprednisolona 1g/IV/3 dias. ECG revelou SVE, BAV 1 grau e QTc= 526ms. ECOT demonstrou FEVE= 26% e Strain Longitudinal Global (SLG)= 10,5%. Cateterismo sem evidências de doença coronariana obstrutiva. Biópsia endomiocárdica (BEM) revelou infiltrado multifocal de linfócitos T com dano miocárdico associado. Realizada progressão para corticoide oral e o paciente manteve melhora da IC e queda significativa da troponina para 0,03. Recebeu alta hospitalar com terapia para ICFeR otimizada. **Discussão:** Relatou-se caso de miocardite por ICI no CPNPC metastático, medicação que revolucionou o tratamento do oncológico. Os ICI agem bloqueando reguladores imunológicos expressos nas células T que promovem a morte das células neoplásicas. Entretanto, os ICI podem exacerbar estimulação de células T contra demais tecidos levando a reações imunes adversas. A miocardite é a complicação mais grave dos ICI com letalidade de 50%, desenvolvendo-se nas primeiras 12 semanas. A suspeita de miocardite se dá pelo quadro clínico, associado a alterações eletrocardiográficas e elevação de biomarcadores. Em 50% dos casos não há alteração da FEVE mostrando a importância da realização do SLG. A RM também pode auxiliar no diagnóstico da cardiotoxicidade através do mapa T2 e medidas do volume extracelular. A BEM é considerada padrão ouro para o diagnóstico. A Miocardite por ICI é uma complicação rara, com alta letalidade, cuja prevalência deverá aumentar com expansão das imunoterapias. No caso em questão, a associação da MCH e ICFeR pode ter sido um fator de risco para o desenvolvimento da cardiotoxicidade. Palavras-chave: cardio oncologia; miocardite; inibidores de checkpoint imunológico; insuficiência cardíaca.

22355

Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca assistidos em um ambulatório de cardiologia em Belém, PA

GIOVANNA BARCELOS FONTENELE PEREIRA, JULIANA RIBEIRO DAS CHAGAS e PAULO HENRIQUE NUNES PEREIRA.

Centro Universitário do Estado do Pará, CESUPA, Belém, PA, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é representada por uma síndrome na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares. Os portadores dessa doença são classificados quanto à classe funcional e quanto aos achados ecocardiográficos, ambos falam a favor de um mau prognóstico quando relacionados à incapacidade de realizar atividades cotidianas e no aumento dos sinais de desconforto respiratório em repouso. Além disso, a descompensação desta condição se liga a fatores como baixa adesão da terapia medicamentosa e maus hábitos de vida (tais quais o etilismo, tabagismo, sedentarismo e elevada ingestão de sódio e gorduras). **Objetivo:** Este estudo objetiva traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes diagnosticados com IC atendidos no Ambulatório de Cardiologia em um Centro de Especialidades Médicas com atendimento ambulatorial em Belém, PA e observar se a terapia medicamentosa está de acordo com o proposto pela 3ª Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, descritivo e analítico, que tem como base a análise de prontuários dos pacientes diagnosticados com IC em acompanhamento no Ambulatório de Cardiologia da Instituição. **Resultados:** A maior parte dos indivíduos da amostra é do sexo masculino e 70,9% possui idade maior que 60 anos. A maioria é da classe funcional 3 e 10,9% é da Classe Funcional 4. A prevalência da etiologia da IC foi a hipertensiva. 38,2% dos pacientes foi classificado com ICFeP. A maioria dos indivíduos não possui Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo ou Disfunção Diastólica, mas 56,4% possui aumento do volume do átrio esquerdo. A maioria dos pacientes faz uso da terapia tripla com Losartana (60,0%), Espironolactona (52,7%) e Carvedilol (50,9%). No presente estudo não foram encontrados fortes indícios do uso de inibidores do receptor SGLT-2 nesses pacientes, tendo em vista que até então a terapia preconizada era a tripla (que não incluía o uso da dapagliflozina como algo primordial). **Conclusão:** Em suma, a amostra se assemelha com o perfil descrito pela comunidade científica a respeito da Insuficiência Cardíaca. O prognóstico dos pacientes é estreitamente atrelado ao manejo da terapia tripla - conduzida em vigor até o momento da elaboração da pesquisa - em associação ao controle do agravamento dos sinais clínicos da doença. Nesse sentido, faz-se necessário que, durante a graduação, a Instituição, os professores preceptores e os alunos conheçam o perfil do paciente que frequenta o serviço, a fim de tomar as condutas mais assertivas e, para tanto, necessárias em busca do melhor prognóstico para o paciente em questão. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; perfil clínico; perfil epidemiológico.

22356

Associação entre o perfil hemodinâmico de admissão hospitalar e mortalidade-um registro de insuficiência cardíaca aguda no Brasil

ANDRÉ SILVA RODRIGUES, FABIO MORATO DE CASTILHO, ALOÍSO JOAQUIM FREITAS RIBEIRO, LUIZ GUILHERME PASSAGLIA, FABIO PAPA TANIGUCHI e ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO.

Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, BH, BRASIL - Hospital do Coração, HCor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca é uma doença muito prevalente e com alta morbidade e mortalidade em nosso meio. É a principal causa de internações hospitalares por doença cardiovascular no Brasil e a sua forma de apresentação clínica está relacionada com o prognóstico da doença. O conhecimento desse cenário faz-se necessário para melhorar as estratégias de seu manejo. **Objetivo:** Descrever as características de internações por insuficiência cardíaca aguda no Brasil e a associação entre o perfil hemodinâmico de admissão hospitalar, baseado em congestão (úmido ou seco) e perfusão (frio ou quente), com desfechos de mortalidade, tempo de internação e taxa de reinternação. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Coorte nacional, de 2762 pacientes internados por insuficiência cardíaca aguda em hospitais públicos brasileiros, participantes do programa Boas Práticas em Cardiologia, no período de março de 2016 a dezembro de 2019, com seguimento de seis meses. Foi realizada análise descritiva de características populacionais e o perfil hemodinâmico de admissão, além de análises de sobrevivência pelos modelos de COX para associação entre o perfil de admissão e mortalidade, e Regressão Logística para chance de reinternação. **Resultados:** A maioria dessa população é do sexo masculino (58,3%) e foi admitida em perfil quente e úmido (72,5%). A idade média foi 60,2 anos ($\pm 14,8$) e a fração de ejeção média do ventrículo esquerdo ao ecocardiograma foi 39,8% ($\pm 17,3$). A mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca aguda foi de 11,1% e a taxa de rehospitalização de 22%. O tempo de médio de internação foi de 17 (9-33) dias. Houve associação entre os perfis clínicos frios e a mortalidade intra-hospitalar (hazard ratio, HR =1,72; IC 95% = 1,27-2,31; $p < 0,001$), sendo o HR de 2,2 (IC 1,20-4,04) para o perfil frio- úmido e de 2,39 (IC 1,02-5,57) para perfil frio- seco. Já os perfis úmidos aumentaram a chance de reinternação em 6 meses (odds ratio, OR= 2,30; IC 95% = 1,45-3,65; $p < 0,001$), sendo o OR de 2,39 (IC 1,41-4,05) para o perfil quente- úmido e de 2,59 (IC 1,40-4,79) para o perfil frio- úmido. **Conclusão:** A insuficiência cardíaca aguda no Brasil é responsável por alta mortalidade e o perfil hemodinâmico dos pacientes na admissão hospitalar se correlaciona com a evolução da doença a curto prazo. Melhorias na assistência baseada nas particularidades de cada perfil hemodinâmico são necessárias para melhorar os desfechos daqueles que internam e reduzir as suas chances de reinternação. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca aguda; mortalidade; reinternação.

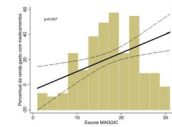
22357

Relação entre o gasto privado com medicamentos e a gravidade da insuficiência cardíaca em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde

LUCAS YUGI DE SOUZA TERUI, TIAGO CARNEIRO DE CARVALHO, BRUNO CALDEIRA ANTÔNIO, VINICIUS GABRIEL DE OLIVEIRA GAMA, AMYR DANTAS OMAR, GIULIA LAMIM NASCIMENTO LEAL, THAMIRES HADASSA LEITE PEREIRA COSTA, ANA CAROLINA KRACHINSKI DE ANDRADE GAMA, RAPHAEL HENRIQUE DEÁ CIRINO e MIGUEL MORITA FERNANDES DA SILVA.

Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza tratamento medicamentoso gratuito para Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC). No entanto, é incerto se o acesso a estes medicamentos esteja adequado às necessidades dos pacientes mais graves, obedecendo os princípios da equidade. **Objetivo:** Avaliar associação entre a gravidade da doença e o gasto privado com medicamentos (GPM) em pacientes com ICC atendidos pelo SUS. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal. Incluímos pacientes com ICC, Fração de Ejeção (FE) $< 50\%$ e idade > 18 anos em um ambulatório especializado em ICC do SUS. Questionário padronizado foi aplicado com perguntas referentes aos custos com a compra de medicamentos e à renda. O prontuário eletrônico foi consultado para a determinação das medicações prescritas. A variável de exposição foi a gravidade da doença estimada pelo escore prognóstico Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC) e os pacientes foram agrupados em tercís do MAGGIC. A variável de desfecho foi o GPM calculado pelo percentual da renda individual mensal gasto com medicamentos. O escore de comorbidade s de Charlson foi calculado para amostra, pois representa uma variável com potencial impacto sobre o GPM. **Resultados:** Foram incluídos 197 pacientes (65 \pm 13 anos, 58% homens, FE 36 \pm 8%). Pacientes com maior gravidade, indicado pelo tercís mais alto do escore MAGGIC, eram mais velhos (55 \pm 10 vs 67 \pm 10 vs 75 \pm 10 anos; $p < 0,001$), apresentavam maior índice de comorbidades de Charlson (3,3 \pm 1,6 vs 5,2 \pm 1,7 vs 6,1 \pm 2,0; $p < 0,001$) e gastavam mais com medicamentos (R\$ 263,23 \pm 209,78 vs R\$ 338,09 \pm 200,13 vs R\$ 417,69 \pm 310,42; $p = 0,002$), resultando em maior GPM em percentual da renda (16 \pm 15 vs 19 \pm 14 vs 31 \pm 43%; $p = 0,006$). Após ajuste para idade, sexo e escore Charlson, o escore MAGGIC permaneceu significativamente associado a maior GPM (Beta: 1,4 \pm 0,5; $p = 0,007$; Figura), indicando um aumento de 14% no GPM para cada 10 pontos de aumento no escore MAGGIC. Embora pacientes mais graves tivessem maior número de medicamentos prescritos (7,0 [5,0; 8,0] vs 8,0 [7,0; 10,0] vs 9,0 [7,0; 11,0]; $p < 0,001$), eles reportavam um número de medicamentos adquiridos gratuitamente pelo SUS similar ao dos pacientes menos graves (4,0 [2,5; 5,0] vs 5,0 [3,0; 6,0] vs 4,0 [3,0; 6,0]; $p = 0,37$). **Conclusão:** Em pacientes com ICC atendidos pelo SUS, a maior gravidade da doença foi associada com um maior gasto privado com medicamentos. **Palavras-chave:** gasto privado com medicamentos; insuficiência cardíaca; MAGGIC score; Sistema Único de Saúde.



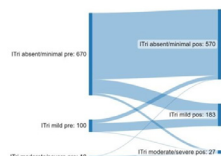
22359

Biópsia endomiocárdica por técnica de biótopo rígido e risco de insuficiência tricúspide pós-transplante cardíaco

LEONARDO HENNIG BRIDI, FELIPE HOMEM VALLE, BRUNO DA SILVA MATTE e LUIS BECK-DA-SILVA NETO.

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

Fundamento: A biópsia endomiocárdica (BE) é o procedimento de escolha para o diagnóstico de rejeição após transplante cardíaco. A técnica rígida tem sido usada em razão de sua simplicidade e tem sido criticada pelo risco de insuficiência tricúspide. **Objetivo:** Todas as BE por técnica com biótopo rígido em pacientes pós-transplante foram revisadas e a associação com piora da insuficiência tricúspide foi estimada por ecocardiografia pré e pós-procedimento. **Delineamento e Métodos:** Estudo retrospectivo transversal. Os dados de 795 BE com biótopo rígido, realizadas em 55 pacientes transplantados cardíacos, entre setembro de 2012 e março de 2022 foram revisadas. Todos os procedimentos foram realizados via jugular interna direita, com auxílio de ecografia e material de micro-punção, e guiados por fluoroscopia para posicionamento no septo interventricular. 785 pacientes realizaram ecocardiograma antes e após o procedimento. A insuficiência tricúspide foi estimada pelo ecocardiograma e categorizada em ausente ou mínima/fisiológica, leve, moderada ou severa. O teste de qui quadrado foi utilizado para analisar o grau de insuficiência pré e pós-BE. **Resultados:** Em 20 (3,8%) pacientes foi evidenciada uma piora na insuficiência tricúspide e em 131 (16,6%) pacientes houve uma redução nesta após a BE. Figura 1. Não foi encontrada diferença estatisticamente significante no grau de insuficiência tricúspide pré e pós-BE. Foi identificado um caso de taquicardia supraventricular revertida com administração de adenosina intravenosa e dois casos de trombose venosa crônica da veia jugular interna direita os quais não impossibilitaram o procedimento. Não foram relatados casos de perfuração miocárdica, tamponamento cardíaco ou pneumotórax. Um óbito ocorreu no período de 24h após um procedimento, entretanto, não foi identificada a causa. Após análise preliminar dos dados deste registro, em dezembro de 2020, não foi mais realizado de rotina o ecocardiograma pós procedimento uma vez que não há eventos adversos frequentes ou clinicamente significantes bem como a segurança em relação a insuficiência tricúspide foi documentada. **Conclusão:** A BE por biótopo rígido mostrou-se segura e não foi associada a uma piora da insuficiência tricúspide no seguimento de 795 procedimentos em pacientes transplantados cardíacos. A taxa de complicações foi de 0,37%. **Palavras-chave:** biópsia endomiocárdica; insuficiência tricúspide; transplante cardíaco.



22363

Miocardite aguda recorrente por mutação no gene DSG2: desafio diagnóstico e manejo

LUIS PAULO DE MIRANDA ARAÚJO SOARES, SANDRIGO MANGINI, FERNANDO FAGLIONI RIBAS, MATHEUS DE OLIVEIRA LATERZA RIBEIRO, FERNANDA LANDUCI, VANESSA SANCHES CORCIOLI BELLINI, LUCAS LAGE MARINHO e MAURÍCIO RIGODANZO MOCHA.

Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto do Coração, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Desmogleina 2 é uma proteína desmossomal que codifica o gene DSG2, responsável pelo acoplamento mecânico e elétrico entre cardiomiócitos. Sua mutação é associada à Cardiopatia Arritmogênica do Ventrículo Direito (CAVD) e Cardiomiopatia Dilatada. No entanto, sua relação com miocardite aguda (MA) é pouco descrita. **Relato de caso:** Paciente masculino, 21 anos, com duas internações prévias em 3 anos por MA. Queixava-se de dor torácica típica, recorrente, associada a inversão de T nas precordiais e elevação de troponina. Holter com ectopia ventricular frequente. O ecocardiograma com hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 46%. Coronariografia sem obstruções, sem sinal de aterosclerose. Ressonância demonstrava edema na seqüência em T2, realce tardio meso/epicárdico de padrão não isquêmico, multifocal. Realizada biópsia e enviado material para ampla pesquisa etiológica que resultou negativa. PET CT sem evidência de sarcoidose. Exames laboratoriais para pesquisa de autoimunidade negativos. Solicitado painel genético que apresentou mutação no gene DSG2. Pela recorrência da dor, aumento de troponina persistente e ausência de vírus em biópsia, optado por prednisona 1mg/kg por 5 dias, seguido de desmame e azatioprina (AZA) 3mg/kg. Houve melhora progressiva da dor e queda dos níveis de troponina com melhora parcial da função ventricular. Após 1 ano, o paciente segue em uso de AZA 50mg/dia, assintomático, sem recorrência de MA. Os testes genéticos na mãe, irmã e primo de primeiro grau foram positivos para mutação da DSG2. **Discussão:** A relação entre variantes desmossomais e MA é bem descrita na literatura, principalmente associada a mutação da Desmogleina 2. No entanto, não se sabe se é uma manifestação isolada ou se está dentro do espectro evolutivo das Cardiomiopatias Arritmogênicas (CA), uma vez que infiltrado de celular inflamatório e autoanticorpos já foram encontrados nessa entidade. Episódios miocárdite "like" já foram descritos na CA e definidos como "hot phases". Em uma revisão com pacientes que apresentaram a "hot phase", 6% tinham mutação da DSG2. Nosso paciente não fechou critérios para CA, no entanto outro estudo sugeriu que a MA pode ser manifestação inicial em CAVD, com diagnóstico definitivo em média 1,8 anos do quadro. Devido a carência de estudos, não há tratamento padronizado para esses casos. Nosso paciente apresentou melhora clínica, laboratorial e ecocardiográfica após terapia imunossupressora. **Conclusão:** A mutação de DSG2 está associada à CA, especialmente à CAVD. A miocardite aguda e recorrente pode ser um fenótipo dessa condição. O tratamento é incerto e desafiador. Teste genético deve ser considerado em casos selecionados de miocardite e a CA deve ser um diagnóstico diferencial. **Palavras-chave:** miocardite aguda; desmogleina 2; variante desmossomal.

22364

Análise das variáveis preditoras de reinternações e óbito em até 90 dias após o transplante cardíaco. O impacto do "período vulnerável" nos desfechos

IASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, PATRICIA OLIVEIRA GUIMARÃES, ANA MARIA PEIXOTO CARDOSO DUQUE, DANIEL CATTO DE MARCHI, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, SANDRIGO MANGINI, MONICA SAMUEL AVILA, FABIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco é a opção terapêutica de escolha para pacientes com insuficiência cardíaca avançada (estágio D) e refratária ao tratamento clínico otimizado, de acordo com diretrizes nacionais e internacionais. Os receptores de transplante cardíaco (TC) correm o risco de reinternações nos primeiros 90 dias após a alta. No entanto, os dados sobre a prevalência, fatores de risco e desfechos clínicos associados à novas internações pós-TC neste chamado "período vulnerável" são limitados. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever padrões, fatores de risco e desfechos clínicos em receptores de TC em um centro de referência em cardiologia no Brasil. **Métodos:** Incluímos pacientes com idade >18 anos, que realizaram TC entre 2013 e 2019 e sobreviveram à internação inicial após o TC. Os dados foram extraídos manualmente de prontuários eletrônicos. Foram identificadas reinternações urgentes e óbitos ocorridos nos primeiros 90 dias após a alta hospitalar. As variáveis associadas às reinternações foram avaliadas por meio de um modelo de regressão logística com abordagem stepwise forward. **Resultados:** Dos 239 pacientes incluídos, a média de idade foi de 46,9±12,8 anos e 65% eram homens. A etiologia mais frequente da insuficiência cardíaca foi a cardiomiopatia dilatada (35,6%), seguida da cardiomiopatia chagásica (34,7%). Um total de 118 (49,4%) apresentou pelo menos uma reinternação nos primeiros 90 dias após a alta, sendo que a maioria dos pacientes apresentou um episódio de reinternação (86%). A mediana do tempo até a primeira reinternação foi de 37± 22,6 dias e a mediana da duração da readmissão foi de 20,5±21,9 dias. Infecção foi uma complicação detectada em 50% de todas as reinternações e rejeição em 26,1%. A mortalidade geral pós-alta foi de 2,1%. A cada 10 dias de internação Índice, a probabilidade de reinternação diminuiu 15,6% (p = 0,027). Níveis de proteína C reativa na alta >10mg/dL aumenta o risco de readmissão em 2,63 (p = 0,034) vezes e a ocorrência de sangramento durante a internação em 6,18 (p = 0,019) vezes. **Conclusão:** Cerca de metade dos receptores de TC foram reinternados nos primeiros 90 dias após a alta hospitalar, com a maioria dos casos ocorrendo no início do primeiro mês. No entanto, a mortalidade geral foi baixa. A compreensão dos fatores associados à reinternação pós-TC pode auxiliar na implementação de estratégias para evitar a morbidade do paciente e os custos hospitalares. Palavras-chave: internação hospitalar; transplante cardíaco; variáveis de risco.

22366

Implementação de um centro de excelência de transplante cardíaco, com parceria público privada (PROADI-SUS). Resultado dos últimos 10 anos

ASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, MARCIA SANTOS DE JESUS, SANDRIGO MANGINI, LUCIENE MARIA DE PÁDUA, JOSÉ LEUDO XAVIER JÚNIOR, LUCAS TACHOTTI PIRES, CIRO MANCILHA MURAD, GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, BARBARA RUBIM ALVES, BIANCA DE CASSIA SABBION, THALITA GONÇALVES DE SOUSA MERLUZZI, ROBINSON POFFO, RANIERI MEIRELES ROCHA, FABIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é o tratamento de escolha para pacientes com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento clínico otimizado, de acordo com diretrizes nacionais e internacionais. A parceria público privada PROADI-SUS, possibilita acesso a procedimentos de alta complexidade, TC, para pacientes do SUS. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever os resultados do transplante cardíaco na nossa população nos últimos 10 anos. **Métodos:** Foram avaliados todos os pacientes que realizaram TC no Hospital Israelita Albert Einstein, entre os anos 2013 e 2023. Foram incluídas 208 transplantados de coração, sendo duas crianças e 6 transplantes duplos (6 coração-pulmão/ 2 coração- fígado). Foi avaliado também o impacto do uso de dispositivo de assistência ventricular como ponte para transplante nos nossos receptores e óbito ocorrido até os 30 dias após o TC. **Resultados:** Dos 208 pacientes que foram submetidos ao TC, a maioria era do sexo masculino 69,7 % (n=145). Dentre as etiologias a miocardiopatia dilatada foi a mais comum com 27% (n=56), a miocardiopatia isquêmica foi a segunda mais prevalente 24% (n=50), a chagásica representou 23% dos pacientes (n=49), somado as outras etiologias 25% (n=53). A idade média dos receptores de coração foi de 49 anos. O tempo médio de internação foi de 39 e a mortalidade foi de 7,2% (n=15) em 30 dias após o TC. A maioria dos pacientes 97,5% (n=205) estavam dentro do critério de prioridade (dispositivos de assistência ventricular, inotrópico, câmara técnica, entre outros). Em 40% (n=87) dos pacientes indentificou-se o uso de algum dispositivo de assistência ventricular sendo que o balão intra-aórtico foi o dispositivo mais utilizado, 39,9%(n=83).ECMO foi utilizado em 11 pacientes em Internacs 1 ou 2, não havendo nenhum óbito em até 30 dias após TC. Centrimag foi utilizada por 6 pacientes transplantados com 1 óbito em 30 dias após o TC. **Conclusão:** A maioria dos pacientes que transplantou estava em status de prioridade. Apesar de grande parte dos pacientes terem ido num status mais grave para o TC, a mortalidade foi baixa comparado aos principais centros de excelência do mundo. Palavras-chave: transplante cardíaco; dispositivos de assistência ventricular; sobrevida.

22370

Comparação entre achados de necrópsias de pacientes submetidos a transplante cardíaco com ou sem disfunção primária do enxerto: estudo retrospectivo

DEBORAH DE SÁ PEREIRA BELFORT, SANDRIGO MANGINI, MONICA SAMUEL AVILA, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, IASCARA WOSNIAC CAMPOS, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, FERNANDO BACAL e PAULO SAMPAIO GUTIERREZ.

Instituto do Coração do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Disfunção primária do enxerto (DPE) é a principal causa de óbito no primeiro ano após transplante cardíaco (TC). A fisiopatologia não é totalmente compreendida, e não há definição dos achados histológicos na literatura. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é descrever achados morfológicos de corações de pacientes que morreram nos primeiros 14 dias após o TC e comparar achados entre dois grupos: pacientes com DPE e pacientes sem DPE. **Métodos:** Pacientes submetidos a TC em um centro que faleceram em até 14 dias após o procedimento e que foram submetidos a necrópsia entre 1o de janeiro de 2013 e 31 de março de 2020 foram incluídos. Dados demográficos, perioperatórios, histológicos e imuno-histoquímicos obtidos a partir de lâminas cardíacas de necrópsias foram coletados retrospectivamente. Nós analisamos retrospectivamente se os pacientes preenchiam critérios do ISHLT para DPE, e os categorizamos em dois grupos: DPE e não-DPE. Todas as lâminas cardíacas foram revisadas por um patologista experiente considerando a presença de achados histológicos de: rejeição aguda celular, rejeição aguda mediada por anticorpos, necrose e o tipo da necrose. Necrose foi considerada significativa se correspondesse a >10% da área avaliada. O patologista era cego para o grupo de cada paciente. Todos os achados foram comparados entre os grupos. **Resultados:** Entre 332 pacientes submetidos a TC, 31 pacientes faleceram em até 14 dias, dos quais 5 não foram submetidos a necrópsia e 26 foram incluídos no estudo. Doze pacientes apresentaram DPE e 14, não. No grupo DPE foi observado maior tempo de isquemia, incidência maior de assistência circulatória mecânica, menor fração de ejeção do ventrículo esquerdo e maior incidência de disfunção ventricular direita pós-TC. Achados de necrópsia foram semelhantes entre os grupos, e 4 tipos de necrose foram encontrados: liquefativa, de coagulação, bandas de contração e microcalcificação. Necrose foi identificada em 80,7% dos casos, com >10% da área avaliada em 46,7% deles. Sinais de rejeição aguda celular leve ocorreram em 26,9% dos pacientes, e desses, 1 paciente apresentou também sinais de rejeição mediada por anticorpos. Um paciente teve achados de rejeição aguda hiper celular. A causa de óbito mais comum no grupo DPE foi choque cardiogênico (66,7%), enquanto as mais comuns no grupo não-DPE foram choque séptico (28,5%) e sangramento (21,4%). **Conclusão:** Achados patológicos cardíacos foram semelhantes em pacientes com ou sem DPE dentro de 14 dias após TC. Enquanto fração de ejeção foi significativamente menor no grupo DPE, necrose foi igualmente frequentes em ambos os grupos, levantando a hipótese de que necrose talvez não seja a causa direta de disfunção cardíaca na DPE. Mais estudos são necessários para compreender a fisiopatologia da DPE. Palavras-chave: transplante cardíaco; disfunção primária do enxerto.

22375

Reabilitação cardíaca melhora a capacidade funcional de pacientes com insuficiência cardíaca: série de casos

GABRIELA DE OLIVEIRA TELES, JORDANA CAMPOS MARTINS DE OLIVEIRA, MATHEUS GOMES SILVA, GUSTAVO PAZ ESTEVES FERREIRA FONSECA, ANA CRISTINA SILVA REBELO, FÁBOLA ANTONIETA DA COSTA MAMEDE, VICTOR FERNANDO RODRIGUES DA SILVA, WALAS GUERRA DA SILVA e CAMILA GRASIELE ARAÚJO DE OLIVEIRA.

UFG, Goiânia, GO, BRASIL.

Fundamento: Em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), a presença de fadiga muscular e dispneia durante o esforço limita a execução das atividades diárias, reduzindo a qualidade de vida. A reabilitação cardíaca (RC) com ênfase nos exercícios físicos tem se mostrado fundamental na melhora da capacidade funcional e na redução da mortalidade cardiovascular. **Objetivo:** Pretendeu-se avaliar o efeito da RC na capacidade funcional de pacientes atendidos no serviço de reabilitação cardíaca do Hospital Geral de Goiânia. **Materiais e Métodos:** Série de casos de 3 pacientes com IC, 2 homens e 1 mulher, com Índice de massa corporal (IMC) médio de 28,1±2,6Kg/m², foram submetidos a um teste de esforço cardiopulmonar (ergoespirométrico) em um ciclo ergômetro acoplado a um analisador de gases, utilizando o protocolo de rampa com incrementos de carga de 10-15W a cada um minuto até a exaustão. O teste foi realizado no dia da admissão e repetido após cerca de 6 meses de treinamento composto por 30min de bicicleta (60 a 80% da frequência cardíaca de reserva e 1RM) + treino de fortalecimento de membros superiores e inferiores, 3x por semana. **Resultados:** O 1º paciente, 67 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico apresentou melhora na ventilação pulmonar (VEmax) de 52,2l/min para 71,8l/min; volume de oxigênio no pico (VO2pico) de 21,48 para 26,47ml/Kg/min; potência de 100 para 165W; frequência cardíaca de repouso (FCrep) de 61 para 56bpm e pressão arterial em repouso (PArep) de 150/70 para 110/80mmHg. O 2º paciente 68 anos, apresentou melhora do IMC de 30,5 para 26,4Kg/m²; VEmax de 39,2 para 44,5l/min; VO2pico de 13,36 para 17,49ml/Kg/min; potência de 40 para 60W e PArep de 150/90 para 135/80mmHg. O 3º paciente, 45 anos, pós infarto agudo do miocárdio (IAM) e revascularização miocárdica, hipertenso, apresentou melhora da VEmax de 61,2 para 94,7l/min; VO2pico de 26,0 para 29,8ml/Kg/min potência de 100 para 165W e FCrep de 80 para 63bpm. Todos melhoraram sua classificação AHA, e apresentaram melhora na razão entre o VO2 pico e a FC, um excelente marcador do inotropismo cardíaco possuindo valor prognóstico em pacientes com IC. Dois deles melhoraram o grau de dispneia desceadeada por esforço. **Conclusão:** Seis meses de reabilitação cardíaca foram eficientes na melhora da capacidade funcional de pacientes com IC. Esses dados reforçam a importância da reabilitação cardíaca para essa população. Palavras-chave: capacidade funcional; insuficiência cardíaca; aptidão cardiorrespiratória; VO2 pico.

22383

Miocardite aguda secundária a pielonefrite por *Escherichia coli*: um relato de caso

TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO REBOUÇAS, FIAMMA FERREIRA NOGUEIRA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, JESSICA MARIA SERRA DE ANDRADE, LEONCIO BEM SIDRIM, RODRIGO BRITO DE BARROS CORREIA E SILVA e ANA CARLA ALVES DE SOUZA LYRA.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio, podendo ser aguda, subaguda ou crônica e ter acometimento local ou difuso. É a principal causa de miocardiopatia dilatada em jovens a partir dos 18 anos e responsável por 12 a 22% dos casos de morte súbita de origem cardíaca em menores de 40 anos. A etiologia mais comum é a infecciosa, de origem viral. A apresentação clínica é variável, manifestando-se como síndrome coronariana aguda (SCA), insuficiência cardíaca (IC) aguda ou crônica, arritmias cardíacas ou mesmo choque cardiogênico inexplicável. Relatos de casos de miocardite durante infecção bacteriana e, mais especificamente, do trato urinário (ITU), são escassos. Neste relato, descreveremos caso de uma paciente jovem que desenvolveu miocardite, durante o tratamento de uma pielonefrite, com quadro inicial que sugeria uma SCA. **Relato de caso:** Paciente, 30 anos, sexo feminino, sem comorbidades, estava internada há 1 dia em tratamento de uma pielonefrite (urcultura positiva: *Escherichia coli*), quando evoluiu com dor torácica intensa, opressiva, com irradiação para membro superior direito, associada a náuseas e vômitos. Realizou eletrocardiograma que demonstrou elevação do segmento ST em V5 e V6, sendo então encaminhada à hemodinâmica para realização de coronariografia que demonstrou ausência de lesões coronarianas mas evidenciou disfunção segmentar do ventrículo esquerdo (VE) na ventriculografia (hipocontratilidade apical e infero-apical). Resgatada troponina, positiva e com curva ascendente (Trop I: 3966 e >25000pg/ml-VR <45pg/ml). Realizado ecocardiograma que demonstrou hipocontratilidade difusa e disfunção sistólica do VE de grau discreto. Paciente evoluiu com dispneia e dessaturação, sendo instituídas medidas para tratamento de IC, mantido antibioticoterapia e optado por prosseguir investigação com ressonância magnética do coração, que evidenciou padrão de cardiomiopatia inflamatória aguda (miopericardite) com fibrose importante (26% da massa total do VE) e disfunção sistólica discreta do VE. Após medidas para IC e miopericardite, evoluiu com melhora clínica (8 dias de internamento) e teve alta para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** No caso apresentado, a miocardite foi provavelmente causada pela bactéria *Escherichia coli*, a mais comumente associada a ITU. O diagnóstico de miocardite secundária a infecção bacteriana foi presuntivo, pois só a realização da biópsia daria o diagnóstico definitivo. Optou-se por não realização deste procedimento por pesar-se os riscos e benefícios e pela boa evolução clínica da paciente. **Palavras-chave:** miocardite aguda; pielonefrite; insuficiência cardíaca; *escherichia coli*.

22386

Existe diferença nos protocolos do teste 4-metre gait speed em pacientes com insuficiência cardíaca?

DANIELA GARDANO BUCCHARLES MONTALVERNE, CRISTIANY AZEVEDO MARTINS, GABRIELA BEZERRA DE ALMEIDA, TAYNAN FERREIRA DA SILVA, CAROLINE ALVES MADEIRA, LÍVIA NEMPOMUCENO SOARES, CELIANE NOGUEIRA MORAIS DE SOUSA, VITÓRIA FONTELES RIBEIRO, GYSLANE FELIX SOUSA e ALMINO CAVALCANTE ROCHA NETO.

Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL - Faculdade Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: O teste de caminhada de 6 minutos (TC6) é reconhecido por avaliar a capacidade funcional e o prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Apesar de ser um teste simples, seguro, de baixo custo é necessário um espaço de no mínimo 30 metros para sua realização. Sendo assim, testes que avaliam a marcha em um espaço menor vem sendo cada vez mais utilizados, dentre eles destaca-se o teste 4-metre gait speed (4MGS). **Objetivo:** Verificar se existe diferença entre os dois tipos de protocolos do 4MGS e se existe correlação deles com o TC6. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado num ambulatório de referência, no período de janeiro a março de 2023 com indivíduos com diagnóstico de IC e idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras. Foi aplicado uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos, classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). No mesmo dia foram aplicados os protocolos do 4MGS de forma randomizada. No teste 4MGS, os pacientes foram instruídos a caminhar em velocidade máxima em percursos de 4 metros (4MGS-4m) e 8 metros (4MGS-8m). O TC6 foi realizado seguindo protocolo da American Toracic Society e a distância percorrida foi o parâmetro principal avaliado. Análise estatística realizada pelo Software SPSS versão 23, sendo considerado como estatisticamente significante quando $p < 0,05$. CEP aprovado nº 4.987.763. **Resultados:** Foram avaliados 19 pacientes, maioria mulheres ($n=13$, 68,4%), com média de idade de $66,3 \pm 16,6$ anos e FEVE média foi de $58,9 \pm 16,2\%$. Na classificação da NYHA 7 (36,8%) eram NYHA I, 7 (36,8%) eram NYHA 2 e 5 (26,4%) eram NYHA 3. A velocidade média no 4MGS-4m foi de $1,28 \pm 0,42$ m/s e no 4MGS-8m foi de $1,18 \pm 0,56$ m/s, não havendo diferença entre os protocolos ($p=0,257$) e sendo observado uma excelente concordância (CCI= $0,829$) e uma forte associação entre eles ($r=0,734$ $p=0,000$). No TC6 os participantes caminharam em média $367,3 \pm 100,7$ metros. Não observamos correlação entre os protocolos com o TC6, somente uma tendência do entre o 4MGS-8m com o TC6 ($r=-0,425$, $p=0,070$). Foi observado uma correlação moderada entre a idade e o 4MGS-4m ($r=0,620$, $p=0,005$) e com o 4MGS-8m ($r=0,645$, $p=0,003$). Não foi observado correlação dos protocolos com a FEVE. **Conclusão:** Foi verificado uma excelente concordância e forte associação entre os dois protocolos do 4MGS, não havendo diferença entre eles. Entretanto, não foi observado correlação deles com o TC6. Acreditamos que a limitação pelo tamanho amostral possa ter influenciado nos resultados, e por isso, mais pesquisas precisam ser realizadas. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; medição de velocidade; marcha.

22402

Mixoma atrial gigante uma grave etiologia da insuficiência cardíaca aguda

LUCAS CARVALHO NEIVA, GUSTAVO WESLEY AGOSTINI MOREIRA, ELINTHON TAVARES VERONESE e ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO.

Instituto do Coração, InCor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA) é definida pela instalação ou intensificação dos seus sinais e sintomas, necessitando de terapia de urgência apropriada. O caso a seguir ilustra uma rara etiologia, o Mixoma Atrial (MA). O reconhecimento no cenário da urgência, a rápida progressão sintomática e o auxílio de uma abordagem sistematizada incluindo tecnologias complementares ao exame físico, serão discutidos a seguir. **Relato de caso:** Paciente 48 anos, feminino, tabagista ativa 18 anos/maço e portadora de hipotireoidismo, comparece ao serviço de emergência de um hospital de atenção quaternária, relatando início há cerca de 30 dias de dispneia aos pequenos esforços, ortopneia, edema de membros inferiores e dispneia paroxística noturna. Há quatro dias da internação apresentou piora dos sintomas, enfatizando dispneia ao repouso, expressivo edema e quatro episódios de síncope sem pródrômio. Ao exame físico apresentava hipervolemia, Fibrilação Atrial de Alta Resposta Ventricular e sinais de choque. Iniciado abordagem guiada pelo Suporte de Vida Avançada em Insuficiência Cardíaca (SAVIC), sendo classificada em perfil C pelo perfil hemodinâmico. Concomitante a farmacoterapia, complementou-se o exame físico com o protocolo "FAST" (Focused Assessment with Sonography for Trauma), visualizado na "janela" sub-xifoideana presença de grande lesão em átrio esquerdo, de importante tamanho, ocupando quase em totalidade essa câmara cardíaca. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que demonstrava oclusão parcial do anel mitral. Após estabilidade clínica, foi indicada a remoção cirúrgica. No intraoperatório foi observado lesão aderida em toda a parede livre e posterior, pedículo no septo, Valva Mitral com dilatação do anel e insuficiência; realizando anuloplastia. O material retirado possuía aproximadamente 180g e confirmou diagnóstico de MA ao anatomopatológico. Paciente recebeu alta no 11º pós-operatório, mantendo-se oligossintomática no seguimento ambulatorial. **Discussão:** O MA é uma enfermidade rara; as suas manifestações clínicas dependem do tamanho e localização do tumor, possuindo elevado potencial de complicações quando possuem grandes tamanhos ("Gigantes"). As complicações constituem elevada morbimortalidade principalmente as decorrentes da ICA como o baixo débito, síncope, hipervolemia, choque e outras como a embolização, sobretudo para o sistema nervoso central. **Conclusão:** Apesar de baixa incidência, nos serviços de urgência e emergência, o MA torna-se um diagnóstico diferencial obrigatório diante um paciente com ICA. Constituir um fluxo sistematizado de atendimento a ICA, como o SAVIC, expandir nossa capacidade clínica com métodos de imagem portáteis, nos permite identificar rapidamente essa etiologia e propor tratamento adequado. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca aguda; mixoma atrial; mixoma atrial gigante; choque cardiogênico; SAVIC; FAST.

22410

Rejeição humoral tardia em transplantado cardíaco após vacina de COVID-19: possível associação?

HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, BÁRBARA CECILIO DA FONSECA, GUILHERME PAIANO BRASILEIRO, BÁRBARA REIS TAMBURIM LUIS, TALITA FRANCO SILVEIRA, ENIO BUFFOLO, JOÃO NELSON RODRIGUES BRANCO, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO e BRUNO BISELLI.

Hospital do Coração, Hcor, São Paulo, SP, BRASIL - Associação Beneficente Síria, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TxC) é o padrão ouro no tratamento de insuficiência cardíaca (IC) avançada e com os avanços da imunossupressão houve uma redução das taxas de rejeição. A produção de donor specific antibody (DSA) após transplante é associada ao maior risco de rejeição mediada por anticorpos. A soroc conversão em pacientes transplantados após a vacinação para Covid-19 é discutível na literatura. **Relato de caso:** Masculino, 65 anos, submetido a TxC em 2006 por miocardiopatia dilatada em uso de imunossupressão com ciclosporina e micofenolato (MMF) regular. Há cerca de 1 mês vacinou-se contra hepatite B, pneumococo e 4ª dose de Covid-19 (Pfizer), coincidindo com a mesma época em que ficou 3 dias sem uso de MMF e 1 dia sem ciclosporina. Interna com quadro de IC aguda e disfunção de enxerto nova com fração de ejeção (FE) de 33%. Devido à alta probabilidade de rejeição aguda, foi iniciado pulsoterapia e tratamento de IC. Realizado cateterismo sem evidência de doença vascular do enxerto, biópsia endomiocárdica OR, pAMR0 e painel imunológico com DSA positivo, sendo confirmada rejeição mediada por anticorpos e então realizado tratamento com plasmáfereze, imunoglobulina, trocado ciclosporina por tacrolimus e aumentada dose do MMF. Evoluiu com melhora clínica e de função do enxerto (FE 49%) e nova análise de painel 15 dias após o tratamento com redução de títulos de DSA, recebendo alta hospitalar em uso de prednisona, tacrolimus e MMF. **Discussão:** Na população em geral, o protocolo de 2 doses para vacinas de Covid-19 demonstrou uma boa resposta de anticorpos, mas em receptores de transplante de órgãos sólidos, ela é atenuada. Peled et al. encontraram uma taxa positiva de anticorpos em 67% dos pacientes transplantados após a administração da 3ª dose da vacina Pfizer Covid-19, e apesar da taxa de soroc conversão, não foram identificados DSA ou rejeição aguda mediada por anticorpo. A prevalência do tratamento com MMF foi menor, assim como a intensidade do tratamento imunossupressor devido ao tempo médio longo desde o transplante. Relatórios recentes mostraram que o MMF prevê uma resposta imune humoral mais baixa a vacinas anti-SARS-CoV-2. **Conclusão:** É questionável atribuir a disfunção ventricular aos poucos dias sem uso da terapia de imunossupressão, visto paciente fazer uso regular há cerca de 17 anos. Entretanto, associado a isso, houve a vacinação contra Covid-19, sobre a qual pouco sabemos. Nesse caso, existe uma possível associação entre a interrupção do uso, em especial, do MMF e o booster da vacinação anti-SARS-CoV-2, potencializando a produção de anticorpos e podendo levar a uma rejeição humoral tardia. Embora não haja prova de causalidade, fatores sugestivos de uma possível relação incluem a associação temporal após a vacinação. Estudos com TxC vacinados para Covid-19 e sua relação com imunossupressão e produção de DSA podem auxiliar no esclarecimento.

22411

Impacto da introdução de inibidores do SGLT2 sobre função renal, eventos de hipovolemia e hipotensão sintomática em pacientes com IC: dados de mundo real

JÉSSICA ARAÚJO AMPARADO, RAFAELA PRATA RASSI, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, FABIANA MARQUES, SHEILA CARRARA HERMANN, MATHEUS GOULART FERREIRA, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

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

Fundamento: Os inibidores de SGLT2 (iSGLT2) são recomendados para tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), independentemente da presença ou não de diabetes. Apesar de estudos em pacientes diabéticos demonstrarem efeitos colaterais de hipovolemia e redução de pressão arterial (PA), estes eventos parecem ser menos frequentes nos pacientes com insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar a incidência de efeitos adversos da introdução de iSGLT2 sobre a função renal, pressão arterial (PA) e volêmica em pacientes com IC atendidos em centro especializado de insuficiência cardíaca. **Delineamento, Amostra e Métodos:** Análise retrospectiva de 62 pacientes com IC sintomática ambulatorial (55% em Classe Funcional III e IV da NYHA), idade: 64,3±11,8 anos, 82% brancos, 64% masculinos, 82% com ICFER, FEVE=27,7±10,2%, principais etiologias: isquêmica (45%), miocardiopatia dilatada (16%), avaliados em um período máximo de até 120 dias após a introdução de iSGLT2, quanto à ocorrência de hipovolemia, hipotensão sintomática e variação de taxa de filtração glomerular estimada (TFG). Os pacientes encontravam-se com terapêutica otimizada, em uso de: betabloqueadores (95%), inibidores do sistema renina angiotensina-aldosterona (79%), sendo inibidores da ECA (35%), bloqueadores de receptor da angiotensina II (10%) e sacubitril/valsartana II (34%) e espironolactona (69%). **Resultados:** Não observamos diferença significativa na média da TFG pré (53,3±20,4ml/min) e pós introdução de iSGLT2 (52,4±20,8ml/min), $p = 0,5062$. Em 30 pacientes (48%), não observamos mudança significativa da TFG (variação >5ml/min) após introdução do iSGLT2. Queda significativa da TFG (redução acima de 5ml/min) foi observada em 18 pacientes (29%), redução média de 11,9±3,1ml/min, mas em apenas 3 desses pacientes (4,8%) a queda da TFG resultou em valores <25ml/min, sem registro de eventos de hiperpotassemia, hipovolemia ou necessidade de diálise. Em 14 pacientes (23%) observamos melhora da TFG >5ml/min. Identificamos baixa incidência de hipotensão arterial sintomática (6 pacientes; 9,7%) e hipovolemia (1 paciente; 1,6%). **Conclusão:** Em pacientes ambulatoriais com IC crônica sintomática e terapia medicamentosa otimizada, representando um coorte de mundo real, a introdução de iSGLT2 associou-se à queda significativa e discreta da função renal em cerca de 1/3 dos pacientes, mas sem repercussões clínicas relevantes. Significativa percentual de pacientes exibiu melhora da função renal (23%). Eventos adversos clínicos como hipotensão e hipovolemia foram pouco frequentes.

22416

Sucesso no manejo de pacientes com insuficiência cardíaca aguda em regime de centro de infusão, Hospital Dia

LARA NOELI GALLO, KELLY REGINA NOVAES VIEIRA, DEBORA CONSUELO GONÇALVES PEREIRA, ANA CAROLINA DE REZENDE, CARLOS DEL CARLO, SÉRGIO JALLAD, ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETO e MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR.

Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, BRASIL - Instituto do Coração do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Portadores de insuficiência cardíaca (IC) estágio D (IC terminal) são aqueles listados para transplante ou com indicação de cuidados paliativos. Quando descompensam, raramente tem acesso a cuidados adequados, já que poucos serviços de cardiologia dispõem de um centro de infusão onde aqueles em IC aguda (ICA) perfil hemodinâmico B podem ser compensados com uma ou duas visitas semanais para administração de diurético de alça endovenoso, ajuste terapêutico, monitorização de função renal, orientação sobre restrição hídrica e tomada de medicações. O controle sintomático e laboratorial pode reverter o quadro e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. **Métodos:** Foram avaliados pacientes portadores de IC no período de 2017 e 2018, em regime de centro de infusão/hospital dia (CI/HD), acompanhados e tratados por equipe multiprofissional. Os dados dos pacientes foram recolhidos do Registro Eletrônico em Saúde e o objetivo primário foi a identificação do sucesso dessa abordagem na compensação do paciente. Os critérios de inclusão foram o diagnóstico prévio de ICA perfil B e a concordância em aderência ao tratamento e de exclusão foram insuficiência renal terminal, infecção ativa e doença associada com expectativa de vida de menos de 6 meses. As intervenções seguiram a sistematização da terapêutica de uma internação semiaberta, com avaliação clínica e laboratorial dos pacientes. Entre os parâmetros analisados estão a etiologia, a classificação funcional de acordo com a New York Heart Association, o motivo da descompensação, dados eletrocardiográficos e ecocardiográficos, dados de exames físico e laboratoriais, a terapia medicamentosa além dos desfechos dos quadros. **Resultados:** Foram atendidos 120 pacientes com IC, sendo 20% com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada (>50%), 10% com FEVE levemente reduzida (entre 40 e 49%) e 70% FEVE reduzida (<40%), em estágio D. A idade média foi de 61 anos, 58% eram homens, a média da creatinina era de 1,550,62, a FEVE média foi de 36% \pm 14. A taxa sucesso na compensação de pacientes com ICA em regime de CI/HD foi de 85,3%, independente da FEVE. Durante o tratamento necessitaram internação por curto período e retornaram ao HD 40 pacientes. Morreram após alta do HD 22% dos pacientes em período que variou de 15 dias a 4,4 anos. **Conclusão:** O regime de CI/HD obteve taxa de sucesso de 85,3% na compensação de pacientes com ICA. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; Hospital Dia.

22417

Incidência e características clínicas da incompatibilidade paciente-prótese em pacientes com prótese mitral

IRVING GABRIEL ARAÚJO BISPO, CLAUDIO H FISCHER, DANIELA F A HEMERLY, ALBERTO T KYIOSE e VALDIR AMBRÓSIO MOISÉS.

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

Fundamento: A incompatibilidade paciente-prótese (IPP) é considerada com gradiente de pressão transcateter elevado, área valvar indexada reduzida, mas funcionamento normal dos folhetos ou discos da prótese. Há controvérsias sobre o real impacto da IPP na posição mitral. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a incidência e as características clínicas e ecocardiográficas da IPP em pacientes com prótese em posição mitral. **Métodos:** Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros com mais de 18 anos de idade com prótese valvar biológica ou mecânica em posição mitral em acompanhamento ambulatorial. A IPP foi considerada discreta se área valvar indexada superior a 1,2cm²/m², moderada se entre 0,9cm²/m² e 1,2cm²/m², e importante se menor ou igual que 0,9cm²/m². Variáveis clínicas e ecocardiográficas foram comparadas entre os grupos com IPP moderada ou importante (IPPM1) e IPP discreta (IPPM2); significante se $p < 0,05$. **Resultados:** Entre os 66 pacientes com prótese mitral a IPP moderada ou importante foi diagnosticada em 26 pacientes (39%); 17 eram próteses biológicas e 49 mecânicas. Nos pacientes com IPPM1 a área valvar foi de 1,00cm²/m² e o gradiente médio de pressão de 6,73mmHg; nos com IPPM2 a área valvar foi de 1,31cm²/m² e o gradiente médio=4,63mmHg. No grupo IPPM1, 10 pacientes (38,26%) estavam em classe funcional de II a IV e no grupo IPPM2, 2 pacientes (5%); $p < 0,001$. Não houve diferença significativa na proporção de estenose mitral pré-operatória entre os grupos - 15 (57,7%) no grupo IPPM1 e 29 (66,7%) no grupo IPPM2. O volume indexado do átrio esquerdo foi semelhante entre os grupos IPPM1 e IPPM2 (48±13ml/m² x 48±11ml/m²; $p=0,813$) assim como a espessura do septo (9,15±0,73mm x 9,1±0,78mm; $p=0,713$), o diâmetro diastólico (49,9±5,8 x 49,4±4,8mm; $p=0,762$), o índice de massa (88,65±16,4mg/m² x 87,68 ± 17,94 mg/m²; $p=0,684$) e a fração de ejeção (56,4 ± 10,7% x 59,3 ± 6,6%; $p=0,572$) do ventrículo esquerdo. **Conclusão:** O percentual de IPP moderada ou importante de prótese mitral (39%) foi maior do que o relatado em dados da literatura, porém com área valvar indexada semelhante. Pacientes com IPP moderada ou importante eram mais sintomáticos, mas com parâmetros ecocardiográficos semelhantes aos com IPP discreta. Palavras-chave: ecocardiograma; prótese valvar cardíaca; valva aórtica.

22426

Uma causa rara de cardiomiopatia dilatada: deficiência de selênio em paciente pós bariátrica com evolução grave de insuficiência cardíaca e arritmia maligna

HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, VANESSA SIMIONI FARIA, OTAVIO SILVA SALLÉS BARBOSA, RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES, PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, CAMILLA VILELA GIACOVONE, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, PALMIRA GOMES AMARAL, MARCELE GONÇALVES HENRIQUES LIZANDRO, LILIANE KOPEL, CLAUDIA YANEAT SAN MARTIN DE BERNOCHE, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, BRUNO BISELLI e EDIMAR ALCIDES BOCCI.

Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, InCor-HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) secundária à deficiência de selênio é uma causa rara e tem sido relatada em pacientes submetidos à cirurgia de Scopinaro devido à síndrome (Sd) disabsorviva. **Relato de caso:** Homem, 39 anos, antecedente de cirurgia de Scopinaro em 2002, evoluindo com perda ponderal de cerca de 100kg e Sd disabsorviva desde então. Apresenta-se com quadro de insuficiência cardíaca (IC) aguda manifesta por tempestade elétrica revertida. Ao exame físico, sinais de desnutrição, além de congestão direita e esquerda. Ressonância magnética (RM) evidenciando dilatação com disfunção cardíaca e fibrose de padrão não isquêmico. Houve recorrência de episódios de arritmias ventriculares, realizado estudo eletrofisiológico e ablação de focos arritmogênicos. Transferido, então, para serviço terciário para complementação diagnóstica. Submetido à ecocardiograma que evidenciou dilatação de câmaras cardíacas esquerdas e fração de ejeção (FE) 30% às custas de hipocinesia difusa. Repetido RM com presença de extensão realce tardio subepicárdico, mais evidente nas paredes septal e infero-lateral. Aparentada hipótese de cardiomiopatia carencial por deficiência de selênio (Doença de Keshan), documentada com dosagem sérica de 31µg/L (VR 46-143). Após suplementação do oligoelemento, apresentou melhora clínica e recuperação da FE. **Discussão:** Elementos como selênio, zinco e cobre tem um importante papel no metabolismo miocárdico e, especialmente, o baixo nível sérico de selênio. A cirurgia de Scopinaro é a principal gastroplastia disabsorviva, podendo levar a deficiência desses elementos essenciais. O selênio é parte integrante e necessária da enzima glutatona peroxidase (GPx) e atua catalisando espécies ativas de oxigênio, protegendo as células dos danos dos radicais livres. Propõe-se que a perda desse mecanismo protetor com consequente acúmulo de radicais livres seja a base para as várias síndromes clínicas associadas à deficiência de selênio, resultando em dano miocárdico, fibrose, IC congestiva, arritmias e morte. A CMD induzida por selênio é reconhecida como uma doença cardiovascular reversível. Assim, quando a deficiência de selênio é suspeitada como uma causa potencial de CMD, a terapia de reposição adequada e agressiva deve ser iniciada. **Conclusão:** Poucos relatos são encontrados na literatura referente à CMD secundária a deficiência de selênio, principalmente por estar relacionada a regiões subdesenvolvidas. Entretanto, a obesidade é uma realidade frequente, assim como os tratamentos cirúrgicos da doença, os quais podem levar à Sd disabsorviva. Assim, é de extrema importância o conhecimento da deficiência nutricional como causa de IC, com a finalidade de proporcionar o tratamento adequado. Além disso, reforça-se a necessidade do acompanhamento nutricional com reposição de nutrientes conforme indicação a fim de evitar doenças secundárias à deficiência. Palavras-chave: doença de Keshan; deficiência de selênio; cardiomiopatia dilatada.

22431

Tromboembolismo pulmonar paraneoplásico e amiloidose cardíaca de cadeia leve com evolução para transplante cardíaco e de medula óssea

THALES QUINTELLA DRUMMOND, LÍGIA LOPES BALSALOBRE TREVIZAN, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca é considerada uma doença rara, de difícil diagnóstico e com grande impacto em morbimortalidade. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento assertivo e prognóstico do paciente. **Relato de caso:** Masculino, 47 anos, atleta amador e sem comorbidades, procurou assistência por dispnéia ao correr curtas distâncias e fadiga há um mês com progressão ao caminhar no plano, associado a aumento do volume abdominal. Apresentava D-Dímero 1376ng/mL, troponina 59ng/mL e ECG com sobrecarga bialtrial e padrão S1Q3T3. Realizou angiogramografia pulmonar compatível com tromboembolismo, evoluiu com melhora clínica e recebeu alta com rioxabana. Após uma semana, paciente retorna com dispnéia os mínimos esforços e sinais importantes de congestão direita. Ecocardiograma revelou dilatação bialtrial, FEVE 51%, disfunção diastólica moderada e hipertrofia do ventrículo esquerdo não visualizada em ECG. Realizada hipótese de amiloidose cardíaca como etiologia para insuficiência cardíaca (IC). Paciente realizou RM cardíaca e ecocardiograma com strain longitudinal compatíveis com amiloidose. Realizada pesquisa de cadeia leve com dosagem sérica de Kappa de 9,74, cadeia lambda de 407,74 com relação Kappa/Lambda de 0,02 confirmando a hipótese de amiloidose de cadeia leve (AL - light chain amyloidosis). Paciente evoluiu com choque cardiogênico e necessidade de inotrópico, optado por tratamento quimioterápico (QT) enquanto aguardava transplante cardíaco. Paciente foi submetido a transplante cardíaco nessa internação e após 9 meses realizado transplante de medula óssea (TMO), tratamento padrão ouro para amiloidose AL. **Conclusão:** O diagnóstico de amiloidose cardíaca é um desafio e depende de alta suspeição clínica. A amiloidose AL é uma doença sistêmica que frequentemente afeta o coração e, quando não tratada, apresenta uma sobrevida média de menos de 6 meses em pacientes que evoluem com IC. O prognóstico reservado, a alta mortalidade em fila e os resultados insatisfatórios fizeram da doença uma contra indicação ao transplante cardíaco, entretanto estudos recentes demonstram que com avaliação multidisciplinar, acompanhamento com hematologista e a associado a QT e TMO o transplante cardíaco pode ser considerado para esses pacientes. **Palavras-chave:** cardiopatias; cadeias leves de imunoglobulina; transplante de coração; relatos de casos.

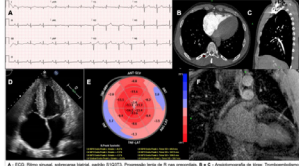


Figura 1. ECG: Ritmo sinusal regular com intervalo PR de 180ms, duração do QRS de 100ms e intervalo QT de 400ms. Figura 2. Ecocardiograma: aumento do tamanho do átrio esquerdo e do ventrículo esquerdo.

22461

Caracterização fenotípica de pacientes com amiloidose cardíaca por transtirretina com fração de ejeção reduzida e MID-RANGE

GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA, BRUNO VAZ KERGES BUENO, NATALIA DE MELO PEREIRA, GUILHERME WESLEY PEIXOTO DA FONSECA, ANDRÉ LUIZ DABARIAN, VIVIANE TIEMI HOTTA e FÁBIO FERNANDES.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca por amiloidose por transtirretina (C-ATTR) é uma doença infiltrativa, grave e progressiva. O depósito de amiloide no tecido cardíaco desenvolve um fenótipo restritivo que pode evoluir em insuficiência cardíaca (IC) com compromisso da fração de ejeção. **Objetivo:** Descrever o perfil demográfico, clínico e de imagem da C-ATTR em pacientes com IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo <50%. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo unicêntrico, retrospectivo e observacional. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de ATTR e FEVE <50% determinada por ecocardiograma transtorácico (ETT), e foram excluídos portadores de outras cardiopatias. Os valores foram expressos em média e desvio-padrão. **Resultados:** Nototal, 52 pacientes foram incluídos, com idade de 73±9 anos, sendo 75% do sexo masculino (39/52) e 83% de raça branca (43/52). A forma mais frequente foi a hereditária em 60% dos casos. A média da FC foi 77±13bpm, pressão arterial sistólica 111±18mmHg e diastólica 71±11mmHg, e a saturação de oxigênio em ar ambiente 95,9±5,2%. De acordo com a classe funcional (CF), os pacientes foram em CF I (n=5; 10%), CF II (n=24; 46%), CF III (n=13; 25%) e CF IV (n=3; 6%). A média do BNP foi 856±794ng/mL. De acordo com o eletrocardiograma de repouso, 58,2% estava em ritmo sinusal e 30,2% em fibrilação atrial/flúter atrial. No ETT, a média da FEVE foi de 38±8%, septo 16±3mm, parede posterior 16±8mm, diâmetro do átrio esquerdo 47±6mm, diâmetro basal do ventrículo direito 40±7mm e 38% dos pacientes tinham algum grau de disfunção diastólica. Nenhum paciente apresentou trombo intracavitário. A avaliação quantitativa (relação coração/área contralateral) da cintilografia com pirofosfato, às 3 horas foi de 1,7±0,2. A ressonância magnética cardíaca com técnica de realce tardio com gadolínio foi realizada em 22 pacientes, dos quais todos apresentaram realce tardio de gadolínio, com maior frequência subendocárdico em 65% e transmural em 17,4%, o mapa T1 foi 1030±92ms e volume extracelular de 59±8%. Referente às internações hospitalares, 54% tiveram pelo menos uma internação hospitalar, tendo como causa mais frequente a IC descompensada. No tratamento, 17% usavam medicamentos antiamiloides; 67% diurético de alça, 52% betabloqueador, 44% antagonistas de aldosterona, 23% inibidores de SGLT2, 19% IECA, 12% inibidores da neprililina e dos receptores de angiotensina e 6% BRA. Desses pacientes, 17% faziam uso de marca-passo e outro 4% de CDI. **Conclusão:** A amiloidose com acometimento cardíaco pode se apresentar como IC com fração de ejeção reduzida e mid-range. No presente estudo, os pacientes estavam entre a sexta e sétima década da vida, a maioria apresentava CF II-III e mais da metade teve necessidade de internação hospitalar com demanda de tratamento clínico de IC e de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis. **Palavras-chave:** amiloidose; amiloidose cardíaca; cardiomiopatia; insuficiência cardíaca.

22462

Caracterização fenotípica em pacientes com amiloidose cardíaca por transtirretina na forma hereditária vs. WILD-TYPE, com fração de ejeção reduzida e MIND-RANGE

GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA, BRUNO VAZ KERGES BUENO, GUILHERME WESLEY PEIXOTO DA FONSECA, FÁBIO LUIZ DABARIAN, WALTER YOSHIHARU ISHIKAWA, MARCELO LUIZ CAMPOS VIEIRA e FÁBIO FERNANDES.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca por transtirretina (AC-TTR) se classifica em dois grupos, o primeiro que pode ser devido à alteração genética no gene da transtirretina, a forma hereditária (ATTRh), e o segundo como consequência de um processo degenerativo relacionado à idade (ATTRwt). A deposição de amiloide no miocárdio pode levar à disfunção progressiva do ventrículo esquerdo mediada por distúrbios que incluem redução na capacitância da câmara e declínio na contratilidade o que promove o compromisso da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). **Objetivo:** Comparar o espectro clínico e de imagem entre ATTRh e ATTRwt com FEVE <50% em um centro de referência e especializado em cardiopatias. **Delimitação e Métodos:** Estudo uni-cêntrico, descritivo, transversal e observacional. Foram incluídos os pacientes com diagnóstico de AC-TTR, divididos em dois grupos, ATTRh (n=27) e ATTRwt (n=18), e foram excluídos os pacientes que tinham FEVE ≥50% determinada por ecocardiograma transtorácico (ETT) e portadores de outras cardiopatias. O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações foi realizado em ambos os grupos. **Resultados:** Foram incluídos 45 pacientes com diagnóstico de ATTR com FEVE <50%, dos quais 27 foram ATTRh (60%) e 18 ATTRwt (40%). Não houve diferença para idade (72±6 vs. 75±14 anos; p=0,310), peptídeo natriurético do tipo B (BNP; 734±486 vs. 1074±1101ng/mL; p=0,235) entre ATTRh e ATTRwt, respectivamente. Não houve diferença para CF I-II (13 vs. 9) e CF III-IV (10 vs. 4) entre os grupos. O ECG foi realizado em 38 pacientes. O ritmo sinusal não foi diferente entre os grupos, assim como o ritmo de FA/flúter e a baixa voltagem entre ATTRh e ATTRwt. No ETT, não houve diferenças para diâmetro do átrio esquerdo (46±6 vs. 47±6mm; p=0,613), septo interventricular (16±4 vs. 16±3mm; p=0,785), parede posterior (16,6±6,5 vs. 15,1±2,3mm; p=0,358), diâmetro diastólico final do VE (45,0±10,6 vs. 45,9±4,9mm; p=0,740) e diâmetro sistólico final (39,5±5,9 vs. 37,1±4,7mm; p=0,20), entre ATTRh e ATTRwt, respectivamente. A FEVE não foi diferente entre ATTRh e ATTRwt (37,8±7,7 vs. 38,8±6,9 %; p=0,972). A cintilografia com pirofosfato, na análise visual (escore de Perugini), foi sugestiva de amiloidose cardíaca em todos os casos. Em comparação ao realce tardio padrão subendocárdico, não houve diferença entre os grupos. Em internações hospitalares, 28% do grupo ATTRh e 22% do grupo ATTRwt (p=0,756) tiveram pelo menos uma internação hospitalar, tendo como causa mais frequente a IC descompensada. **Conclusão:** Os grupos de AC-TTR, tanto na forma hereditária quanto na forma wild-type, apresentaram parâmetros clínicos e de imagem, semelhante. **Palavras-chave:** cardiomiopatia; amiloidose cardíaca; insuficiência cardíaca; imagem cardíaca; cintilografia.

22463

Time de insuficiência cardíaca: espaço de escuta, acolhimento e discussão de casos clínicos

ISAURA CRISTINA AZAMBUJA DE OLIVEIRA ROCHA, MARCELO WESTERLUND MONTERA, FÁBIO ALVES TRAVERSA DA MOTTA e MARIA GABRIELA RIBEIRO PORTELLA.

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

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome complexa e progressiva, cujos pacientes têm significativa dificuldade de adesão aos tratamentos, frequentes reinternações e elevada mortalidade. O Time de IC, que se reúne diariamente nos rounds, experimenta intenso desgaste físico e emocional, assim como os demais profissionais de saúde. Desta forma, pensou-se em um espaço de reflexão, como forma de promover escuta e acolhimento. **Objetivo:** Descrever a dinâmica dos grupos de reflexão realizados com a equipe multidisciplinar do Time de IC de um hospital privado do Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** O grupo de reflexão teve início em janeiro de 2020, com a participação de uma psicóloga, uma farmacêutica, uma enfermeira, um médico, uma nutricionista e uma fisioterapeuta. Nos primeiros encontros participavam também dois biomédicos. Inicialmente era um encontro uma vez por mês, mas a partir do cenário da COVID-19 e crescentes demandas institucionais, os encontros não puderam ser mensais. Desde janeiro 2020 a março 2023 foram realizados 24 encontros. O grupo funciona em horário fixo, com duração de uma hora, em uma sala confortável, sob mediação da psicóloga. Os participantes são convidados a falar sobre suas experiências pessoais e profissionais, enquanto sujeitos inseridos neste ambiente de cuidado. Os temas podem ser abertos, por demandas de cada membro, ou sugeridos pela psicóloga, a partir de percepções do funcionamento do grupo ou questões mais emergentes, utilizando a escuta ativa e, quando necessárias são realizadas intervenções. **Resultados:** Em 24 encontros os temas mais frequentes foram: sintomas de ansiedade; medos; impotência diante da má adesão do paciente; vulnerabilidade, fragilidade e ambivalência durante a COVID-19; relações intragrupo; e estratégias de enfrentamento diante de dificuldades pessoais e profissionais. Os participantes relataram que era possível pensar em suas ações para além do trabalho, demonstrando o efeito positivo da reflexão. Cada membro pôde descrever qualidades e habilidades do outro e, oportunidades de melhoria. Foi observado também uma necessidade de maior manejo pela psicóloga a fim de evitar que o discurso se prendesse a único membro, ou que questões relacionadas às pendências na rotina fossem discutidas no grupo. Percebeu-se um esvaziamento das angústias e reflexão sobre possíveis mudanças no modo de perceber e enfrentar a rotina de trabalho, resultado esperado em vivências grupais. **Conclusão:** O grupo de reflexão é um espaço seguro para escuta, acolhimento e elaboração de questões relacionadas à atividade profissional, promovidos por ambiente de identificação, pertencimento e de vínculo intragrupo. Por contribuir para o processo de melhoria da performance humana no cuidado ao paciente com IC, sugere-se que este modelo possa ser replicado em outras instituições e times multiprofissionais. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; grupo de reflexão; melhoria da performance.

22466

Educational program for self-care in heart failure: PEAC-IC: randomized control trial

MICHELE NAKAHARA-MELO, WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO, ANA PAULA DA CONCEIÇÃO, ERCOLE VELLONE and DINÁ MONTEIRO DA CRUZ.

Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL - Department of Biomedicine and Prevention, Tor Vergata University, Rome ITALY.

Background: Worldwide, approximately 64 million people live with signs and symptoms of heart failure (HF), considered one of the leading causes of morbidity and mortality, hospitalizations and worsening of quality of life. Self-care is a nonpharmacological approach to control the progression of HF, which involves behaviors to maintain health and monitor and manage symptoms. However, self-care still insufficient among this population in Brazil and worldwide. The Educational Program for Self-Care in Heart Failure (PEAC-CI) is an acceptable and feasible intervention that needs to be evaluated for its effectiveness. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the PEAC-IC in improving self-care behaviors (primary outcome), knowledge, quality of life, the number of hospitalizations, and access to emergency services in patients with HF (secondary outcome). **Methods:** A parallel randomized clinical trial with HF patients recruited in a clinical cardiology ward and outpatient settings of the Dante Pazzanese Institute of Cardiology in São Paulo/Brazil. Participants were randomized to the intervention group (IG), receiving the PEAC-CI intervention, and the control group (CG), receiving standard care. The intervention consisted of a face-to-face session followed by five structured telephone contacts every week during six weeks. Standard care consisted of general guidance during hospital discharge and outpatient follow-ups with medical and nursing consultations when indicated. The outcomes were assessed in seventh week or after the six sessions of the implementation of PEAC-IC, and then third and sixth month after the first assessment in both groups. The primary outcome was measured with the Self-Care of HF Index v.6.2, which measures self-care maintenance, management, and confidence; scores of these three scales range between 0-100, with higher scores meaning better self-care. **Results:** We enrolled 80 patients, and 56 completed the entire intervention. These patients were mostly males (52.5%), with a mean age of 61.8 years (SD= 12.6) 44.9% white, with a diagnosis of HF from an average of 174.9 (SD=158.3), 50% in New York Heart Association functional class III. At baseline, self-care maintenance, management, and confidence scores were 51.6, 56.2, and 54.1, respectively. At the seven-week follow-up, the IG scored 72.3 on self-care maintenance, while the CG scored 61. The difference between the two groups, assessed with the linear mixed model, was clinically and statistically significant ($p<0.001$). There was an improvement in the whole sample for the secondary outcomes but there were not statistically differences between the IG and CG ($p>0.05$). **Conclusion:** The PEAC-CI has effectively improved self-care maintenance in patients with HF. Even though the improvement in the secondary outcomes was not statistically significant, we observed a trend towards statistically significance. **Key-words:** nursing; heart failure; self-care; randomized controlled trial.

22472

Association of potassium disorders with the mode of death and etiology in patients with chronic heart failure: the INCOR-HF Study

IVNA GIRARD CUNHA VIEIRA LIMA, JAIRO TAVARES NUNES, IGOR H DE OLIVEIRA, SILVIA MA FERREIRA, ROBINSON T MUNHOZ, PAULO R CHIZZOLA, BRUNO BISELLI, BRENNO R GOMES, LUCAS P DAMIANI, ANDRÉ S MARIA, CINTHIA MONTENEGRO, FERNANDA RONCO and EDIMAR A BOCCHI.

InCor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL - Astra Zeneca, São Paulo, SP, BRASIL.

Background and aims: The mode of death of patients with heart failure (HF) and potassium (K+) disorders remain speculative. To identify the risk factors for development of K+ disorders and recurrence in CHF, and the mode of death associated with K disorders. **Methods:** A retrospective cohort of 10378 outpatients with CHF was studied in a tertiary cardiology center from 2013 to 2020 in a mean follow-up of 3.28±2.5 years. **Results:** Chagas etiology ($p<0.01$) and triple HF therapy ($p<0.01$) were associated with hyperkalemia. Atrial fibrillation with hypopotassemia ($p<0.01$). Chronic kidney disease ($p<0.01$), and diabetes ($p=0.03$), with both. Hypertension was inversely related to hyperkalemia ($p<0.01$) while age was inversely related to hypokalemia. Association with mortality was obtained for Chagas etiology ($p<0.01$, e-value 2.16), stroke ($p<0.01$, e-value 1.85), hypokalemia ($p=0.02$, e-value 1.94), and CKD ($p<0.01$, e-value 1.63 - 4.83). Decompensated HF or cardiogenic shock were causes of death in 54%, 67.8%, 44.9%, 57.8% and 69% of patients with normokalemia, hypokalemia, mild, moderate, and severe hyperkalemia, respectively. Most patients with hypokalemia and severe hyperkalemia died from decompensated HF ($p=0.007$). **Conclusion:** Chagas etiology is a new factor associated with hyperkalemia. Unexpectedly progressive HF was the most frequent mode of death in potassium disorders rather than death caused by arrhythmias. Our findings suggest that patients with potassium disorders should be closely monitored and managed to prevent death from cardiogenic shock or decompensated heart failure. Further studies are needed to confirm these findings and to explore the underlying mechanisms involved in the association between potassium disorders and mode of death. **Key-words:** heart failure; hyperkalemia; hypokalemia.

22473

Sodium-glucose cotransporter inhibitors reduce cardiovascular outcomes regardless of the type of SGLT2 or eGFR range in patients with heart failure: systematic review and meta-regression meta-analysis

IVNA GIRARD CUNHA VIEIRA LIMA, JAIRO T NUNES and EDIMAR A BOCCHI.

InCor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Background and aims: Due to the potential for attenuation of the beneficial effects of SGLT2i treatment in patients with both HF and CKD who have lower glomerular filtration rates, and the risk of acute kidney injury following SGLT2i initiation, we performed a meta-analysis and meta-regression to assess the impact of SGLT2i on composite cardiovascular outcomes in this patient population. **Methods:** We conducted a systematic literature review to find RCTs that evaluated SGLT2i treatment efficacy in HF and CKD patients. We used a random-effects model (Mantel-Haenszel) for the meta-analysis. Results show odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals and P values for the primary outcome risk and in subgroups based on baseline eGFR. All probability values were two-tailed and statistical significance was set at $P < 0.05$. We also investigated type of SGLT2i and year of publication as predictor variable. **Results:** When compared to a placebo, SGLT2 inhibitors reduced the risk of primary cardiovascular outcomes by 27% (HR 0.73, [95% CI 0.63-0.85], $I^2 = 32\%$) in patients with eGFR <60 mL/min/1.73 m² and by 20% (HR 0.80, [95% CI 0.74-0.88], $I^2 = 0\%$) in patients with eGFR >60 mL/min/1.73 m². Patients with HFpEF had 28% risk reduction (HR 0.72, [95% CI 0.56-0.93], $I^2 = 37.23\%$), and HFrEF had 21% (HR 0.79, [95% CI 0.70-0.89], $I^2 = 0\%$). The meta-regression analysis showed that the type of SGLT2i was not a significant predictor of treatment effect ($Q = 2.29$, $p = 0.51$). None of the other predictor variables were significant also. **Conclusion:** This meta-regression analysis suggests that SGLT2i is an effective treatment for reduce cardiovascular outcomes in patients with concurrent HF and CKD, independent of the type of SGLT2i or eGFR range. Patients with HFpEF had higher risk reduction when compared with patients with HFrEF (28% vs 21%), our hypothesis for this find is that competitive risk favors patients with lower eGFR even in higher ejection fraction extract. Limitations of this study include potential publication bias and the exclusion of non-English studies. **Key-words:** heart failure; chronic kidney disease; iSGLT2.

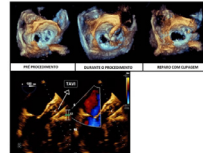
22476

Estenose aórtica e insuficiência mitral graves em pacientes de alto risco: o que fazer?

ALICE GARCIA VIEGA DOS SANTOS, MARCELO WESTERLUND MONTEIRA, LUIZ ANTONIO CARVALHO, ARNALDO RABISCHOFFSKY, ANA AMARAL FERREIRA DUTRA, LOUISE FREIRE LUIZ, LUIZ ANTONIO DE ALMEIDA CAMPOS, FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL e ANDRÉ VOLSCHAN.

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

Fundamento: Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, observamos um aumento da prevalência da associação de valvopatias com doença coronariana em pacientes com alto risco de intervenção cirúrgica, sendo necessário a avaliação de time de especialistas compondo Heart Team Valvar para o estabelecimento de soluções percutâneas de intervenção de alta complexidade. **Relato de caso:** Paciente masculino, 89 anos admitido na emergência com edema agudo pulmonar hipertensivo, PA = 210x100mmHg, sinusal ao monitor, NTproBNP 5.760pg/ml, D-dímero 1250ng/ml e troponina normal. Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e hipertrofia ventricular esquerda (HVE) ao ECG. Ao ecocardiograma transtorácico (ECOTT) FEVE: 62%, insuficiência mitral grave com rotura de cordoalhas junto a comissura medial (P3/A3), insuficiência tricúspide (IT) moderada, PSAP= 68mmHg, e estenose aórtica grave, com gradiente VE-Ao máximo de 37,9mmHg e médio de 20,9mmHg, velocidade máxima de 3m/s, e área valvar indexada = 0,4cm²/m². Cinecoronariografia evidenciou uma lesão importante em ACDA de 90% em terço médio. Apresentava alto risco de mortalidade cirúrgica, de 10%, pelo EuroScore II e altíssimo risco pelo STS score com 30%. Foi definido por Heart Team valvar uma abordagem com angioplastia transluminal percutânea coronariana (PTCA) do terço médio da DA e implante percutâneo de válvula aórtica transcateeter (TAVI) no primeiro momento, e definição da necessidade de correção da IM em segunda etapa. Após a realização dos procedimentos, manteve IM grave, IT moderada e PSAP de 55mmHg. Paciente recebeu alta hospitalar assintomático com otimização terapêutica. Evoluiu em 5 meses em classe funcional NYHA II-III, sendo indicado abordagem percutânea da IM, com reparo transcateeter borda a borda com clipagem - com MITRAClip. Foi realizado o implante de dois MITRAClips, um na comissura medial e outro mais lateral, com redução significativa da IM, IT moderada com queda da PSAP para 30mmHg. Recebeu alta hospitalar, evoluindo assintomático, sem readmissão hospitalar. **Conclusão:** A abordagem valvar múltipla com concomitante lesão coronariana por técnicas percutâneas em pacientes com alto risco cirúrgico, deve ser definido por Heart Team Valvar, com benefícios na melhora clínica, redução de reinternações e aumento da sobrevida dos pacientes.



22478

Investigação genética de 75 pacientes com cardiomiopatia dilatada: avanços e desafios dentro do cenário brasileiro

BRUNO DE OLIVEIRA STEPHAN, LUCAS VIEIRA PIRES LACERDA, BIANCA DOMIT WERNER LINNENKAMP, MARCELO SZEREMETA, EMANUELLE LEONÍLIA MARQUES, MARIANA LOMBARDI PERES DE CARVALHO, SILAS RAMOS FURQUIM, FERNANDO RABIOGLIO GIUGNI, NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, LAYARA FERNANDA PEREIRA VICENTE LIPARI, LORENA SQUASSANTE, LUCIANA SACILOTTO, FÁBIO FERNANDES e JOSÉ EDUARDO KRIEGER.

CARDIOGEN, São Paulo, SP, BRASIL - INCOR, HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é uma doença associada a um espectro cada vez maior de variantes genéticas. Embora seja rara à primeira vista, sua importância vem crescendo à medida que mais pacientes e seus familiares em risco exigem uma atenção específica e multidisciplinar, que envolva outras especialidades além da cardiologia. **Objetivo:** Este estudo visa identificar variantes genéticas associadas à CMD e incorporar estes resultados às linhas de cuidado destes pacientes e dos familiares por meio de uma abordagem multidisciplinar. **Métodos:** Avaliamos 75 pacientes no serviço de Medicina de Precisão em Cardiologia, provenientes de diferentes regiões do país, mas com atendimento clínico em nossa instituição em São Paulo. Excluímos as principais causas adquiridas de cardiomiopatia, incluindo sorologias negativas para a doença de Chagas. Coletamos amostras de sangue periférico e as submetemos a sequenciamento completo do exoma ou painel de genes associados a doenças cardíacas por sequenciamento de nova geração (NGS). Geneticistas clínicos analisaram os exames e nossa equipe de cardiologistas revisou os resultados para fornecer aconselhamento genético adequado ao paciente e dados aos médicos responsáveis pelo seu acompanhamento clínico, contribuindo para melhorar a eficiência do seguimento. Quando necessário, oferecemos testes adicionais, como segregação de variantes familiares em parentes em risco por sequenciamento de Sangue. **Resultados:** Entre abril de 2022 e março de 2023, identificamos nos 75 pacientes com suspeita clínica de CMD 10 variantes patogênicas e 9 variantes provavelmente patogênicas, além de 24 variantes de significado incerto (VUS) localizadas em 26 genes diferentes. Quinze dessas variantes não haviam sido descritas na literatura até o momento. Também encontramos achados secundários não relacionados à cardiopatia de base, como hemocromatose. Destaca-se a identificação de 4 pacientes com variantes patogênicas no gene LMNA e 1 com variante provavelmente patogênica em FLNC, que se beneficiariam da implantação de um cardioversor desfibrilador (CDI). Além disso, descobrimos um paciente com provável diagnóstico de amiloidose secundária a mutação no gene TTR, uma condição grave e multissistêmica com terapia específica disponível. Infelizmente, 3 pacientes faleceram durante o estudo, provavelmente devido a complicações da CMD. Não encontramos variantes relevantes em 32 pacientes, e esses casos foram considerados negativos até o momento para causas genéticas de CMD. **Conclusão:** Os dados corroboram a importância da investigação genética na suspeita clínica de CMD, preferencialmente por um exame de amplo espectro (painel NGS ou exoma). A confirmação da causa genética da doença pode fornecer estratégias de cuidado individualizadas, trazer uma melhor compreensão da condição aos pacientes e ser de valor para identificar familiares sob risco. **Palavras-chave:** cardiomiopatia dilatada (CMD); sequenciamento de nova geração (NGS); genética.

22479

Análise de perfil de pacientes com insuficiência cardíaca e sua relação de tempo de internação e mortalidade com as diferentes frações de ejeção

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, ANDRE CASARSA MARQUES, PEDRO BASTOS DE MEDEIROS, ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM, ANNA BEATRIZ NOGUEIRA, FLAVIO ANDRADE CAMACHO, GABRIELLA VIDAL GONCALVES, DEBORÁ LEITE FERREIRA, RENATA FRAUCHES MEDEIROS, ANDREA CARDOSO DE MATOS, LARISSA FRANCO DE ANDRADE, VITHORIA VIDOTTI NEVES, FABIANA GENUINO, JULIO CESAR TOLENTINO JUNIOR e PAULO BLANCO VILLELA.

Hospital Quinta D'or, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca é uma condição grave que representa o estágio final de diversas doenças cardiovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública com alta morbimortalidade. Estima-se que cerca de 26 milhões de indivíduos sejam afetados globalmente por essa condição, o que demanda uma análise constante do perfil epidemiológico dos pacientes. De fato, a presença de outras condições médicas parece aumentar a complexidade da doença e, portanto, é de extrema importância investigar continuamente as possíveis relações entre a insuficiência cardíaca e outras comorbidades, o desfecho e tempo de internação desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico da população atendida, tempo de internação e mortalidade correlacionando com os diferentes fenótipos de IC. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo Observacional realizado através de coleta de registro de informações de prontuário médico e acompanhamento durante o período de internação hospitalar. Análise de prevalência de sexo, idade, patologias associadas no período de 20/12/2020 a 13/02/2023 em hospital privado na região Sudeste do Brasil. Foram excluídos do trabalho pacientes gestantes, menores de 18 anos, Livre vontade do paciente; e reinternação hospitalar em até 30 dias. **Resultados:** Foram avaliados 212 pacientes com IC por meio de modelagem multinomial logística. Observou-se que 96 eram mulheres e 116 homens, dando prevalência a incidência da doença no sexo masculino na ICPEP. A idade variou de 18 a 102 anos. Com incidência média de 74 anos. Os fatores de risco avaliados por pacientes foram: Hipertensão arterial (n=199), Diabetes Mellitus (n=98), Dislipidemia (n=72) e Fibrilação atrial (n=95). Estando estes pacientes divididos quanto a Fração de Ejeção pela avaliação de Simpson ou Teicholz: 77 pacientes com Insuficiência Cardíaca com fração de Ejeção Reduzida (ICFER), 98 pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP) e 37 pacientes com Insuficiência Cardíaca Fração de Ejeção Intermediária (ICFEI). Sendo usado o corte de referência da literatura da Sociedade Europeia. Pelo teste de qui-quadrado não apresentou relevância estatística. O tempo de internação variou em média de 17,59 a 20,82 dias, com mortalidade total de 12 óbitos e 2 pacientes ainda internados no momento da análise (sendo analisado os p-valores e Z-scores para avaliar significância). **Conclusão:** A análise inicial, optou-se por a adotar outras metodologias a fim de trazer significância aos resultados. A análise mostra que a distribuição em 3 fenótipos de IC por sexo, houve predomínio significativo (p=0,017) do sexo masculino em pacientes com ICPEP diferente do que a literatura relata. Um número significativo de pacientes apresentavam 2 comorbidades associadas. O número de comorbidades que o paciente apresentava não interferiu no tempo de internação, como se esperava e outras variáveis deverão ser avaliadas para essa justificativa. **Palavras-chave:** mortalidade; insuficiência cardíaca; fatores de risco.

22484

Análise descritiva de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca internados em hospital privado em um período de 16 meses

MARIA DE FATIMA MARTINS GIL DIAS, ANDRÉ CASARSA MARQUES, PEDRO BASTOS DE MEDEIROS, FLAVIO ANDRADE CAMACHO, ANNA BEATRIZ NOGUEIRA, DEBORA LEITE FERREIRA, RENATA FRAUCHES MEDEIROS, ANDREA CARDOSO DE MATOS, LARISSA FRANCO DE ANDRADE, GABRIELA VIDAL GONCALVES, ANDRE LUIZ DIAS LIMA BONFIM, PAULO BLANCO VILLELA, VITHORIA VIDOTTI NEVES e JULIO CESAR TOLENTINO JUNIOR.

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

Fundamento: Depressão e insuficiência cardíaca (IC) são duas condições de saúde prevalentes e que possuem aspectos fisiopatológicos comuns, ambas aumentando a estimulação do eixo hipotálamo-hipofise, eixo adrenal e a atividade simpática, bem como aumentando as citocinas inflamatórias circulantes. A IC é uma síndrome que cursa com alta morbi-mortalidade e sofre influência das comorbidades que se associam a ela, entre elas a depressão, que é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e preditor de piores resultados entre pacientes com cardiopatia estabelecida. Contudo, na literatura existem poucos estudos em amostras brasileiras que investigam a correlação entre depressão e IC em pacientes internados por IC descompensada. **Objetivo:** Analisar descritivamente a relação de pacientes internados por IC descompensada e depressão de acordo com seus diferentes fenótipos de IC. **Delimitação e Métodos:** Estudo observacional longitudinal. Foram incluídos homens e mulheres, internados por IC descompensada em um hospital privado do Rio de Janeiro, entre 18 e 100 anos de idade, com diagnóstico clínico e/ou apresentar exame ecocardiográfico transtorácico (ETT) e pró-NT BNP compatíveis com a doença. Excluídos pacientes gestantes, portadores sabidamente de demência, apresentar esquizofrenia, psicose ou apresentar-se em quadro agudo de sepse ou uremia. Episódio depressivo maior (EDM) foi analisado através do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). O critério utilizado para EDM positivo foi a presença de cinco ou mais sintomas, desde que pelo menos um seja humor deprimido ou anedonia, e que cada sintoma correspondesse a "uma semana ou mais" e "quase todos os dias", com exceção do sintoma 9, para o qual é aceitável "menos de uma semana", "uma semana ou mais" e "quase todos os dias". Os pacientes foram classificados nos diferentes fenótipos de IC, por meio de avaliação do ETT, de acordo com a Fração de Ejeção (FE) pelo método de Simpson ou Teicholz subdividindo em ICFER (50mmHg). **Resultados:** Foram incluídos 108 pacientes, com 62% da amostra do sexo masculino. A idade variou de 28 a 95 anos (71,85±13,9). A prevalência de depressão nesta amostra foi de 24% (n=26). A análise descritiva entre os portadores de depressão e os diferentes fenótipos de IC demonstrou que 53,8% dos pacientes eram portadores de ICFER, 30% ICPEP e 15% ICFEI. **Conclusão:** Neste estudo, através de uma análise descritiva, buscamos associar a depressão com a IC e subdividir esse grupo de acordo com os fenótipos de IC em uma amostra brasileira de pacientes internados. Diante de um tema de alta relevância foi encontrado uma alta prevalência desse distúrbio mental nesta amostra. Estudos futuros são necessários a fim de comprovar estatisticamente esta relação e ampliar as possibilidades de intervenção e tratamento para esses pacientes. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; depressão; mortalidade.

22489

Paciente jovem com critérios de insuficiência cardíaca avançada secundária à distrofia muscular de Emery Dreifuss

VANESSA SIMIONI FARIA, CAIQUE SOUZA JORGE, HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, RALLYSON DE OLIVEIRA GONCALVES, MARCELLE GONCALVES HENRIQUES LIZANDRO, DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, PALMIRA GOMES AMARAL, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, CAMILLA VILELA GIACOVONE, BRUNO BISELLI, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

SBC DEIC Jovem, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - InCor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: As distrofias musculares são um grupo de desordens musculares progressivas de origem genética e hereditária. Em 1960, um grupo único de doenças hereditárias envolvendo sistema muscular, articular e cardíaco foi identificado: A Distrofia Muscular de Emery Dreifuss (DMED). Um distúrbio raro, 0,39/100mil habitantes; resultante de mutações em genes que codificam proteínas da membrana nuclear: EMD, codificador da Emerina; LMNA, codificador da Lámina A/C; SYNE1 e SYNE2, que codificam a nesprina 1 e 2, respectivamente. A forma autossômica dominante é a mais comum, a partir de uma mutação do gene LMNA, DMED tipo 2. As principais características são contraturas precoces, fraqueza e atrofia muscular umero-peroneal lentamente progressiva, e doença cardíaca, 90% dos casos; com defeito de condução, arritmias e/ou cardiomiopatias. **Relato de caso:** Mulher, 22 anos, com diagnóstico de DMED desde a infância, confirmado por biópsia muscular e teste genético com variante patogênica em gene LMNA 4 posição chr1:156.136.070, variação T>C; em seguimento com cardiologista há 2 anos por queixas de palpitações e holter com ritmo de fibrilação atrial, além de episódios de taquicardia ventricular não sustentada (TVNS). Deu entrada em nosso serviço por queixa de êmese, aumento do volume abdominal, cansaço e edema de membros inferiores há duas semanas. Preenchendo os critérios de framingham para Insuficiência cardíaca, descompensada em perfil hemodinâmico C, com sinais clínicos e laboratoriais de baixo débito, lactato venoso 27 e peptídeo natriurético cerebral de 682. Iniciado diurético endovenoso, vasodilatação e inotrópico. Em Ecocardiograma evidenciando disfunção ventricular direita discreta e esquerda grave, com fração de ejeção (FE) estimada em 33%. Após duas tentativas de desmame de inotrópico sem sucesso, mantendo-se INTERMACS III, e prognóstico ruim de doença de base, optou-se por listar a paciente em fila de transplante cardíaco. **Discussão e Conclusão:** O início das anormalidades cardíacas em DMED geralmente ocorre na terceira década. Estas costumam ser mais frequentes e mais graves na DMED tipo 2, como no caso. Não há correlação entre o grau de envolvimento neuromuscular e a gravidade cardíaca. A paciente apresenta pouca sintomatologia muscular, e já com arritmia desde os 20 anos, em atual primo descompensação com necessidade de suporte inotrópico, e falha em desmame, apesar de cardiopatia não dilatada. Não há terapia modificadora da doença. Se bradiaritmias malignas, implante de Marcapasso, e em casos selecionados, com disfunção ventricular esquerda. **Palavras-chave:** distrofia muscular de Emery Dreifuss; gene LMNA; insuficiência cardíaca; transplante.

22499

Relato de 16 anos da forma arritmogênica aguda até IC com fração de ejeção recuperada: um continuum da doença de Chagas por transmissibilidade

LORRANA XAVIER DO NASCIMENHO, GABRIELA SALINI RIBEIRO, MATHEUS MARTINS MONTEIRO, MÔNICA REGINA HOSANNAH DA SILVA E SILVA, JÉSSICA VANINA ORTIZ, ELSA GUISELA GUEVARA MOCTEZUMA, KÁTIA DO NASCIMENTO COUCEIRO, MARIA DAS GRAÇAS VALE BARBOSA GUERRA, JORGE AUGUSTO DE OLIVEIRA GUERRA e JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: A doença de chagas (DC) aguda tem se tornado cada vez mais frequente, principalmente por transmissão oral, na região Amazônica. Pouco se conhece a respeito da evolução a longo prazo destes pacientes. O presente relato descreve a evolução de 16 anos após o diagnóstico e tratamento da fase aguda da DC. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, no momento com 31 anos, procedente de Coari - Amazonas, que, aos 15 anos, iniciou quadro de febre, palpitações, dispnéia e dor torácica, com história de ingestão de suco de açaí, sendo diagnosticado com doença de chagas aguda por gota espessa positiva para Trypanosoma cruzi. Observou-se, no ecocardiograma, disfunção sistólica ventricular esquerda com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 50% e presença de extra-sístoles no eletrocardiograma. Recebeu tratamento clínico com benzonidazol, captopril, carvedilol e furosemida, evoluindo de maneira favorável, com negatização dos exames parasitológicos para doença de Chagas e melhora clínica. Após 5 anos assintomático, iniciou quadro de palpitações, apresentando, no Holter 24 horas, ectopia ventricular monomórfica frequente com episódios de bigeminismo ventricular e taquicardia ventricular não sustentada. Descartou-se reativação da fase aguda através de exames imunológicos e parasitológicos. Realizou ecocardiograma com diâmetros ventriculares e FEVE normais, recebendo diagnóstico de forma arritmogênica crônica da DC. Instituiu-se tratamento antiarrítmico com amiodarona (200mg/dia), com melhora dos sintomas e normalização dos parâmetros eletrocardiográficos. O paciente não seguiu acompanhamento ambulatorial e, passados 10 anos do último evento, iniciou quadro de dispnéia paroxística noturna diária acompanhada de tosse seca e palpitações. Realizou novo Holter que mostrou ectopias supraventriculares raras e ectopias ventriculares isoladas e trigeminadas, monomórficas frequentes. O ecocardiograma demonstrou diâmetro diastólico de VE (DDVE) de 56mm e FEVE de 37%. Optou-se por otimizar a terapêutica para insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida com carvedilol, sacubitril-valsartana, espironolactona, dapagliflozina e furosemida, com melhora do quadro clínico. Um ano após o início da terapêutica para IC, realizou novo ecocardiograma que mostrou DDVE de 60 mm e FEVE de 52%, preenchendo critérios para IC com fração de ejeção recuperada. **Conclusão:** O presente relato evidencia a necessidade de seguimento a longo prazo dos pacientes, bem como a introdução precoce de terapêutica otimizada para IC com fração de ejeção reduzida. Palavras-chave: doença de Chagas; açaí; cardiomiopatia chagásica.

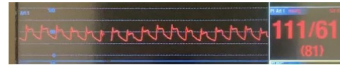
22503

Alcoolização septal na cardiomiopatia hipertrofica diagnosticada no pós-operatório de troca valvar aórtica por endocardite

GUILHERME MARCOS LEVY LAMELLA, RODRIGO PRIETO, LIVIA BARBOSA, NATHALIA PALOMO, FERNANDA ANDRADE, MARCIO LEAL e LUCAS ANTONY.

Pró-Cardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência aórtica é uma valvopatia comum, essa patologia permite o refluxo aórtico em direção a cavidade ventricular esquerda, causando uma sobrecarga volumétrica, em contra partida a cardiomiopatia hipertrofica no idoso é menos comum e funcionalmente é dependente de volume para manter fluxo. O caso em questão mostra duas patologias que ao estarem concomitantes podem gerar uma dificuldade diagnóstica. **Relato de caso:** Z.V.R.S, feminina, 77 anos, moradora da Barra da Tijuca, natural de Minas Gerais, aposentada, viúva e católica. Internada devido a dispnéia, febre, mal estar e hipotensão. Diagnosticada com insuficiência cardíaca por insuficiência aórtica grave ocasionada por endocardite bacteriana, por Gemella Sanguinis, sensível a ceftriaxone. Ao ecocardiograma evidenciado perfuração de folheto aórtico e duas vegetações aderidas. Realizada troca valvar com implementação de prótese biológica aórtica número 19, lavagem cirúrgica de valva mitral, sem necessidade de troca, seguindo Ceftriaxone. No pós-operatório imediato evoluiu satisfatoriamente, com evidência ainda de sopro sistólico 3+16 em foco aórtico. No decorrer da estadia em terapia intensiva necessitou de reintubação por instabilidade hemodinâmica e possível obstrução de via de saída, suspeitada pela presença de curva digitaliforme na monitorização invasiva da pressão arterial e elevação de gradiente na via de saída do VE, com hipertrofia septal evidenciados pelo ecocardiograma. Em decorrência da troca valvar houve redução do volume diastólico final do ventrículo esquerdo, aumentando o gradiente e propiciando menor débito cardíaco. Foi confirmada padrão de cardiomiopatia hipertrofica, sendo submetida à alcoolização septal com oclusão de primeira septal, tendo melhora significativa no gradiente, apesar da evolução para bloqueio atrioventricular total, previsível, solucionado após implante de marcapasso. Paciente evoluiu satisfatoriamente em pós-procedimento, hemodinamicamente estável com curva arterial dicrótica, prosseguindo reabilitação e alta médica após 15 dia de internação. **Conclusão:** A concomitância da insuficiência aórtica e cardiomiopatia hipertrofica, gerou dificuldade diagnóstica. Foi diagnóstica após a cirurgia, ressaltando a importância das avaliações ecocardiográfica e hemodinâmica invasiva. O caso demonstra mais um sucesso da alcoolização septal em um cenário adverso. Palavras-chave: alcoolização septal; cardiomiopatia hipertrofica; endocardite.



22507

Análise evolutiva de pacientes priorizados para transplante cardiaco com síndrome cardiorenal tipo I, Kdigo 5

IASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, MARCIA SANTOS DE JESUS, LUCIENE MARIA DE PÁDUA, SANDRIGO MANGINI, THALITA GONÇALVES DE SOUSA MERLUZZI, BIANCA DE CÁSSIA SABBION, GABRIELA CARDOSO CAMPOS DE LIMA, CIRO MANCELHA MURAD, BARBARA RUBIM, JOSE LEUDO XAVIER JÚNIOR, LUCAS TACHOTTI PIRES, ROBINSON POFFO, RANIERI MEIRELES ROCHA, FABIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é o tratamento padrão-ouro para pacientes com insuficiência cardíaca avançada e refratária ao tratamento clínico otimizado. A necessidade de hemodiálise é ainda uma contraindicação relativa para o TC isolado. A disfunção renal está associada ao aumento de mortalidade após TC e muitos centros transplantadores contraíndica o transplante não combinado, em pacientes que estão dependentes de hemodiálise. **Objetivo:** Descrever os resultados dos últimos 10 anos de pacientes transplantados cardíacos na nossa população que precisaram de hemodiálise, síndrome cardiorenal tipo I, Kdigo 5, que estavam em prioridade. **Métodos:** Foram avaliados todos os pacientes que realizaram TC no Hospital Israelita Albert Einstein (parceria público privada PROADI-SUS) entre os anos 2013 e 2023. Foram incluídos 208 transplantados de coração, sendo duas crianças e 6 transplantados-duplos (4 coração-pulmão / 2 coração-fígado). Analisamos o impacto da hemodiálise nos desfechos após o TC de receptores em prioridade. **Resultados:** Dos 208 pacientes a maioria era do sexo masculino 69,7% (n=145) e idade média dos receptores de coração foi de 49 anos. Dentre as etiologias a miocardiopatia dilatada foi a mais comum com 27% (n=56), seguida da miocardiopatia isquêmica 24% (n=50). Chagas representou 23% dos pacientes (n=49), somado as outras etiologias 25% (n=53). Estavam em insuficiência renal (Kdigo 5) 35 pacientes e desses 6 pacientes evoluíram a óbito. Após o TC a necessidade de hemodiálise no pós operatório foi observada em 93 pacientes, sendo que 21 pacientes evoluíram a óbito. Dos 72 pacientes que receberam alta e que em algum momento necessitaram de hemodiálise, 75% recuperaram a função renal. Dentre os pacientes que não recuperaram a função 4 necessitaram de TX renal a posteriori. Sendo que a mortalidade total foi de 7,2% em 30 dias. **Conclusão:** Apesar de ser alta a porcentagem de pacientes que necessitaram de hemodiálise a maioria deles recuperou a função renal antes da alta hospitalar, não sendo observado impacto na mortalidade total que continuou baixa, comparável aos maiores centros transplantadores do mundo. Palavras-chave: transplante cardíaco; hemodiálise; sobrevida.

22509

Acompanhamento após implantação da linha de cuidado de insuficiência cardíaca em uma rede de hospitais privados: relato de experiência

CAMILA GABRILAITIS CARDOSO, PEDRO BARROS, SANDRO BATISTA DE OLIVEIRA, GABRIEL MOREIRA FIGUEIREDO, MARIANA YUMI OKADA, DIEGO GARCIA, FÉLIX RAMIRES, MARCELO MONTEIRA, RICARDO MOURILHE ROCHA, GUSTAVO DUQUE, ANDRE VOLSCHAN, FABIOLA TRAVERSO DA MOTA, RENATA GARCIA P. DE SANTANA e RAQUEL BALDUINO.

Américas Serviços Médicos, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) pode ocorrer como consequência de qualquer doença que afete o coração, tendo uma prevalência bastante elevada na população. Atuar no gerenciamento do cuidado desses pacientes, torna-se relevante e estratégico dentro do contexto da saúde pública e privada. A linha de cuidado de Insuficiência Cardíaca consiste em promover todo o cuidado aos pacientes portadores desta doença. Caracterizando-se pela implantação de fluxos assistenciais, padronizações que descrevem rotinas, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Além de viabilizar a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência do acompanhamento após implantação da linha de cuidado de insuficiência cardíaca em uma rede de hospitais privados elencando facilidades e dificuldades. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de um processo de acompanhamento após implantação de linha de cuidado de Insuficiência Cardíaca em uma rede com 3 Hospitais privados localizados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro no período de janeiro a dezembro de 2022. **Resultados:** A linha de cuidado tem como objetivo promover uma melhor assistência aos pacientes com quadro clínico de Insuficiência Cardíaca. A implantação da Linha de Cuidado depende de fluxos e metas estabelecidas, dos recursos disponíveis, dos setores articulados, do envolvimento dos profissionais de saúde, das ações de formação profissional, da adequada gestão dos processos e do constante monitoramento. Para isto foram realizadas reuniões e visitas presenciais. Durante este processo a fase de identificação dos profissionais foi a que apresentou maior dificuldade pois necessitou de capacitação além de treinamentos das áreas envolvidas. Algumas mudanças foram necessárias como a fragmentação do cuidado e o entendimento sobre a doença. Com isso também foi possível perceber que o sucesso da implantação está relacionado ao engajamento dos profissionais envolvidos além de gestores e da direção da instituição. **Conclusão:** A experiência permitiu perceber que após a implantação, as equipes estão mais preparadas para receber este tipo de paciente e que o diálogo com profissionais de diferentes serviços proporcionou reconhecer as dificuldades e barreiras, além de permitir reconhecer a importância de se ter uma gestão participativa para obter sucesso na implantação da linha de cuidado em insuficiência cardíaca. Com isso espera-se obter bons resultados ao longo dos anos, proporcionando e mantendo uma assistência eficiente e de alta qualidade. Palavras-chave: linha de cuidado insuficiência cardíaca.

22511

Linha de cuidado de insuficiência cardíaca (IC): análise de indicadores de qualidade de hospitais nos estados de São Paulo, SP e Rio de Janeiro, RJ

CAMILA GABRILAITIS CARDOSO, PEDRO BARROS, SANDRO BATISTA DE OLIVEIRA, GABRIEL MOREIRA FIGUEIREDO, MARIANA YUMI OKADA, DIEGO GARCIA, FÉLIX RAMIRES, MARCELO MONTEIRA, RICARDO MOURILHE ROCHA, GUSTAVO DUQUE, ANDRE VOLSCHAN, FABIOLA TRAVERSO DA MOTA, RENATA GARCIA P. DE SANTANA e RAQUEL BALDUINO.

Américas Serviços Médicos, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A linha de cuidado de insuficiência cardíaca (IC) consiste em promover todo o cuidado necessário aos pacientes portadores dessa doença. A insuficiência cardíaca pode ser definida como uma síndrome caracterizada por falência do coração e incapacidade deste de propiciar suprimento adequado de sangue para atender às necessidades metabólicas dos tecidos. Atuar no gerenciamento do cuidado desses pacientes, da prevenção a reabilitação, torna-se relevante e estratégico dentro do contexto da saúde pública e privada. **Objetivo:** Fazer uma análise dos indicadores de qualidade da linha de cuidado em Insuficiência Cardíaca de Hospitais nos estados de São Paulo, SP e Rio de Janeiro, RJ. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo da análise dos indicadores de qualidade da linha de cuidado em Insuficiência cardíaca de 3 hospitais privados dos estados de SP e RJ no período de janeiro a dezembro de 2022. **Resultados:** Neste estudo foram analisados os indicadores de qualidade abaixo. **Conclusão:** Com a avaliação dos indicadores de qualidade foi possível observar que os resultados alcançados foram compatíveis com o perfil e volume destes hospitais. Sem quantificar a qualidade não é possível identificar as práticas que melhoram o atendimento. Percebemos a importância dos indicadores de qualidade em IC para conhecer o serviço, de forma a facilitar o planejamento de ações e tomadas de decisões que levem à melhoria da assistência à saúde. O uso dos indicadores permitiu medir os processos e com base nos resultados, tomar as decisões necessárias para a melhoria do serviço prestado. **Palavras-chave:** linha de cuidado; insuficiência cardíaca; indicadores de qualidade.

Indicadores de qualidade	SP	RJ 1	RJ 2	ASM
Tempo médio de permanência Hospitalar	9,5	8,3	7,8	8,5
Taxa de reinternação em até 30 dias após a alta hospitalar	16,10%	6,80%	7,60%	11,2%
Taxa de mortalidade em pacientes internados	5,50%	7,40%	5,90%	6,2%

22523

Distribuição da demanda das diversas dosagens de carvedilol ao longo de 17 anos: análise do histórico de dados de mercado

ANTONIO CARLOS AMEDEO VATTIMO, FLAVIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, RAFAEL MAGALHÃES COSTA, VITOR MARTINS PINHEIRO, ANDREIA ARAÚJO SANTOS, GABRIELA PACHECO DE OLIVEIRA, MELISSA LIMA SANCHES, JANA DE AMEIXA VALENTIM FONSECA e STEVIN ZUNG.

Aché Laboratórios Farmacêuticos, Guarulhos, SP, BRASIL.

Fundamento: Os betabloqueadores (BBs) são recomendados pelas diretrizes clínicas como tratamento classe I de recomendação para pacientes com insuficiência cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida (ICFER). Os BBs exercem papel fundamental no tratamento, resultando no remodelamento reverso do ventrículo esquerdo de maneira dose-dependente, mecanismo hipotetizado para mediar o benefício de mortalidade com esses agentes, e além disso, benefícios dependentes de dose relacionam-se à melhora da função ventricular, redução de risco de hospitalizações e mortalidade por todas as causas. Carvedilol é o BB mais utilizado nestas indicações sendo preconizado que se atinja a dose alvo de 50mg/dia para a maioria dos casos. Embora os benefícios da terapia estejam bem estabelecidos, evidências demonstram que, mesmo quando os BBs são prescritos e iniciados, menos da metade dos pacientes atingem a dose alvo, permanecendo subdosados, fato que pode comprometer de maneira importante o sucesso do tratamento. **Objetivo:** Avaliar a distribuição unitária das diferentes dosagens de carvedilol ao longo do tempo e estabelecer uma correlação entre a distribuição da demanda das doses e a recomendação de atingimento da dose-alvo de tratamento. **Métodos:** Foram utilizados dados retrospectivos de demanda de unidades do mercado. Os dados de 2006 a 2017 foram levantados através da base histórica de arquivo interno do Laboratório Aché e os dados de 2017 a 2022 foram extraídos da base IQWIA PMB Dez'22. **Resultados:** A análise dos dados totais considerou o período total de 2006 a 2022. Para efeito de comparação, o período foi dividido em três tercís (2006-2010, 2011-2015 e 2016-2022), conforme tabela. A análise dos dados do tercil 2016-2022 mostra elevação da média de demanda relativa às doses de 12,5mg e 25,0mg de carvedilol em comparação aos tercís 2006-2010 e 2011-2015. A análise da média de demanda das diferentes doses de carvedilol mostra mudança no padrão de distribuição média das doses no período de 2016-2022 comparado aos períodos anteriores, com inversão do predomínio da distribuição das doses, passando a haver maior participação das doses de 12,5mg e 25,0mg em comparação às doses de 3,125mg e 6,25mg. **Conclusão:** A mudança da participação percentual das doses de 12,5mg e 25,0mg reflete sua maior utilização nos últimos seis anos, sugerindo maior possibilidade de utilização da dose-alvo recomendada. Tal observação pode ser consequência de múltiplos fatores. A publicação de novas diretrizes, a maior difusão de informações relacionadas à necessidade de atingimento de dose-alvo e a melhor compreensão do tratamento da ICFER podem estar entre os fatores motivadores para a obtenção de tal mudança ainda que a mesma mostre-se ainda parcial. **Palavras-chave:** Carvedilol; distribuição; demanda comercial; doses; mercado.

	2006-2010 %	2011-2015 %	2016-2022 %
3,125mg	31,70	26,1	21,79
6,25mg	31,64	30,64	27,07
12,50mg	22,18	23,42	26,47
25,00mg	14,58	19,86	24,64

22512

Avaliação genética de pacientes com diagnóstico clínico de cardiomiopatia dilatada

SILAS RAMOS FURQUIM, FERNANDO RABIOGLIO GIUGNI, EMANUELLE LEONILIA MARQUES, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA, MARJORIE HAYASHIDA MIZUTA, NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI, LAYARA FERNANDA VICENTE PEREIRA LIPARI, MARIANA CARVALHO, BRUNO DE OLIVEIRA STEPHAN, BIANCA DOMIT WERNER LINNENKAMP, LUCIANA SACILOTTO, LUCIANO NASTARI, FÁBIO FERNANDES e JOSÉ EDUARDO KRIEGER.

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

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é uma etiologia relativamente comum de insuficiência cardíaca, com uma prevalência de 1/250 a 1/2500 na população em geral, sendo a principal causa de transplante cardíaco em todo o mundo. Quando a etiologia da CMD não é bem definida, a investigação genética é relevante e recomendada, e os estudos mostram um rendimento de até 40%. **Objetivo:** O objetivo deste estudo observacional foi caracterizar a população de pacientes com CMD avaliados geneticamente em uma amostra de um serviço terciário de cardiologia. **Métodos:** Analisamos 75 pacientes com CMD que foram submetidos ao teste de sequenciamento de exoma. Foram comparadas as características clínicas, laboratoriais e de exames complementares entre os pacientes com alguma variante genética patogênica ou provavelmente patogênica identificada em gene associado a CMD (genótipo positivo) e aqueles com genótipo negativo. Utilizamos para comparações os testes t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e exato de Fisher quando apropriados. **Resultados:** A coorte foi composta por 75 pacientes com idade média de 49,5 anos ($\pm 1,6$) e idade ao diagnóstico de 44 anos ($\pm 2,0$). Dos pacientes, 60% eram do sexo masculino, 52% de raça branca, 56% com história de cardiopatia na família e 29% com história de morte súbita na família. Dos pacientes, 44% estavam em NYHA I e II, e a fração de ejeção média foi de 35,6 ($\pm 1,7$). Foram encontradas variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas em 19 pacientes, representando uma positividade para o teste genético de 25%. As variantes mais frequentemente encontradas estavam no gene da Titina (37%). Na comparação entre os grupos, os pacientes com genótipo positivo apresentaram uma maior FE ($36,0 \pm 5,1$ x $35,1 \pm 2,7$; $p = 0,013$) e menor duração do QRS [102 (92-136) x 104 (94-157); $p = 0,023$] em comparação aos pacientes com genótipo negativo. **Conclusão:** Este estudo mostrou que a avaliação genética de uma amostra de pacientes com CMD em serviço terciário apresentou positividade de 25% com a análise do sequenciamento de exomas. A incorporação dos resultados de testes genéticos permanece um desafio em nosso meio e contribuirá para individualização do tratamento e identificação de familiares sob risco. **Palavras-chave:** cardiomiopatia dilatada; genética.

22525

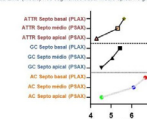
Avaliação da rigidez miocárdica por elastografia cardíaca por onda de cisalhamento em pacientes com amiloidose cardíaca

NATALIA DE MELO PEREIRA, ARISTOTELES COMTE DE ALENCAR NETO, CAIO REBOUÇAS FONSECA CAFEZEIRO, BRUNO VAZ KERGES BUENO, FÁBIO FERNANDES, FERNANDO LINHARES PEREIRA, JOÃO HENRIQUE RISSATO, FELIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES, WILSON MATHIAS JUNIOR, CARLOS EDUARDO ROCHITTE e ROBERTO KALIL FILHO.

Incor, Instituto do Coração do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - InRad, Instituto de Radiologia do HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Acometimento cardíaco (AC) na amiloidose transtirretina hereditária (ATTRh) ocorre por deposição de fibrilas amiloides no coração, resultando em enrijecimento e disfunção diastólica. Elastografia por ondas de cisalhamento é uma maneira não invasiva e sem emissão de radiação ionizante que avalia quantitativamente a rigidez tecidual, componente passivo da diástole. **Objetivo:** Avaliar rigidez miocárdica por meio da elasticidade miocárdica diastólica (EMD), em pacientes ATTRh com, sem AC e grupo controle (GC). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Prospectivo, transversal, 60 pacientes divididos em 3 grupos: ATTRh com AC (n:20), ATTRh sem AC (n:20) e GC (n:20). EMD foi avaliada na parede septal do ventrículo esquerdo (VE) (segmentos basal, médio e apical) e na parede livre do ventrículo direito (VD). Submetidos também ECO-2D, ECG, Troponina, BNP, teste de caminhada e cintilografia (PYP-99m TcM). Dados foram analisados a partir de uma ANOVA de uma via, verificando a rigidez miocárdica, aferida pela EMD, entre os 3 grupos. As comparações pareadas foram ajustadas na técnica Tukey. **Resultados:** EMD foi um fator significativo para distinção entre os grupos ao ser analisada no septo basal PLAX ($p=0,013$), septo basal PSAX ($p=0,03$) e na parede livre do VD PLAX ($p=0,004$). Segmento apical apresentou rigidez similar entre os grupos, sugerindo padrão de preservação da EMD. No post hoc, EMD na região basal foi maior entre grupo ATTRh com AC do que no grupo controle, porém sem diferença significativa entre ATTRh com AC e ATTRh sem AC, sugerindo que esse último grupo apresenta valores intermediários entre paciente doente e paciente saudável. A EMD no VD no ATTRh com AC foi maior que os outros dois grupos (tabela 1 e figura 1). Em modelo de regressão, os resultados indicam que 17,2% da variância da EMD pode ser atribuída ao grau de captação em 3 horas na PYP-99m TcM ($R^2=0,172$, $F(1-36) = 7,2$, $p<0,011$), estimando-se pela equação: $\text{captação-3h} = 0,91 + 0,078 \times \text{EMD}$. **Conclusão:** Rigidez miocárdica está aumentada em ATTRh com AC, apresentando um padrão decrescente de rigidez no sentido apex, sugerindo padrão de preservação apical. Elastografia cardíaca apresenta potencial para ser uma ferramenta importante na avaliação do acometimento cardíaco na amiloidose sistêmica. **Palavras-chave:** amiloidose cardíaca; elastografia; elasticidade miocárdica diastólica.

Figura 1. Variação da EMD (média) nos segmentos basal-médio-apical no grupo AC, ATTRh e GC.



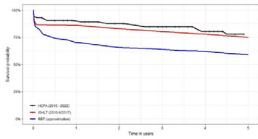
22534

Can low volume heart transplant centers reach benchmark-international outcomes?

LAURA HASTENTENUFEL, FERNANDO SCOLARI, LETICIA ORLANDIN, ALINE MANCUSO, JANAINA PRATES, MARINA SCHERER, DIEGO NUNES, VINICIUS DAUDT, MARCELO GIB, LUIZ H DUSSIN, ALVARO ALBRECHT, RAFAELLA NAZARIO, TULIO TONNETTO, NADINE CLAUSELL and LIVIA A GOLDRACH.

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

Background: Improving outcomes is a major challenge among heart transplant (HT) programs, specially in low volume centers that may have higher mortality rates. **Objective:** To evaluate mid-term survival among HT recipients from a low volume center in Brazil following an in-depth restructuring process according to international HT guidelines and to compare them with national (Brazilian Association for Organ Transplant, RBT) and international (International Society for Heart and Lung Transplantation, ISHLT) registries. **Methods:** All consecutive HT recipients older than 14 years between June/2015-December/2022 from a single transplant center were reviewed. A web-based software (WebPlot Digitizer) was used to compare survival curves from national and international registries to our database. **Results:** Eighty four HT recipients were included (11.2 HT/year). No retransplants were performed during the study period, and only one patient underwent a multiorgan transplant (heart-kidney). Mean age of patients was 50±14 years, 63% were male, and 54% had non-ischemic dilated cardiomyopathy. Eight patients (10%) had a previous sternotomy, and 66% were in INTERMACS <3 at the time of HT. Allograft ischemic time was 280±63 minutes. Index hospital mortality rate was 7.1%. Median follow-up was 4.4 years. Post-transplant survival was 94% at 30 days, 90.4% at 1 year and 77.5% at 5 years. Figure depicts a visual comparison of our center survival (HCPA) to RBT and ISHLT outcomes. **Conclusion:** Short and mid-term survival in our cohort was similar to benchmark national and international registries. Applying international guideline-directed protocol and using a patient-centered approach may be instrumental to improve survival in low volume HT centers. **Key-words:** transplante cardíaco; mortalidade.



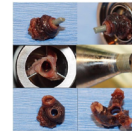
22539

Troca de Heart Mate 2 por trombose de Bomba, 8 anos de sobrevida

MARCELO WESTERLUND MONTERA, GUILHERME LEVY LAMELLA, MARCELO RAMALHO, LIGIA NERES, ALEXANDRE SICILIANO, ARNALDO RABISCHOFFSKY, FERNANDO RODRIGUES e BRUNO MARQUES.

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

Fundamento: O Heart Mate 2 (HM II) é um device de assistência ventricular (LVAD) indicado para insuficiência cardíaca avançada terminal. Ele é posicionado pela técnica transapical, realizando fluxo laminar a partir de uma bomba axial que impulsiona o sangue para o sistema arterial. No seguimento é necessário inúmeros cuidados entre eles a anticoagulação para evitar que tenha intercorrências como trombose de bomba. **Relato de caso:** M.M.G, feminina, 60 anos, internou em agosto de 2015 para o implante do HM II por insuficiência cardíaca terminal devido ao miocárdio não compactado. Não apresentou intercorrências no pós-operatório. Novembro de 2015, apresentou sangramento gastrointestinal, em uso de aspirina e cumarínico. Internou com INR de 3,4, hemoglobina de 6,4g/dl e desidrogenase láctica (LDH) em 700U/L, interrompido as medicações. Investigado com endoscopia, úlceras no ceco e cólon descendente. Dias depois, a paciente iniciou uma heparina venosa com retorno de cumarínico e aspirina. Na vigência desses, apresentou afasia e hemiparesia do braço direito, confirmado acidente vascular cerebral pela angiografia com trombo na artéria cerebral média. O ecocardiograma mostrou abertura da válvula aórtica, LVAD com velocidade de 9800 rotações por minuto (rpm), desvio do septo intraventricular em direção ao ventrículo direito e resistência ao fluxo no conduto de Inflow. Quando a velocidade do LVAD foi para 10.000 rpm, a válvula aórtica abriu menos e o ventrículo esquerdo diminuiu. A angiotomografia não mostrou nenhum trombo nos condutos de Inflow ou Outflow, contudo o LDH do paciente havia aumentado para 1760 U/L. O neurologista havia melhorado e o nível de LDH se estabilizou em 1100U/L. Após discussão multidisciplinar, o LVAD foi trocado pela técnica de substituição subcostal, devido a possível trombose em dezembro de 2015. Um exame da Seção de Entrada do Tubo de Sangue revelou um grande anel de trombo desaturado aderido a câmula de "inflow". O trombo evidenciava estratificação laminada, indicando formação de tempo indeterminado enquanto a bomba estava operando. O exame da câmula de "outflow" revelou uma grande deposição não laminada situada ao redor da esfera do rolamento de saída e entre as lâminas do estator. A falta de camadas laminadas sugere que a deposição não se desenvolveu na câmula de "outflow". A formação de trombos na bomba contribuiu para os sinais clínicos de hemólise e na resistência adicional no Rotor giratório, contribuindo para as elevações na rotação. O paciente está vivo e ativo em nosso programa de reabilitação cardíaca. **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar é essencial para tomada de decisão no tempo adequado, a incisão subcostal foi importante para a boa evolução no pós-operatório. A paciente está no oitavo ano após o implante do dispositivo, sem demais intercorrências. **Palavras-chave:** Troca Heart Mate 2; trombose de Bomba 8 anos; sobrevida.



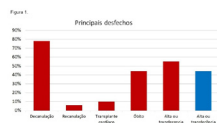
22543

Resultados do uso de ECMO venoarterial no manejo do choque cardiogênico em hospital no sul do país: é possível alcançar benchmark internacional?

LEONARDO HENNIG BRIDI, FERNANDA BANDEIRA DOMINGUES, FERNANDO LUIS SCOLARI, CLARISSA BOTH, RAQUEL MIRANDA, RAFFAELA DE ALMEIDA NAZARIO, DIEGO SILVA LEITE NUNES, TULIO TONNETTO, VINICIUS DAUDT MORAIS, ALVARO ALBRECHT, LUIZ HENRIQUE DUSSIN, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

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

Fundamento: O uso de membrana de oxigenação extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) como suporte cardiopulmonar tem sido crescente em pacientes em choque cardiogênico de diferentes etiologias. No Brasil, seu uso ainda é limitado, especialmente em hospitais públicos, o que pode dificultar o desenvolvimento de experiência e a consequente obtenção de bons desfechos. **Objetivo:** Apresentar os resultados do programa de ECMO-VA para manejo de choque cardiogênico de diferentes etiologias nos últimos dez anos em hospital público do Rio Grande do Sul e comparar com desfechos internacionalmente relatados. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva dos pacientes com choque cardiogênico tratados com suporte circulatório mecânico com ECMO-VA entre janeiro/2013 e janeiro/2023 em hospital público e universitário. Complicações e desfechos clínicos foram coletados, e as taxas reportadas pelo Registro ELSO em 2022 foram consideradas como referência internacional. **Resultados:** Foram incluídos 47 pacientes consecutivos que receberam suporte com ECMO-VA no período avaliado, totalizando 50 suportes. Os pacientes tinham idade mediana de 54 (40,62) anos e eram predominantemente do sexo masculino 34 (72%). As causas do choque cardiogênico foram pós-infarto agudo do miocárdio 16 (34%), pós-transplante cardíaco 14 (28%), pós-cardiotomia 6 (12%), insuficiência cardíaca crônica agudizada 7 (15%), tromboembolismo pulmonar maciço 2 (4%), miocardite 2 (4%) e outros em 3 (6%). Em 38 (76%) pacientes, a indicação de suporte foi ponte para recuperação. As principais complicações observadas foram: óbitos 21 (45%), infecção 24 (48%), sangramento 13 (26%), necessidade de diálise 34 (68%), vasculares 19 (38%), neurológicas 6 (12%) e relacionadas ao circuito 3 (6%). Quanto aos desfechos observados, 39 (78%) pacientes foram decanulados. Transfêrencia ou alta hospitalar foi observada em 26 (55%) pacientes, comparando-se favoravelmente àquela reportada pelo Registro ELSO (45%), Figura 1. **Conclusão:** Apesar das dificuldades no Brasil, é possível atingir desfechos semelhantes aos internacionais com o uso de ECMO-VA em pacientes com choque cardiogênico refratário. Estratégias indutivas para que determinadas instituições centralizem experiência em tecnologias de alta complexidade cardiovascular devem nortear políticas públicas de implementação de inovação em saúde. **Palavras-chave:** oxigenação por membrana extracorpórea; choque cardiogênico.



22545

Relação entre o aumento da obesidade e o número de internações por insuficiência cardíaca no Brasil, no período de 2019 a 2022

CHRISTIAN GONÇALVES SASSAKI, FERNANDA HANADA BALTAZAR HARADA e KAREN CRISTIANE PERERIA DE MORAIS.

Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP, BRASIL - Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) e a obesidade estão intimamente ligadas, pois 80% dos pacientes com IC são obesos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2020, 25,9% da população apresentava obesidade e, além disso, cerca de 10% dos pacientes internados com IC vão a óbito devido ao quadro. Assim, entende-se que analisar a relação entre o aumento da obesidade e o número de internações por insuficiência cardíaca no Brasil é importante, já que pacientes obesos possuem um risco duas vezes maior de desenvolverem IC. Ademais, no período analisado, entre 2019 e 2022, é possível comparar os dados pré-pandemia da Covid-19, durante a pandemia e pós-pandemia. **Objetivo:** Analisar a relação entre o aumento da obesidade e o número de internações por insuficiência cardíaca no Brasil, no período de 2019 a 2022. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, descritivo e epidemiológico. Para coleta de dados foi utilizado o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), via TABNET, no período de abril de 2023. As variáveis coletadas foram: internações por ano atendimento, por insuficiência cardíaca e taxa de obesidade, segundo região brasileira, entre os anos de 2019 e 2022. **Resultados:** No período em questão (2019-2022) foram notificados 722.020 internações por IC no Brasil. Observou-se 199.858 internações em 2019, 167.374 em 2020, 167.618 em 2021 e 187.170 em 2022. Portanto, ao analisar os dados, percebeu-se que houve uma queda nas notificações da IC de 19,4% entre o ano antecedente à pandemia (2019) e o primeiro ano de pandemia (2020), demonstrando que esse evento impossibilitou a notificação da doença, por conta do isolamento social e do medo da população em se expor a Covid-19. Em 2022, com o afrouxamento do isolamento social, pela evolução da prevenção da Covid-19, os valores aumentaram 11,66%. Já que voltaram a crescer as taxas de notificação da IC e, além disso, houve um aumento na taxa de obesidade, de 20,27% (2019) para 22,35% (2021), ou seja, os números aumentaram em sincronia, demonstrando uma ligação entre a IC e a obesidade. **Conclusão:** A análise da relação entre o aumento da obesidade e o número de internações por insuficiência cardíaca no Brasil, no período de 2019 a 2022 se mostrou importante, sendo a obesidade um fator de risco para o desenvolvimento de IC e, esta, uma causa crescente de morte no país. Assim, analisar os valores de tal doença entre o ano anterior à pandemia e nos anos de pandemia da Covid-19 é significativo. Portanto, obteve-se dados importantes sobre as internações por IC no Brasil associados com as taxas da obesidade, que mostraram como as subnotificações dos casos foram relevantes à análise das internações, ao comparar juntamente com os dados sobre a obesidade. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; obesidade; Brasil.

22546

Acurácia do Escore MAGGIC para predição de mortalidade pós-alta em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada em hospital quaternário do Rio de Janeiro

ANDRE LUIS SALES FEITOSA, CAROLINA PEREIRA DE BARROS, BRUNO REZNIK WAJSBROT, RICARDO MOURILHE ROCHA, ANA LUIZA FERREIRA SALES, DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA, FELIPE NEVES DE ALBUQUERQUE, MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT, PEDRO PIMENTE DE MELLO SPINETI, DENILSON CAMPOS DE ALBUQUERQUE e ROBERTO ESPORCATE.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome com alta prevalência em todo mundo. Descompensações agudas possuem impacto negativo na sobrevida. Escores de risco de mortalidade intra-hospitalares são validados, mas a estratificação pós-alta específica para pacientes descompensados não é bem descrita. O escore MAGGIC foi desenvolvido para prever a mortalidade de longo prazo em pacientes ambulatoriais. **Objetivo:** Avaliar a associação do escore MAGGIC e demais fatores associados a mortalidade pós-alta em pacientes internados por IC descompensada. **Definimento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo observacional transversal, unicêntrico. A população consistiu em pacientes hospitalizados por IC descompensada maiores de 18 anos internados. Foram excluídos pacientes em terapia de substituição renal antes da admissão ou câncer em cuidados paliativos. **Resultados:** Entre 2019 e 2021 foram incluídos 304 pacientes, com média de idade de 63 anos. 56,6% eram homens, 75,7% foram classificados como Insuficiência Cardíaca Crônica Descompensada enquanto 24,5% foram classificados como Insuficiência Cardíaca Aguda. Desse total, 68,6% eram portadores de Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida, 52% eram portadores de disfunção de ventrículo direito, 31% eram portadores de doença cardíaca isquêmica, e a principal comorbidade encontrada foi a hipertensão, presente em 62% dos pacientes. O escore MAGGIC pôde ser calculado em quase 80% dos pacientes. A taxa de mortalidade em trinta dias, seis meses e um ano após alta foi 17,8%, 30,3% e 45,4%, respectivamente. O escore MAGGIC foi associado a mortalidade pós-alta com uma razão de risco de 1,06 (IC 95% 1,025-1,098, $p < 0,001$). O modelo exploratório usando sexo, taxa de filtração glomerular, níveis séricos de uréia e disfunção de ventrículo direito mostram que as duas últimas variáveis se associaram com maior mortalidade pós-alta. **Conclusão:** Nosso estudo concluiu que o escore MAGGIC, a presença de disfunção de ventrículo direito e níveis séricos elevados de uréia na admissão estão associados a mortalidade pós-alta em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; insuficiência cardíaca descompensada; MAGGIC; IC; ICD; ICC; escore.

22548

Caracterização ecocardiográfica em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica em uma população brasileira

GEORGINA DEL CISNE JADAN LUZURIAGA, JULIANO NOVAES CARDOSO, EDMUNDO ARTEAGA FERNANDEZ, VIVIANE TIEMI HOTTA, BARBARA MARIA IANNI, LUCIANO NASTARI, FÉLIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES, MARCELO LUIZ CAMPOS VIEIRA e FABIO FERNANDES.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença fenotipicamente heterogênea caracterizada por hipertrofia miocárdica não explicada por alguma condição sistêmica ou metabólica. No adulto, o diagnóstico está definido pela espessura máxima ≥ 15 mm em qualquer localização do ventrículo esquerdo e ≥ 13 mm em familiar de primeiro grau de paciente com diagnóstico de CMH. Um dos exames mais utilizados na avaliação e seguimento é o ecocardiograma transtorácico (ETT), o mesmo fornece informações que permitem caracterizar os pacientes com CMH. **Objetivo:** Avaliar as características ecocardiográficas dos pacientes com CMH, grau e localização da hipertrofia e percentual das formas obstrutivas. **Definimento e Métodos:** O estudo foi unicêntrico, descritivo, de coorte retrospectiva, em centro de referência nacional, especializado em cardiomiopatias, no período de 2003 a 2022. Critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de CMH, ≥ 18 anos de idade e com pelo menos um ETT da instituição. Critérios de exclusão: portadores de próteses valvulares, antecedentes de valvuloplastia mitral, terapia de redução septal ou transplantados cardíacos e presença de outras cardiomiopatias. **Resultados:** Foram selecionados um total de 1254 pacientes adultos com diagnóstico de CMH, cuja idade média foi de 54,6 anos (16,5), sendo 52,2% do sexo masculino. A hipertrofia foi assimétrica em 88,6% dos casos (1111/1254) e com localização septal em 85,2% (1068/1254). A média da hipertrofia septal foi 22,2mm (7,8), sendo que 54 pacientes (5,1%) apresentaram septo ≥ 30 mm. O ecocardiograma também revelou as seguintes médias: diâmetro do átrio esquerdo de 37,7mm (8,6), diâmetro diastólico do VE de 38,6mm (9,3) e sistólico de 23,3mm (7,1) e FEVE de 72% (8,4). A CMH obstrutiva (GVSVE ≥ 30 mmHg) foi evidenciada em 30,4% (381/1254) e o SAM estava em 30,4% (377/1254) da população total. **Conclusão:** O estudo revelou que nesta coorte de CMH, a maioria dos pacientes apresentaram a forma assimétrica. A hipertrofia localizada na região septal foi a mais frequente. A forma obstrutiva e a presença de SAM foram evidenciadas em 30,4% da população estudada. **Palavras-chave:** cardiomiopatia hipertrófica; hipertrofia septal assimétrica; ecocardiografia; movimento sistólico anterior; obstrução da saída do ventrículo esquerdo.

22549

Evolução do ganho de capacidade funcional de um programa de reabilitação em insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida

GABRIELA ZANUSSI BARRETO ALVES, RAQUEL YURI MORI, BIANCA SPROVIERI MORAES, FELIPE LOPES MALAFAIA, PEDRO GABRIEL MELO BARROS E SILVA e ENÉAS ANTONIO ROCCO.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tem prevalência crescente e se associa a significativa morbidade e mortalidade. O comprometimento funcional e a baixa tolerância ao exercício são comuns nos pacientes com IC, sendo fatores de risco de pior prognóstico nessa população. A prática regular de exercícios é uma modalidade terapêutica capaz de reverter os mecanismos fisiopatológicos na IC. O equivalente metabólico da tarefa (MET) é utilizado para padronizar e comparar o gasto energético dos exercícios físicos executados e pode ser diretamente correlacionado com as atividades de vida diária. **Objetivo:** Este trabalho buscou identificar através da prescrição do treino e da sua progressão ao longo do programa, a evolução dos pacientes em METs. **Métodos:** Foi realizada a revisão dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de IC de fração de ejeção reduzida de diferentes etiologias admitidos ao programa de reabilitação cardiopulmonar entre janeiro de 2022 e janeiro de 2023. Esses pacientes realizaram um programa de doze semanas, com duas sessões de exercício por semana e duração de uma hora, compostas por treino aeróbico em esteira e treino de força muscular. A progressão da velocidade e inclinação serviram de base para o cálculo do consumo de oxigênio e este transformado em METs ($1 \text{ MET} = 3,5 \text{ ml/kg} \cdot \text{min}^{-1}$). O treino dos pacientes foi prescrito com base no teste cardiopulmonar de exercício e demais testes funcionais realizados no início do programa. A progressão da intensidade do treino foi baseada na frequência cardíaca (FC) e na tolerância do paciente pela escala de Borg. Foram excluídos do estudo os pacientes que tinham IC com fração de ejeção (FE) preservada, bem como os que não concluíram o programa. **Resultados:** Vinte e um pacientes com ICFe foram incluídos no estudo, com idade média de $61,2 \pm 12,6$ anos, 63,6% do sexo masculino, 68% com etiologia isquêmica e 9% etiologia valvar. A média inicial dos treinos foi de $4,3 \pm 1,1$ METs e de $6,6 \pm 1,5$ METs na última sessão de treino, representando um ganho total de 53,40% ($P < 0,01$). A maior evolução foi observada no primeiro mês de treino com ganho de 30,2%. No segundo e terceiro mês os ganhos foram de 7,1% e 10% respectivamente. Todos os pacientes apresentaram ganho de capacidade funcional com o programa, tendo o ganho variado de 19,1% a 97%. A FC média demonstrou elevação de 13,7% com o transcorrer do programa. **Conclusão:** Os pacientes portadores de IC que concluíram o programa de reabilitação tiveram importante ganho funcional medido pela evolução dos METs em treino, principalmente no primeiro mês. A elevação da FC média durante os treinos sugere uma limitação periférica inicial, justificada por FC baixa na primeira avaliação, que aumenta durante os treinos pela melhora dessa condição. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; fração de ejeção reduzida; gasto energético; capacidade funcional.

22553

Associação entre sarcopenia e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

VALÉRIA GONÇALVES DA SILVA GONÇALVES DA SILVA, THAISA SARMENTO DOS SANTOS, GABRIELLA CASSINO SILVINO, LUCAS ARAÚJO DE CARVALHO, KATIA MARTINS DE MOURA BARBOSA, ISABELLE GEANIZELLE SANTANA, GABRIELLA PIUMBINI DOS SANTOS, ANA CAROLINA PEREIRA SILVA, GUILHERME HENRIQUE DE LIMA BASTOS, PABLO MARINO CORRÊA NASCIMENTO, LUIZ FERNANDO RODRIGUES JUNIOR, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI e HELENA CRAMER VEIGA REY.

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

Fundamento: Insuficiência cardíaca (IC) é determinada como uma síndrome complexa resultante de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou da ejeção de sangue, e que evolui com elevada mortalidade, comparável a vários tipos de doenças neoplásicas, e importante redução da qualidade de vida. A presença de dinapenia e sarcopenia está associada com reduzida força muscular respiratória, condição aeróbica e ineficiência ventilatória em indivíduos com insuficiência cardíaca com fração de ejeção diminuída, tendo impacto negativo sobre a qualidade de vida. **Objetivo:** Os objetivos desse estudo foram avaliar e associar a qualidade de vida e presença sarcopenia de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, atendidos no ambulatório de um hospital quaternário. **Definimento e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado através de análise de prontuário, avaliação da qualidade de vida por meio do questionário EQ-5D, aferição da Força de Preensão Manual (FPM) por dinamometria, Velocidade de marcha (VM) pelo teste de caminhada de 4 metros (TC4m) e aplicação do questionário SARC HF. Os critérios de elegibilidade foram: fração de ejeção do ventrículo esquerdo abaixo de 40% por Simpson, idade acima de 18 anos, em tratamento ambulatorial. **Resultados:** Na amostra de 51 pacientes (80,4% se sexo masculino e 19,6% de sexo feminino sendo a incidência de sarcopenia de 16,68%. Após verificar a distribuição não normal da amostra através do teste de Shapiro-Wilk, observamos que a mediana do EuroQol doa pacientes com sarcopenia foi de 0,461 e a mediana do EuroQol dos pacientes sem sarcopenia foi de 0,754 com uma diferença estatística importante aferida pelo teste U de Mann-Whitney com p valor de 0,001. **Conclusão:** A presença de sarcopenia tem impacto direto na qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Cardíaca e ações para prevenção e tratamento desta condições devem ser implementadas no plano de cuidado do paciente com IC. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; sarcopenia; qualidade de vida.

22555

Avaliação do perfil e desfechos de pacientes admitidos em baixo débito cardíaco com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

BÁRBARA REIS TAMBURIM, TALITA FRANCO SILVEIRA, JULIANA MENDONÇA DUARTE, PRISCILA MARIA GABOS, LARISSA SILVA DALL AQUA, CINTYA PEREIRA DA COSTA RAMOS, CAROLINE RUSSO, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, BRUNO BISELLI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO e ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO.

Hospital do Coração, HCor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de hospitalização em adultos no Brasil. De acordo com os perfis clínico-hemodinâmicos, é possível estabelecer um racional para o manejo da IC descompensada, individualizando o tratamento a ser instituído, objetivando redução de tempo de internação e de mortalidade. Registros prévios demonstram que cerca de 20% dos pacientes admitidos por IC apresentam-se com sinais de congestão associado a baixo débito cardíaco (frio-congesto) e perfil hemodinâmico C; e apresentação de pior prognóstico. **Objetivo:** Avaliar as características e desfechos de pacientes com IC descompensada com fração de ejeção reduzida admitidos em perfil hemodinâmico C e que são acompanhados durante dois anos por um programa de tratamento multidisciplinar. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes internados por IC descompensada em um hospital privado de referência no atendimento cardiológico de São Paulo sendo levantadas as internações de janeiro de 2018 a março de 2023. Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). **Resultados:** Nesse período tiveram 846 internações por IC descompensada que foram admitidos pelo pronto socorro, sendo que em 618 foi possível encontrar documentado o perfil hemodinâmico na admissão. Dessas, 40 (4,7%) foram classificadas como perfil C. A média de idade foi de 71±12,9 anos, média do tempo de internação de 21,7±26,1 dias, média da FEVE 26,8±6,5% e 73,5% eram do sexo masculino. A mediana dos exames laboratoriais na entrada foram: NTproBNP 16600mg/dL sódio 136mmol/L e creatinina 2,16mg/dL. Em relação aos antecedentes pessoais, 91,2% eram hipertensos, 67,6% dislipidêmicos, 47,1% diabéticos, 26,5% com fibrilação atrial, 41,2% com infarto agudo do miocárdio prévio, 47,1% com insuficiência renal crônica e 26,5% com história de acidente vascular cerebral prévio. Quanto às etiologias predominantes: isquêmicas (55,9%), idiopática (11,8%) e valvar (11,8%). Passagem por terapia intensiva ocorreu em 37 (92,5%) internações, 33 (82,5%) utilizaram inotrópico, 7 (17,5%) vasopressor e 6 (15%) precisaram de diálise na internação. Dessas 40 internações, 4 eram de pacientes que readmitiram mais de uma vez em perfil C, portanto, de 34 pacientes acompanhados, 8 (23,5%) morreram na mesma internação e 10 (29,4%) morreram após a alta no período de acompanhamento, totalizando 18 (53%) óbitos. Das 32 internações que tiveram alta hospitalar, ocorreu readmissão em até 30 dias em 7 (21,9%) pacientes. **Discussão:** Apesar da literatura trazer em torno de 20% dos pacientes apresentarem perfil C, identificamos uma porcentagem baixa na nossa instituição de 4,4%. A mortalidade desse público na internação foi de 23,5%, com NTproBNP na entrada elevado e FEVE bastante reduzida. **Conclusão:** Mesmo sendo uma porcentagem baixa de pacientes admitidos em perfil C, a mortalidade continua elevada e esses pacientes são submetidos a tratamentos intensivos e prolongados. Acreditamos que a procura de atendimento médico precoce possa contribuir para minimizar as complicações nesse grupo de pacientes. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; baixo débito cardíaco; fração de ejeção reduzida.

22558

Rara apresentação de rabdomioma em paciente com complexo esclerose tuberosa: relato de caso

MARÍLIA TAILY SOLIANI, MARIA ROSA QUADRADO MATOS, ANNA CHRISTINA RIBEIRO, ANA CRISTINA TANAKA, NANA MIURA, FÁBIO FERNANDES e VIVIANE TIEMI HOTTA.

Instituto do Coração de São Paulo, Hospital das Clínicas, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O Complexo Esclerose Tuberosa (CET) é uma doença genética rara caracterizada pela presença de tumores benignos acometendo principalmente o sistema nervoso central, pele, rins, coração, olhos e pulmão. Em relação às alterações cardíacas, apresenta-se na forma de rabdomiomas, que são os tumores cardíacos mais prevalentes na população pediátrica. Na maioria dos pacientes, os rabdomiomas são assintomáticos, mas podem tornar-se sintomáticos logo após o nascimento ou no primeiro ano de vida. Apresentam tamanho bastante variável e são múltiplos em 90% dos casos, geralmente localizados de forma intramiocárdica nos ventrículos. A maioria dos rabdomiomas regride espontaneamente durante o primeiro ano de vida. Porém, há relatos de recorrência no final da infância e adolescência sugerindo a possibilidade de influência hormonal. **Relato de caso:** B.E.F., sexo feminino, 28 anos, com história de déficit cognitivo e epilepsia desde a infância teve o diagnóstico de Complexo Esclerose Tuberosa (CET) aos 9 anos de idade, sendo encaminhada para avaliação cardíaca, apesar de assintomática do ponto de vista cardiovascular. Nesta ocasião, realizou ECG que não evidenciou alterações relevantes e radiografia de tórax com área cardíaca preservada e parênquima pulmonar sem alterações. Ao ecocardiograma transtorácico (ETT), foi identificada massa ecogênica, pediculada em região apical. Durante todo o período de acompanhamento (21 anos), a paciente manteve-se assintomática do ponto de vista cardiovascular. O ETT atual evidenciou persistência da massa ecogênica pediculada, de aspecto alongado em região apical, medindo 27 x 12mm, com protrusão para a cavidade ventricular esquerda, sem sinais de obstrução ao fluxo. Ressonância cardíaca magnética atual confirmou a presença de nódulo em região apical do VE, adjacente ao papilar anterolateral, medindo cerca de 15 x 6mm, com sinais sugestivos de tecido gorduroso (substituição lipomatosa de rabdomioma prévio). Até o momento, a paciente mantém-se assintomática do ponto de vista cardiovascular, sem uso de medicação específica. **Discussão e Conclusão:** Este caso ilustra uma apresentação não habitual de rabdomioma com localização intracavitária em VE, que não apresentou involução espontânea, mas sim substituição lipogordurosa em paciente com CET. O ETT bem como a RMC foram exames fundamentais para o diagnóstico do rabdomioma, bem como o acompanhamento clínico desta paciente. **Palavras-chave:** complexo esclerose tuberosa; rabdomioma cardíaco; tumores cardíacos.

22561

A importância na busca da etiologia da insuficiência cardíaca em pacientes jovens

DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, MARCELLE GONÇALVES HENRIQUES LIZANDRO, RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES, VANESSA SIMIONI FARIA, HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, CAMILLA VILELA GIACOVINE, PALMIRA GOMES AMARAL, ANA CAROLINE MENDONÇA CARDOSO, ALINE SOUZA DE OLIVEIRA, ANA FLÁVIA REIS COSTA, FÁBIO MORATO DE CARVALHO, SILVIO AMADEU DE ANDRADE e ADSON PATRIK VIEIRA CARVALHO.

Incor, São Paulo, SP, BRASIL - Santa Casa Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, BH, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) refere-se a um fenótipo de doenças do miocárdio em que há dilatação ventriculares e disfunção sistólica na ausência de condições anormais como HAS, valvar, DAC ou congênita. Está como a principal indicação de transplante cardíaco em adultos jovens. Estima-se que até 30% dos casos de CMD "idiopáticas" são, na verdade, doença genética/familiar subdiagnosticada gerando impactos no prognóstico e terapêutica. **Relatos:** Homem, 30 anos, sem doenças conhecidas, encaminhado a SCBH com evento neurológico isquêmico súbito. Iniciado investigação etiológica com ECO: FEVE: 35%, AE: 45mm, DDVE: 71mm, DSVE: 63mm, VE com hipocinesia global importante sem alteração segmentar, VD com hipocinesia leve, IM e IT leves. Apresentava-se em CF NYHA I. De história familiar, um irmão com transplante de coração aos 28 anos devido a CMD. Em RM cardíaca evidência de RT mesocárdico nos segmentos basais e médios anterosseptais e infroseptais compatíveis com etiologia não isquêmica. Solicitado teste genético, e identificado variantes patogênicas: FLNC associado com espectro autossômico dominante para condições cardíacas e neuromusculares e GAA autossômico recessivo associado a Doença de Pompe. Realizada dosagem da atividade da alfa-glicosidase ácida: 2,1mcmol/Lh (VR >2,1mcmol/Lh) e avaliação genética ao irmão transplantado com resultado positivo para variante no gene GAA. **Discussão:** A filamina-C é uma proteína expressa no músculo cardíaco e esquelético e codificada pelo gene FLNC. É responsável pelo crosslink dos filamentos de actina e fornece estabilidade ao sarcômero. Em caso de mutação gênica, há cardiomiopatia caracterizada por dilatação ventricular, disfunção sistólica, fibrose, e uma alta carga de arritmias ventriculares podendo levar à morte súbita. A segunda variante patogênica encontrada foi no gene GAA, que codifica a enzima alfa-1,4-glicosidase ácida relacionada a doença de armazenamento de glicogênio tipo II ou Doença de Pompe. A deficiência dessa enzima leva ao acúmulo de glicogênio nos lisossomos resultando em destruição tecidual sendo o músculo estriado e cardíaco os mais comumente acometidos. É uma doença rara, autossômica recessiva em que a atividade enzimática se correlaciona com o genótipo e está ausente ou mínima em pacientes com fenótipo de início infantil e, variavelmente, reduzida naqueles de início tardio. O diagnóstico definitivo inclui a dosagem enzimática e teste genético. Na suspeita de CMD familiar é recomendado a triagem incluído revisando histórico familiar para três ou mais gerações. Os critérios diagnósticos são pelo menos: a) 1 parente com CMD idiopática ou b) 1 parente de primeiro grau com morte súbita <35 anos. **Conclusão:** Apresentamos um relato de caso demonstrando o papel relevante da investigação da CMD familiar com triagem clínica, aconselhamento genético e tratamento personalizado. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida; cardiomiopatia dilatada familiar; filamina-C; FLNC; teste genético cardiovascular.

22562

Estimativa da prevalência de amiloidose cardíaca em uma amostra não selecionada de pacientes com hipertrofia ventricular esquerda atendidos em um hospital terciário

DENISE MAYUMI TANAKA, MINNA MOREIRA DIAS ROMANO, LUISA MESQUITA PERTICARRARI, CAROLINE MERINO NASCIMENTO, SHEILA CARRARA HERMANN e MARCUS VINÍCIUS SIMÕES.

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

Fundamento: Estudos recentes têm sugerido que a amiloidose cardíaca (AC) não seja uma doença rara, mas potencialmente subdiagnosticada. Essa cardiomiopatia infiltrativa cursa com espessamento das paredes do ventrículo esquerdo (VE), podendo ser o diagnóstico diferencial de cardiopatias com aspecto morfológico de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). **Objetivo:** Estimar a prevalência da AC em uma população de pacientes consecutivos não selecionados com hipertrofia ventricular esquerda submetidos ao ecocardiograma atendidos em um hospital de referência. **Delineamento e Métodos:** Estudo clínico unicêntrico, observacional e retrospectivo envolvendo paciente s consecutivos não selecionados submetidos a ecocardiograma (ECO) por diferentes razões clínicas em um hospital de referência de nível terciário, no período de 2017 a 2019. Foram incluídos indivíduos ≥18 anos, exibindo HVE ao ECO e não relacionada à hipertensão arterial sistêmica (HAS), caracterizado pelo aumento de espessura em qualquer segmento e, caso septal, espessura >12mm. Posteriormente, foi realizada uma busca ativa em prontuário médico do diagnóstico final da etiologia da HVE, além da revisão e análise de outras imagens cardíacas realizadas. O diagnóstico final de AC foi realizado através de exames de imagem (99mTc-pirofosfato) e testes genéticos de rastreamento para mutações interligadas a fenótipos hipertroáficos. **Resultados:** A busca inicial resultou em 1233 pacientes com HVE. Destes, foram identificados 100 pacientes que atenderam ao critério de inclusão e exclusão. Essa população foi composta por 46% de indivíduos do sexo masculino, idade de 54,8±14,6 anos e FEVE de 59,1±13,1%. A AC foi evidenciada em 10 indivíduos (10%), sendo 9 diagnosticados com AC por transtirretina, sendo 7 hereditários e 2 wild type, e 1 como AC secundária. A prevalência estimada da AC foi de 10%, sendo a amostra composta por 80% do sexo masculino, idade de 70,2±9,6 anos e a média de FEVE = 52,7±15,3%. Outros diagnósticos da HVE estavam relacionados a mutações de genes de proteínas de sarcômero (63%), doença de Fabry (3%), mitocondrial (1%) e outras causas (24%). **Conclusão:** Em uma coorte de adultos atendidos em hospital terciário, com achados de HVE na ecocardiografia, não secundária à HAS e septo interventricular >12mm, a prevalência de AC foi de 10%. Esses reforçam a noção de que a busca por AC em cenários específicos pode permitir a identificação de número significativo de casos que podem ser elegíveis para tratamentos específicos. **Palavras-chave:** amiloidose; cardiomiopatia; hipertrofia ventricular esquerda; ecocardiograma.

22565

Miocardite grave e arritmia em paciente oncológico

GUSTAVO SALGADO DUQUE, RICARDO CARNEIRO, FLÁVIA PRADO FIALHO SANTOS, LUCIANA FAZZIO, LUIZ AUGUSTO MACEDO, FLÁVIO AFONSO, CICERO LUIZ CUNHA DE SOUSA MARTINS, ANA PAULA ORNELLAS DE SOUZA VICTORINO, SILVIA HELENA CARDOSO BOGHOSSIAN, ARNALDO RABISCHOFFSKY, MÔNICA LUIZA DE ALCÂNTARA, ALEX DOS SANTOS FELIX, RAFAEL LESSA DA COSTA, NATHALIA FELIX ARAUJO SALVINO e RICARDO MOURILHE-ROCHA.

Americas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Imunoterapia é um dos grandes avanços na medicina nos últimos anos, com grandes resultados, principalmente em pacientes com melanoma metastático. O uso cada vez maior desses medicamentos tem levado à descrição de eventos raros, porém graves. Arritmias, vasculites, doença pericárdica, aterosclerose e miocardite têm sido descritos. A miocardite associada a inibidores de PD-1 e CTLA-4 é mais grave e muitas vezes imprevisível que outros tipos de miocardite. **Relato de caso:** Reportamos o caso de uma paciente feminina de 61 anos com histórico de diabetes, dislipidemia, sem histórico de cardiopatia prévia e apresentava melanoma metastático tratado com terapia combinada de nivolumab e ipilimumab, seguida de nivolumab. Apresentou dor durante o tratamento vítiligo e colite de leve intensidade e foi internada posteriormente com dor torácica. Troponina elevada à admissão, dor torácica opressiva, eletrocardiograma (ECG) sem alterações isquêmicas agudas, submetida à coronariografia que não evidenciou doença aterosclerótica coronariana. Ecocardiograma 3 meses antes da internação com função sistólica preservada e strain global normal. À admissão, ecocardiograma com strain 12,4%. Apresentou múltiplos episódios de taquicardia ventricular (TV), com instabilidade hemodinâmica, tratada com cardioversão elétrica, amiodarona, lidocaína, suplementação de magnésio. Investigação sem sinais de acidose, doença tireoidiana, metabólica ou outras causas possíveis de arritmia. Ressonância magnética cardíaca precoce (<24h) sem evidências de isquemia ou miocardite. Tratada com corticoterapia em altas doses com controle inicial de sintomas e de arritmias, porém ecocardiogramas evidenciando piora de função ventricular e do strain global. Após alguns dias, novos episódios de TVs, sem resposta a todas as manobras, com parada cardíaca e morte. **Conclusão:** Inibidores de checkpoint (ICI) como ipilimumab e nivolumab, principalmente em combinação, produzem excelentes respostas no tratamento do melanoma metastático, porém casos raros mas graves de miocardite tem sido reportados. Esses relatos tem aumentado com o uso cada vez maior dessas medicações. Pacientes que usam ICI devem ter avaliação prévia e durante o tratamento, principalmente dependendo do seu risco cardiovascular e de fatores de risco relacionados ao tratamento e ao paciente. ECG e troponina são ferramentas simples e baratas para identificação dessas complicações. Esse caso evidenciou complicação grave e rara, com imagens evidenciando a evolução da disfunção ventricular pela ação dos ICIs no miocárdio. Palavras-chave: disfunção ventricular; inibidores de checkpoint imunológico; arritmias cardíacas; insuficiência cardíaca.

22570

Amiloidose cardíaca. Experiência com Tafamidis: 80mg poderia ter feito a diferença?

LICIANI DE MELLO FELICIANO, ELISA KALIL, MARIANNA DE MOURA NORA, PAULA LOREDO SIMINOVICH, KESLLY KRAUSPEHAR CUCHINSKI, ANNA LUISA SEVERINO OLIVEIRA, ARTHUR SANTOS SELAIMEN DA COSTA, EDUARDO BARTHOLOMAY e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose por transtirretina (ATTR) é uma doença de caráter autossômico dominante e que pode se manifestar em qualquer momento da vida adulta, sendo mais frequente em pacientes >60 anos. O quadro clínico é dominado por neuropatia e cardiomiopatia restritiva. Uma vez tendo sido realizado o diagnóstico, a expectativa de vida média é de cerca de 3 anos, o que pode estar diretamente relacionado ao diagnóstico tardio. **Relato de caso:** OCC, 75a, masc, branco. Na pesquisa etiológica da insuficiência cardíaca, foi detectado imagem de infiltração mesocárdica e subendocárdica sugestiva de doença infiltrativa e fração de ejeção de 50%. Foi diagnosticado com ATTR em janeiro de 2018 após biópsia e teste genético positivo para a mutação V122I. Nesse momento, foi iniciado tafamidis 20mg/dia que, em 2021, após a publicação da continuação do estudo ATTR-ACT, foi aumentado para 80mg/dia. O paciente faleceu em abril de 2023 com piora da função sistólica, FE 37%, progressão da doença renal, caquexia cardíaca e neuropatia periférica. Estava em uso de Espironolactona, Dapagliflozina, Furosemida, Edoxaban, Sacubitril/valsartan e Tafamidis em doses variáveis. **Discussão:** Tafamidis é o único fármaco específico para tratamento de ATTR, atuando como um estabilizador dos tetrameros da transtirretina, inibindo, seletivamente, a cascata de formação das fibrilas amiloides. O estudo ATTR-ACT mostrou que o tafamidis reduziu em 30% a mortalidade e 32% o número de internações, sendo reconhecido como um fármaco modificador da história natural da doença, retardando a rápida progressão para perda de função sistólica. O mesmo estudo concluiu em um período de 51 meses que a dose alvo é a de 80mg/dia com significativa redução de morte em comparação à dose de 20mg. O paciente OCC iniciou o tratamento com tafamidis em janeiro de 2018 e teve sua vida prolongada por 5 anos. No entanto, mesmo com a publicação de melhores resultados com a dosagem de 80mg/dia, o paciente teve dificuldade recorrente de acesso a essa dosagem, utilizando concentrações variáveis e raramente atingia a dose alvo para o tratamento. A questão que nos motiva com a experiência deste paciente é: como seria a progressão da doença se ele estivesse utilizando 80mg/dia? Infelizmente, em caminho contrário à nossa investigação, o Ministério da Saúde tornou pública a decisão de não incorporação do tafamidis ao Sistema Único de Saúde pelo motivo de alto impacto orçamentário da tecnologia. Salientamos aqui o proposto pelo Posicionamento sobre Diagnóstico e Tratamento Amiloidose Cardíaca de que muito além de a ATTR ser uma doença rara é uma doença subdiagnosticada e com possibilidade de tratamento específico e com redução de desfechos clínicos robustos. Palavras-chave: amiloidose cardíaca; ATTR; Tafamidis.

22571

Força de prensão manual e sua relação com a capacidade funcional de pacientes com insuficiência cardíaca estáveis

DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE, GYSLANE FELIX SOUSA, MARCONI PEREIRA BRANDÃO, CELIANE NOGUEIRA MORAIS DE SOUSA, CRISLAINE SILVA COSTA, GLENDA MARIANO DE QUEIROZ SILVA, ERICA ALMEIDA SILVA, CAROLINE ALVES MADEIRA, CRISTIANY AZEVEDO MARTINS e ALMIRINO CAVALCANTE ROCHA NETO.

Universidade Federal do Ceará, UFC, Fortaleza, CE, BRASIL - Faculdade Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A força de prensão manual (FPM) possui um relevante fator prognóstico e possui uma relação moderada com a mortalidade na população geral. Além disso, já foi comprovada a sua boa relação com a força muscular global dos indivíduos. Sendo assim, é relevante que novos testes surjam com o intuito de contribuir na avaliação global do paciente com insuficiência cardíaca (IC), entre eles os testes de força de prensão manual. Porém existe uma carência na literatura para comprovar sua efetividade na avaliação da capacidade funcional. **Objetivo:** Verificar a relação entre a força de prensão manual e a capacidade funcional de pacientes portadores de IC estáveis. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa com pacientes portadores de IC no período de maio de 2021 a março de 2023. CEP aprovado n° 4.987.763. Foram incluídos paciente portadores de IC independente do tipo, com idade superior a 18 anos, sendo excluídos pacientes com sequelas motoras. Foi aplicado um questionário com dados sociodemográficos e referentes à condição de saúde além da classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) e da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). A FPM foi avaliada utilizando um dinamômetro analógico e os valores encontrados foram comparados com o esperado para população saudável, de acordo com valores de referência publicados na literatura. A capacidade funcional foi verificada pelo Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) e pela aplicação do questionário Duke Activity Status Index (DASI). Análise estatística realizada pelo Software SPSS versão 23, sendo considerado como estatisticamente significante quando p<0,05. **Resultados:** Foram avaliados 131 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (n=67, 51,1%), com média de idade, peso e altura de respectivamente 59,5±13,9 anos, 73,9±15,7kg e 1,61±0,09m. Na FPM foi verificado uma redução de 30,8% quando comparado com o predito (p=0,000; FPM realizada 25,2±9,5kgf e FPM esperada 36,4±8,4kgf). No TC6 os participantes caminharam em média 360,1±101,2 metros e obtiveram uma média no DASI de 28,3±14,7 METS. Ao realizar a correlação entre a FPM e as demais variáveis não foi observado correlação da mesma com a idade e a FEVE, mas foi observado uma correlação moderada da FPM com o TC6 (r=0,418, p=0,000) e com o DASI (r=0,400, p=0,000) e moderada entre o TC6 e o DASI (r=0,528, p=0,000). **Conclusão:** Foi verificado uma redução da força de prensão manual na população estudada. Observamos também que existe uma correlação entre a FPM com a capacidade funcional avaliada pelo TC6 e pelo DASI. Além disso, percebemos que o DASI pode ser um bom instrumento para avaliação da capacidade de exercício. Palavras-chave: força da mão; força muscular; insuficiência cardíaca.

22574

O papel da troponina de alta sensibilidade na identificação de pacientes com rejeição aguda celular em transplante cardíaco

ANDRÉ AUSTREGESILLO SCUSSEL, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, CRISTHIAN VICENTE ESPINOZA ROMERO, DANIEL CATTO DE MARCHI, MÔNICA SAMUEL AVILA, ANA MARIA PEIXOTO CARDOSO DUQUE, AUDREY ROSE DA SILVEIRA AMANCIO DE PAULO, SANDRIGO MANGINI, IASCARA WOZNIAK DE CAMPOS, LUÍS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, FÁBIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O papel da troponina I de alta sensibilidade (HS) na detecção de rejeição aguda celular (RAC) após o transplante cardíaco (TxC) é incerto. **Objetivo:** Avaliar se a troponina I HS é capaz de identificar pacientes com rejeição aguda celular. **Delineamento e Métodos:** Nesta coorte retrospectiva, avaliamos dados de registros eletrônicos de pacientes que realizaram TxC de março de 2020 a setembro de 2022, usando o banco de dados REDCap. Pacientes que tiveram biópsias endomiocárdicas (BEM) entre 3 meses e 2 anos após TxC e tinham amostras previamente medidas de troponina I HS foram incluídos neste estudo. Os níveis de troponina HS foram comparados entre pacientes com RAC maior ou menor que 2R, e o teste de Mann-Whitney foi usado para comparar grupos. O comitê ético institucional aprovou o estudo (CAAE:42622215.9.0000.0068). **Resultados:** Nesta análise, incluímos dados de 187 biópsias realizadas pelo menos 3 meses após o TxC em 94 receptores que tiveram amostras pareadas de troponina I HS. 54 (57%) eram homens, 63 (67%) brancos e sua idade média era de 49±11 anos. Os níveis medianos de troponina HS foram de 29 (11-118)ng/L. RAC ≥2R foi observada em 48 BEM e os níveis medianos de troponina HS foram de 69 (26-224)ng/L, o que foi significativamente maior do que os níveis observados em pacientes com grau 0R/1R [21 (9-64)]ng/L, p<0,001 (Figura 1). A curva ROC da troponina I HS mostra uma AUC de 0,705; p<0,001 para o diagnóstico de ACR ≥ 2R (Figura 2). Níveis de troponina HS acima de 30ng/L têm sensibilidade de 73% e especificidade de 60% para o diagnóstico de RAC. Níveis de troponina HS acima de 282 ng/dl fornecem especificidade de 90% para o diagnóstico de RAC. **Conclusão:** Neste estudo de coorte retrospectivo, os níveis de troponina I HS foram encontrados como um potencial biomarcador para identificar pacientes com rejeição aguda celular após o TxC. Estudos prospectivos adicionais são necessários para confirmar a acurácia diagnóstica e utilidade clínica da troponina I HS nesse contexto. Palavras-chave: troponina; rejeição aguda; transplante cardíaco.

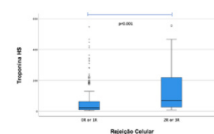


Figura 1.

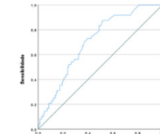


Figura 2.

22575

Insuficiência cardíaca como manifestação inicial de fistula aorto-atrial

ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ROMÁRIO RODRIGUES ALVES, THAÍS ARAÚJO NÓBREGA, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, SIMÃO PEDRO ARAÚJO DE MEDEIROS, HUGO JOSÉ DE CARVALHO FLORÊNCIO, BIANCA ALICE SOUZA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CAIO CEZAR GOMES REZENDE e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Os aneurismas ou fistulas do seio de Valsalva são anomalias cardíacas raras, representando cerca de 1% das anormalidades cardíacas estruturais. Destes, a maioria origina-se do seio de Valsalva direito, sendo apenas 10-20% da cúspide não coronariana. Aneurismas do seio não coronariano, quando rompidos, levam a formação de trato fistuloso com o átrio direito. **Relato de caso:** Mulher, 48 anos, sem comorbidades prévias, iniciou quadro de dispnéia aos esforços e edema generalizado, há 2 semanas. Realizou ecocardiograma transesofágico (ECOTE) que evidenciou imagem cística de grandes dimensões (5,6x6,1cm), relacionada ao septo interatrial (SIA), ocupando grande parte dos átrios, além de disfunção sistólica de ventrículo direito (VD) e hipertensão pulmonar (HP) importante, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 48%. Cateterismo cardíaco evidenciando artérias coronárias isentas de aterosclerose significativa. Encaminhada para cirurgia cardíaca e o achado intraoperatório foi de fistula do seio aórtico não coronariano para o átrio direito, causando dissecação do SIA. Correção realizada através de fechamento da fistula com patch de pericárdio bovino. ECOTE pós operatório ainda com imagem cística residual (3,0x1,6cm) e disfunção sistólica de ventrículo esquerdo importante (FEVE 22%), apenas leve insuficiência aórtica, mantendo disfunção de VD e HP. Paciente evoluiu no pós operatório com choque cardiogênico, necessitando de altas doses de drogas vasoativas, evoluindo para óbito. **Discussão:** Os aneurismas do seio de Valsalva podem ser congênitos ou adquiridos, associados a endocardite infecciosa, sífilis, trauma, aterosclerose e dissecação aórtica. Fistulas aorto-atriais são vistas com pouca frequência. Os neurismas são clinicamente silenciosos até que a ruptura cause sintomas relacionados à compressão de estruturas adjacentes ou shunt intracardíaco. Os sinais e sintomas clínicos dependerão do tamanho e da velocidade de ruptura, além da câmara cardíaca com a qual a fistula se comunica, metade cursando com dispnéia e edema periférico ao longo de meses. O ecocardiograma é o estudo diagnóstico inicial preferencial, sendo o ECOTE de maior sensibilidade para o reconhecimento do trajeto fistuloso; como métodos diagnósticos alternativos incluem-se tomografia computadorizada, ressonância magnética e cateterismo cardíaco associado à aortografia, para confirmar os achados ecocardiográficos. A base do tratamento do aneurisma do seio de Valsalva rompido é o reparo cirúrgico. Este caso raro mostra que é imprescindível conhecer a possibilidade de ruptura do aneurisma do seio de Valsalva e fistula aorto-atrial como etiologia de insuficiência cardíaca aguda, para diagnóstico oportuno e tratamento adequado. **Palavras-chave:** aneurisma do seio de Valsalva; fistula aorto-atrial; insuficiência cardíaca.

22576

Associação entre congestão clínica, ultrassonográfica e bioquímica em pacientes ambulatoriais estáveis com ICFER

LUIZ CLAUDIO DANZMANN, ANNA PAULA TSCHIEKA, MARCUS VINICIUS SIMÕES, ALICE ZANETTI DUSSIN, ELISA KALIL e LUIZ CARLOS BODANESE.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: Nos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) não existe um método padrão-ouro para definição de congestão clínica. Em pacientes com descompensação aguda da IC, os escores clínicos se associam fortemente com sinais de congestão ultrassonográfica e bioquímica. Em pacientes ambulatoriais com IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) estáveis, estudos bem desenhados são escassos e essa associação parece ser menos robusta. **Objetivo:** Avaliar a associação entre os sinais clínicos, ultrassonográficos (pulmonar e de veia cava inferior [VCI]) e bioquímicos em pacientes ambulatoriais com ICFER considerados estáveis. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional analítico com inclusão de pacientes com ICFER atendidos consecutivamente no ambulatório de IC de três Hospitais. Os critérios de inclusão foram idade ≥ 18 anos, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) $< 40\%$, diagnóstico de IC há pelo menos 6 meses antes da inclusão, concordar em participar livremente. Os pacientes incluídos foram submetidos à anamnese e exame físico, gerando uma pontuação num escore de congestão clínica (Rohde LE et al.), o qual apresenta variação de 0 a 17, sendo os pacientes com escore ≥ 3 são considerados congestos. No momento da aplicação do escore de congestão foram coletados de NT-proBNP, ultrassom (US) pulmonar para pesquisa de linhas-B e US para análise do diâmetro da VCI e também o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). **Resultados:** De 16 de setembro de 2020 a 30 de novembro de 2021 foram incluídos 188 pacientes. A média de idade foi de 61,8 \pm 12,1 anos e a etiologia mais frequente da IC foi isquêmica (52,7%). Os pacientes congestos pelo escore de congestão apresentaram maior frequência ortopneia (83,6% vs. 34,6%, $p < 0,001$), estertores pulmonares (51,1% vs. 8,7%, $p < 0,001$), B3 (8,2% vs. 0, $p = 0,003$), edema periférico (68,9% vs. 7,1%, $p < 0,001$). Também apresentaram maiores valores de pressão venosa jugular (9 cmH₂O [amplitude interquartil, AIQ 8-11 cmH₂O] vs. 5 cmH₂O [AIQ 5-7 cmH₂O], $p < 0,001$), maior frequência cardíaca (79 bpm [AIQ 70-87bpm] vs. 72 bpm [AIQ 64-78bpm], $p < 0,001$), menor distância percorrida no TC6M (307m [AIQ 180-420m] vs. 380m [AIQ 288-445m], $p = 0,026$), maior quantidade de linhas-B (11 linhas-B [AIQ 2-15 linhas-B] vs. 2 linhas-B [AIQ 0-5 linhas-B], $p < 0,001$), maior diâmetro da VCI (19,2mm [AIQ 14,2-23,7mm] vs. 14,4mm [AIQ 11,6-18,2mm], $p < 0,001$) e maior valor de NT-proBNP (3500pg/mL [AIQ 1314-6500pg/mL] vs. 667 pg/mL [AIQ 234-1725pg/mL], $p < 0,001$). **Conclusão:** Em uma população de pacientes ambulatoriais estáveis a presença de congestão clínica se associou significativamente a maior quantidade de linhas-B, maior diâmetro da VCI e maior valor de NT-proBNP, bem como menor capacidade submáxima de exercício. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; ultrassonografia; fração de ejeção; congestão.

22580

Transplante cardíaco como opção de tratamento aos sobreviventes de câncer com insuficiência cardíaca: realidade ou expectativa?

JAMILI ZANON BONICENHA, MILENA REGO DOS SANTOS, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS, TATIANA ABELIN SALDANHA MARINHO, MÁRCOS JOSÉ PEREIRA RENNI, GÉLCIO LUIZ QUINTELLA MENDES, TEREZA CRISTINA FELIPE GUIMARÃES, VITHORIA VIDOTTI NEVES, MARIA PAULA RIGHETTI, GABRIELA GAMA ZAGNI JARDIM, NAYLA DE OLIVEIRA LEITE LIMA, MATHEUS BURIGO OLIVEIRA, LETICIA MACACCHERO MOREIRÃO e AURORA FELICE CASTRO ISSA.

Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL - Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A incidência de insuficiência cardíaca (IC) em sobreviventes de câncer aumentou drasticamente nas últimas duas décadas. A maior parte das terapias contra o câncer pode ter algum potencial de cardiotoxicidade. Novas orientações específicas sobre o cuidado do doente oncológico são necessárias para avaliação do tratamento de falência cardíaca dessa população tão heterogênea e em expansão. **Relato de caso:** Masculino, 51 anos, foi diagnosticado em 2008 com leucemia promielocítica aguda e recebeu tratamento com idarubicina e ácido transretinóico. Obteve critérios de remissão completa sem nenhum comprometimento cardiovascular durante a terapia. Em 2016, apresentou quadro clínico de dispnéia aos médios esforços, edema de membros inferiores e palpitações. Procurou atendimento em instituição quaternária referência em cardiologia e foi diagnosticado com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida. Não possuía outras comorbidades. O ecocardiograma transtorácico do mesmo ano demonstrou disfunção do ventrículo esquerdo grave, fração de ejeção ventricular esquerda de 24,4% (Teichholz), insuficiência mitral grave secundária a tethering e ventrículo direito não funcionante. A ressonância magnética demonstrou ausência de realce tardio e demais achados que corroboravam com o laudo ecocardiográfico. Também realizou cineangiocoronariografia em 2022 que não demonstrou lesões obstrutivas. Após tratamento médico otimizado evoluiu em 2023 com disfunção biventricular importante e classe funcional equivalente à classificação NYHA IV no teste ergométrico. Não possui critérios para terapia de ressincronização cardíaca. **Discussão:** Trata-se de um paciente sobrevivente ao tratamento de neoplasia hematológica cujos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca apareceram por volta do sexto ano após o término do tratamento oncológico, sem nenhuma comorbidade adjacente e portador de cardiomiopatia dilatada em tratamento otimizado e, mesmo assim, classe funcional NYHA IV. Diante do fato, um possível próximo passo para tratamento desse paciente seria o transplante cardíaco. **Conclusão:** Insuficiência cardíaca secundária ao tratamento do câncer é uma realidade abrangente e em crescimento exponencial. No entanto, busca-se entender quais critérios são importantes para elegibilidade em relação ao transplante cardíaco desses pacientes, tipo de imunossupressão a ser utilizada e rastreamento para novas neoplasias. Diante disso, os próximos passos serão peculiares e desafiadores no tratamento da IC nessa população. **Palavras-chave:** cardio-oncologia; transplante cardíaco; câncer.

22581

Estudo retrospectivo para avaliação da prevalência de IC FEP entre idosos da região de Ribeirão Preto e avaliação de Amiloidose nos pacientes com fenótipo infiltrativo

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, MARCELA SILVA OLIVEIRA, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, PEDRO MANOEL GARIBALDI, WILSON MARQUES JÚNIOR, RODRIGO TOCANTINS CALADO, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, ALEXANDRE BALDINI FIGUEIREDO, NEREIDA KILZA COSTA LIMA e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) é um diagnóstico frequente na população idosa. Evidências recentes sugerem que a amiloidose cardíaca (AC) ligada à transtiretina na forma wild-type (AC-ATTRwt) seja uma etiologia frequente de ICFEP em idosos, sugerindo que possa haver subdiagnóstico de AC-ATTRwt nesta população. Estudos recentes mostraram que a cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato permite o diagnóstico não invasivo de AC-ATTRwt e pode ser usada para triagem diagnóstica de casos suspeitos. **Objetivo:** Investigar a prevalência do diagnóstico de ICFEP nos pacientes com 60 anos ou mais, em seguimento nos ambulatórios de geriatria de um hospital de referência e investigar a prevalência de AC-ATTRwt, mediante emprego de cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional, transversal, realizado com coleta de dados pelo prontuário médico eletrônico de pacientes idosos atendidos em ambulatórios de geriatria de um Hospital Universitário entre junho de 2019 a junho de 2021, sendo selecionados pacientes > 60 anos, com diagnóstico clínico de ICFEP (FE $> 50\%$) e Ecocardiograma com espessura de septo interventricular > 12 mm, sendo prospectivamente submetidos à cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato, que foi considerada positiva quando encontrado escore visual de Perugini grau 2 ou 3, com confirmação de acúmulo de 99mTc-Pirofosfato no miocárdio nas imagens tomográficas. **Resultados:** Dentre os 1079 pacientes atendidos, 67 pacientes apresentaram diagnóstico de ICFEP (6,2%), 73% femininos, idade = 81,0 \pm 6,3 anos. Dessa amostra inicial, 43 pacientes estavam vivos e 10 exibiam septo interventricular > 12 mm (23,2%), sendo submetidos à cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato, com apenas 1 paciente sendo positivo para diagnóstico de AC-ATTR, representando 2,3% da amostra inicial de 43 pacientes com ICFEP investigados e 10% daqueles com fenótipo infiltrativo ao ecocardiograma. **Conclusão:** Em uma amostra de pacientes idosos em seguimento em ambulatório de geriatria, ICFEP é condição relativamente frequente. Em subgrupo selecionado desses pacientes, exibindo septo interventricular > 12 mm, AC-ATTR foi encontrada em 10% dos casos. Nossos resultados sugerem que AC-ATTR seja uma causa relevante de ICFEP nos idosos exibindo fenótipo infiltrativo ao ecocardiograma. **Palavras-chave:** amiloidose; cardiomiopatia; idosos; insuficiência cardíaca diastólica.

22582

Associação entre infecção prévia por Sars-CoV-2 e gravidade da insuficiência cardíaca (IC) em pacientes com IC crônica: um estudo observacional transversal

BRUNO CALDEIRA ANTONIO, VINÍCIUS GABRIEL DE OLIVEIRA GAMA, MIGUEL MORITA FERNANDES-SILVA, RAPHAEL HENRIQUE DÉA CIRINO, LUCAS YUGI DE SOUZA TERUI, ZAYANA FERNANDA DE ANDRADE, LUCAS MUELLER PRADO, JÉSSICA TAMIREIS REICHERT, LEONARDO SANDRI e LUCAS FERNANDES MODESTO.

Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: Estudos apontam para possíveis complicações cardiovasculares desencadeadas pela infecção por Sars-CoV-2, especialmente em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC), nos quais a COVID-19 pode provocar uma descompensação da IC. No entanto, não se sabe ainda se em pacientes com IC crônica a infecção pelo Sars-CoV-2 piora o prognóstico da doença. **Objetivo:** Avaliar a associação da infecção prévia por Sars-CoV-2 com a gravidade do quadro de IC crônica. **Delimitação e Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu pacientes com diagnóstico de IC crônica com Fração de Ejeção (FE) menor que 50%, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Os pacientes foram divididos em três grupos: pacientes sem histórico de COVID-19, pacientes que apresentaram evolução leve da COVID-19 (tiveram apenas sintomas como tosse, fadiga e febre) e pacientes que apresentaram evolução grave da COVID-19 (precisaram ser hospitalizados, receberam oxigênio ou foram intubados). Pacientes que não realizaram exame diagnóstico (PCR, antígeno ou sorologia) para confirmação da infecção foram excluídos do estudo. A gravidade do quadro de IC crônica de cada grupo foi determinada pelo escore prognóstico "Meta-analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC)". Valores de p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** Foram incluídos 192 pacientes (65±13 anos, 57,9% homens, FE 36±8%, MAGGIC 17,39±6,64), dos quais 140 não apresentavam histórico de COVID-19 (65±13 anos, FE 36±8%, NYHA [III/IV] 16,4%), 35 apresentaram evolução leve (66±13 anos, FE 37±8%, NYHA [III/IV] 15,2%) e 17, evolução grave (61±13 anos, FE 33±8%, NYHA [III/IV] 31,2%). Não houve diferença estatisticamente significativa na estimativa do escore MAGGIC entre os três grupos (MAGGIC [sem história de infecção] 17,51±6,53; MAGGIC [COVID-19 leve] 15,69±6,94; MAGGIC [COVID-19 grave] 19,94±6,91; para p=0,09). **Conclusão:** Pacientes com IC crônica e histórico de COVID-19, independentemente da evolução leve ou grave, não apresentam maior gravidade do quadro de IC, em relação aos pacientes sem histórico de infecção por Sars-CoV-2. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; COVID-19; Sars-CoV-2; MAGGIC scv



22583

Devemos utilizar a biópsia de ventrículo esquerdo para investigação de cardiopatia amiloide: relato de casos do centro de investigação em amiloideose

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, PEDRO MANOEL GARIBALDI, WILSON MARQUES JÚNIOR, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, LUIS GUSTAVO GALI, MOYSES DE OLIVEIRA LIMA FILHO, MINNA MOREIRA DIAS ROMANO e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: O diagnóstico da amiloideose cardíaca da forma AL (AC-AL), causada por cadeias leves de imunoglobulinas, requer documentação de infiltrado amiloide em tecidos e a caracterização da proteína precursora. Quando a pesquisa inicial em tecidos periféricos é negativa, recorre-se à biópsia do órgão acometido, sendo a biópsia endomiocárdica (BEM) do ventrículo direito (VD) procedimento necessário em muitos casos. Apresentamos 2 casos de pacientes com alta suspeita de AC-AL, em que a BEM do ventrículo esquerdo (VE) foi utilizada, sendo decisiva para conclusão do diagnóstico. **Relato de caso:** Masculino, 83 anos, dispneia aos esforços há 6 meses, dor torácica atípica, com hipotensão postural e parestesias em MMSS, com exame físico sem alterações. ECG: baixa voltagem, Ecocardiograma: espessura do septo inter-ventricular (SIV) = 17mm FEVE = 54%, Strain Longitudinal Global (SLG) de -14,9% e poupando o ápice. Ressonância Magnética Cardíaca (RMC) mostrou realce tardio (RT) de padrão subendocárdico difuso, poupando o VD. A pesquisa de cadeias leves foi positiva, com dosagem da relação de cadeias leves livres Kappa/lambda = 0,16. Caso 2: masculino, 78 anos, síndrome de IC há 1 ano, com perda de peso, sintomas gastrointestinais (diarreia, empachamento) e hipotensão postural. Ao exame físico: presença de sinais de congestão (turgência jugular, hepatomegalia, edema de MMII), com sinais de hipertensão pulmonar e insuficiência tricúspide. ECG: BAV 1º grau, bloqueio divisional ântero-superior esquerdo, sobrecarga de átrio direito e de VE. Ecocardiograma: SIV = 17mm, FEVE = 50%, SLG = -6,7%, com preservação apical, paredes do VE de aspecto granuloso. RMC mostrou RT de padrão subendocárdico difuso no VE, envolvendo também paredes atriais e parede livre do VD. Pesquisa de cadeias leves de imunoglobulina foi positiva na imunofixação sérica. Em ambos os casos a BEM do VD foi negativa, enquanto a BEM do VE, procedimento guiado por ecocardiograma transtorácico, mostrou presença de amiloideose com espectrometria de massa (EM) confirmando AC-AL por cadeias leves lambda. **Discussão e Conclusão:** Em ambos os casos apresentados, apesar dos exames altamente sugestivos de AC, a abordagem de BEM colhendo-se amostras do VE foi necessária para a conclusão do diagnóstico de AC-AL. O envolvimento das paredes do VD na RMC mostrou-se muito discreto nos 2 casos, o que poderia justificar a negatividade da BEM do VD. A BEM do VE é procedimento seguro, sendo realizado sob guia de ecocardiograma transtorácico, e pode ser estratégia alternativa válida para diagnóstico de AC em casos selecionados. **Palavras-chave:** amiloideose; cardiomiopatia; biópsia guiada por imagem; imagem cinética por ressonância magnética.

22584

Imunização contra COVID-19 em transplante cardíaco

PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, AUDREY ROSE AMANCIO DE PAULO, FERNANDA BARONE ALVES DOS SANTOS, LILIANE SARAIVA DE MELLO, TANIA MARA VAREJÃO STREBELLI, ANA MARLI SARTORI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, MARCIA AIKO UEDA, SILVIA VIDAL DE CAMPOS, FABIANA MARCODES BRAGA e FERNANDO BACAL.

Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A vacinação mostrou ser uma ferramenta eficaz contra as formas graves da COVID-19. Esforços foram realizados para o desenvolvimento rápido de vacinas eficientes e seguras. Licença emergencial para seu uso foi concedida em diversos países para início de precoce de grandes campanhas vacinais. Quatro vacinas foram aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil: a Sinovac Instituto Butantan (vacina de vírus inativado - CoronaVac), duas vacinas de vetores virais não replicantes (Oxford/Astrazeneca e Janssen) e uma vacina de RNA (Pfizer). A resposta dos imunossuprimidos às vacinas é diminuída, contudo devemos analisar os casos com suas peculiaridades e buscar as melhores estratégias a serem adotadas para a prevenção das formas graves da doença, que pode levar à hospitalização e morte. Em nosso centro, 30 pacientes participaram de um estudo do efeito da vacinação com a Coronavac em imunossuprimidos. Todos relataram sintomas leves após a vacinação, como dor local, hipertermia, mialgia e indisposição geral. Três pacientes apresentaram episódios de rejeição pouco tempo após a vacina. **Objetivo:** O objetivo do relato de caso é de descrever o quadro de um paciente que apresentou uma rejeição do enxerto 13 dias após a vacinação. **Relato de caso:** FAP, masculino, 46 anos, transplantado cardíaco em 2018 por miocardiopatia dilatada. Imunossupressão de manutenção: tacrolimus 4mg/dia (nível sérico 8,6ng/mL), micofenolato sódico 1.440mg/dia e prednisona 5mg/dia. Teve 3 episódios de rejeição moderada, sem disfunção do enxerto, tratados no primeiro ano do transplante (pulsoterapia de metilprednisolona). Em maio de 2020 teve quadro suspeito de COVID-19, porém não investigado. Vacinado com a Coronavac: 1ª dose em 07/07/21 e 2ª dose em 05/08/21. Procurou pronto atendimento em 18/08/21 com quadro de febre (37,8°C), náusea e dispnéia aos mínimos esforços. RT-PCR para COVID-19 negativo. Ecocardiograma demonstrou disfunção nova do enxerto (FEVE 30%). Biópsia endomiocárdica demonstrou rejeição celular aguda 2R, sem sinais de rejeição mediada por anticorpos (pAMRO). Tratado com pulsoterapia de metilprednisolona (1.000mg por 3 dias) e associação de quarta droga (metotrexato), evoluindo com recuperação da função do enxerto (FEVE 53%). Pela suspeita do quadro ter sido desencadeado pela vacina (relação temporal entre segunda dose e o evento descrito), paciente foi orientado a não tomar novas doses. **Conclusão:** Durante a pandemia COVID-19 foi constatado que a injúria miocárdica pode ocorrer durante a evolução da doença e é uma complicação descrita com algumas vacinas. No transplantado cardíaco, não é bem conhecido o efeito da vacina no enxerto cardíaco. Vigilância clínica e exames complementares devem ser realizados para detectar possíveis sinais de rejeição após imunização, independente da vacina escolhida. **Palavras-chave:** vacinação; rejeição; COVID-19.

22585

Varição da acetona exalada em pacientes com insuficiência cardíaca avançada em uso de inotrópicos

DANIELLA MOTTA DA COSTA DAN, FERNANDO BACAL, DIOGENES AMAURI GONCALVES FURLAN, RAFAEL SILVA RINCO, BEATRIZ GUILHERME SILVA, GIOVANNA RIBEIRO MAGALHÃES, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, TATIANE TORRES LEA, EDIMAR ALCIDES BOCCHI, BRUNO BISELLI, MÔNICA SAMUEL AVILA, PAULO ROGÉRIO SOARES, MÚCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, IVANO GEBHARDT ROLF GUTZ e FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA.

INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento e Objetivo: A acetona exalada (EBA) é um biomarcador do diagnóstico da insuficiência cardíaca (IC) e do prognóstico da IC crônica. O papel da EBA em pacientes com IC avançada é desconhecido. O objetivo do presente trabalho é avaliar as variações da EBA em pacientes com IC descompensada admitidos na unidade de emergência (UE) com necessidade do uso de inotrópicos. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo unicêntrico, prospectivo e observacional. Pacientes admitidos na UE por IC descompensada em uso de inotrópico foram convidados a participar do estudo. As coletas de ar exalado foram realizadas na admissão e 48 horas após início do uso de inotrópico por intermédio de um dispositivo não invasivo previamente descrito. As amostras foram analisadas por espectrofotometria através da reação com salicilaldeído. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (CAAE: 62098116.5.0000.0068). O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar os níveis de acetona nas duas amostras coletadas. As análises estatísticas foram realizadas pelo programa SPSS versão 26.0 (Software Statistical Package for the Social Science). **Resultados:** Setenta pacientes foram incluídos nesta análise, a maioria do sexo masculino, 50 (71%), média de idade de 54±12 anos e de fração de ejeção = 25%±6%. Foram coletadas duas amostras de EBA de todos os pacientes. A mediana de concentração (intervalo interquartil) de EBA na admissão foi de 8.5 (4.4 - 14.0)µg/L e após 48h do início da infusão de inotrópico foi de 2.2 (1.2 - 3.8)µg/L, p<0.001 (Figura 1). A redução dos níveis de EBA foram relacionados a melhora dos sintomas de IC direita [52(74%) vs 18(26%), p<0.001], e de sintomas de IC esquerda [63(90%) vs 17(24%), p<0.001]. **Conclusão:** Nossos dados revelam elevados níveis de EBA em pacientes com IC em estágio D assim como uma diminuição da concentração de EBA logo após o início do inotrópico, reforçando dados anteriores sobre EBA como um biomarcador da gravidade da IC. **Palavras-chave:** biomarcador; acetona exalada; EBA.

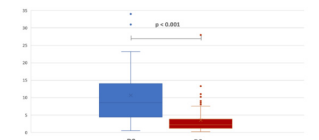


Figura 1: Concentrações de EBA na admissão e após 48 horas do uso de inotrópico

22588

Eco Coach: estudo randomizado para avaliação dos efeitos da colchicina na fibrose avaliada pela ressonância cardíaca e deformação miocárdica à ecocardiografia em pacientes com doença de Chagas

LUIZ MÁRIO BAPTISTA MARTINELLI, FABIO FERNANDES, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARIA CRISTINA DONADIO ABDUCH, RAFAEL ALMEIDA FONSECA, VINÍCIUS DOS SANTOS FERNANDES, WILSON MATHIAS JUNIOR, CARLOS EDUARDO ROCHITTE e VIVIANE TIEMI HOTTA.

Incor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas (DC) é uma das principais etiologias de miocardiopatia na América Latina. Os principais mecanismos responsáveis pela disfunção ventricular são a inflamação miocárdica e a fibrose intersticial. A colchicina é um fármaco com propriedades anti-inflamatórias com potencial efeito na inflamação, fibrose e remodelamento miocárdico. A análise da deformação miocárdica pela técnica de "Speckle Tracking" (STE) à ecocardiografia (ETT) possibilitou identificação de fibrose com boa correlação com os resultados da ressonância magnética cardíaca (RMC). Até o momento, os efeitos da colchicina em pacientes com DC nunca foram avaliados e os estudos avaliando o STE na DC são escassos. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi comparar os efeitos da colchicina na fibrose miocárdica avaliada pela deformação miocárdica, comparada à RMC, em pacientes com DC antes e após 12 meses de terapêutica com colchicina. **Delineamento e Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo com 24 pacientes com DC forma cardíaca estágio B1 - pacientes com alterações eletrocardiográficas e função sistólica preservada - com evidência de fibrose e/ou edema evidenciados pela RMC. Os pacientes foram randomizados na proporção 1:2 para receber placebo (grupo controle) ou colchicina 0,5mg de 12/12h por 12 meses. Todos os pacientes realizaram ETT convencional e com STE, além de RMC antes e após o tratamento. Análise estatística: Foram calculados média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis não categóricas. A avaliação de distribuição das variáveis contínuas foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para a comparação entre médias foi empregado o teste t de Student e o teste não paramétrico de Mann-Whitney quando a suposição de normalidade foi rejeitada. Foi considerado significativo $p < 0.05$. **Resultados:** Dos 24 participantes, 16 (67%) receberam colchicina e 8 pacientes receberam placebo (33%). Foram incluídos 10 (63%) pacientes do sexo masculino no grupo colchicina e 1 (13%) no grupo placebo ($p < 0,001$). Não houve diferença entre as características basais ecocardiográficas e pela RMC entre os grupos. Houve redução do valor de fração de ejeção avaliada pelo ETT no grupo placebo, apesar de manter-se em valores normais. **Conclusão:** Neste estudo preliminar, pacientes com DC tratados com colchicina por 1 ano não apresentaram alterações significativas da mecânica cardíaca avaliada pelo STE, nem redução da fibrose pela RMC comparados ao grupo placebo. **Palavras-chave:** Chagas; ecocardiografia; Strain; deformação do miocárdio; colchicina.

22589

Surto de Aspergilose invasiva em programa de transplante cardíaco série de casos

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, MARCOS LEONARDO MELO CORREIA DOS SANTOS, NAYRON VELOSO RESENDE e ERNANI FAEZY DE OLIVEIRA.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Quadros respiratórios causados por fungos são complicações tardias e temidas no contexto de imunossupressão do transplante cardíaco. Aspergilose invasiva é espectro da doença pulmonar relacionada aos aspergillus mais frequentemente relatada em imunocomprometidos. **Relato de caso:** Surto de quatro casos de aspergilose invasiva em pacientes transplantados cardíacos. O paciente índice estava em término de tratamento de síndrome doença citomegalovírus na ocasião do diagnóstico. Os pacientes seguintes estiveram internados no mesmo ambiente nosocomial, por motivos diferentes. Todos passaram por tratamento de infecção ou doença por citomegalovírus recente ao período do surto. O primeiro paciente foi a óbito a despeito do início do tratamento antifúngico com anfotericina B. Os quadros seguintes apresentavam apresentação clínica e radiológica semelhantes ao primeiro caso. O segundo caso isolou aspergillus flavus em lavado bronco alveolar, que não respondeu a voriconazol, melhora após uso de anfotericina B. O terceiro e o quarto casos apresentaram melhor evolução clínica, com diagnóstico mais precoce havendo resposta a voriconazol, apesar do mesmo agente ser isolado em lavado bronco alveolar. **Conclusão:** Embora já existisse desde 2004 estudo prospectivo mostrando indicação de profilaxia para aspergillus em população predisposta, a profilaxia ainda não era amplamente disseminada em nosso meio. Em sua última diretriz, a sociedade internacional de transplante de coração e pulmão, adicionou recomendações sobre profilaxia de aspergilose nos cuidados pós-operatórios de receptor de transplante cardíaco. Os fatores de risco incluem isolamento de aspergillus em qualquer paciente no programa de transplante nos últimos 02 meses, doença por citomegalovírus, hemodialise pós transplante, reoperação na ocasião do transplante bem como colonização de vias áreas superiores por qualquer espécie de aspergillus. A partir da ocorrência desse surto em nossa população nós reproduzimos a importância de disseminar as indicações de profilaxia de aspergilose invasiva em população de transplantados sob risco, tendo em vista doença de grande morbimortalidade. **Palavras-chave:** aspergilose; transplante de coração.

22590

Nitroprussiato de sódio associa-se a efeito paradoxal sobre a modulação autonômica cardíaca em pacientes estáveis ambulatoriais com ICFER

FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, LUIS EDUARDO VIRGÍLIO DA SILVA, RUBENS FAZAN JUNIOR, JÚLIO CÉSAR CRESCÊNCIO, SHEILA CARRARA HERMANN e MARCUS VINÍCIUS SIMÕES.

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

Fundamento: Um dos mecanismos propostos na progressão da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) é a hiperatividade simpática. Exaustão funcional de grupos neuronais inibitórios do núcleo paraventricular do hipotálamo (NPV), cuja sinalização depende de óxido nítrico (NO), pode estar envolvida na hiperatividade simpática da ICFER. **Objetivo:** Este estudo objetiva testar se a infusão periférica de NPS, um doador de NO, em doses baixas, não associada a alterações hemodinâmicas, possa reduzir a atividade simpática em pacientes com ICFER. **Métodos:** Dezesesseis pacientes com ICFER estáveis, em classe funcional II-III da NYHA, com cardiomiopatia dilatada, em ritmo sinusal, sem uso de hidralazina e nitrato, foram distribuídos aleatoriamente em 2 grupos, NPS (n=8; recebendo NPS a 0,25mcg/kg/min por 4 horas) ou placebo (n=8), com registro contínuo do ECG e da pressão arterial sistólica (PA) não invasiva (finapres). A modulação autonômica foi avaliada pelo índices de variabilidade de RR e da PA. A sensibilidade barorreflexa espontânea foi avaliada pela técnica da sequência. O índice cardíaco foi medido pelo ecocardiograma. **Resultados:** Não houve queda significativa da PA, nem alteração significativa no índice cardíaco ($p=0,44$) em qualquer dos grupos. O grupo placebo apresentou significativa redução da frequência cardíaca (FC) ao longo da infusão, quando comparada com os valores basais, efeito que não foi observado no grupo NPS. No grupo controle houve aumento da RMSSD, da potência do espectro do intervalo RR na faixa HF (arritmia respiratória), e na ocorrência de padrões simbólicos tipo ZUV, índices associados à modulação vagal cardíaca. O mesmo evento ocorreu na avaliação da sensibilidade do barorreflexo espontâneo, com aumento significativo apenas no grupo placebo. Não houve diferença nos índices de variabilidade de FC no grupo NPS. **Conclusão:** Em pacientes ambulatoriais com ICFER estáveis, a infusão periférica de NPS em baixa dose associou-se a efeito paradoxal sobre a modulação autonômica cardíaca, efeitos espontâneos observados no grupo controle e induzidos, provavelmente, por condições ambientais favoráveis. **Palavras-chave:** nitroprussiato de sódio; modulação autonômica cardíaca; insuficiência cardíaca.

22591

Cardiopatía arritmogénica de VD e CDI: um relato de caso

HUGO OLIVEIRA DE SOUZA THOMÉ, EZIO DE MARTINO NETO, MARTHA TIRONI BACHOUR, SILAS SOARES ALVES, TARLICE NASCIMENTO PEIXOTO GUIMARÃES, BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA, LEONARDO UGLIANO MORI GONÇALVES, RENÉ MARTINS CALDEIRA e ADILSON BOSON ALMEIDA JUNIOR.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, ISCMSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital de Força Aérea do Galeão, HFAG, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Esquadrão de Saúde de Barbacena, GSAU, BQ, Barbacena, MG, BRASIL - Hospital de Força Aérea de São Paulo, HFASP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Cardiomiopatia arritmogénica (CA), outrora displasia do ventrículo direito, é uma doença primária caracterizada por progressiva substituição do miocárdio por tecido fibrolipomatoso, gerando substrato anatomopatológico para a arritmogénese. Classicamente, está associada à síncope e morte súbita em pacientes jovens. A CA é adrenérgica dependente: exposição a situações adrenérgicas (atividade física intensa, por exemplo) aumentam a probabilidade de manifestação do fenótipo. Postula-se que exercícios de intensidade alta estejam associados a arritmias ventriculares e o tempo de exposição ao exercício associa-se à fibrolipol substituição. **Relato de caso:** Masculino, 46 anos, assintomático, realizou teste ergométrico de check-up evidenciando extrassístoles ventriculares (EV) polimórficas isoladas e taquicardia ventricular não sustentada (TVNS). De relevante na história pessoal, um irmão com morte súbita (MS) inexplicada aos 49 anos. Trouxe nesta avaliação ecocardiograma normal, holter com 12% de EV com 9 episódios de TVNS e angiogramografia de coronárias com lesão moderada em ramo diagonal (que se mostrou discreta em coronariografia posterior). Realizada ressonância magnética cardíaca (RMN) mostrou focos discinéticos no ventrículo direito, com dilatação e disfunção global e infiltração adiposa do septo interventricular, seguindo com afilamento da parede inferior e inferosseptal médias do ventrículo esquerdo (VE), com discreta discinesia. O eletrocardiograma de alta resolução (ECG AR) positivo (tanto por duração quanto por voltagem). Portanto, firmado o diagnóstico de CA. **Conclusão:** Segundo as Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis, tem indicação de implante de cardiodesfibrilador pacientes com CA com doença extensa, incluindo envolvimento do VE, associada a história familiar de MS em 1 ou mais membros, ou síncope de origem não determinada, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano. Portanto, realizado o implante 12/2017. As manifestações clínicas são mais frequentes quando há acometimento biventricular. Apesar de ser este o contexto relatado, no seguimento de quase 5 anos, não houve nenhuma documentação de arritmia fatal e tampouco terapias do dispositivo. **Palavras-chave:** cardiopatía arritmogénica; cardiodesfibrilador implantável; morte súbita.

22593

Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante cardíaco em um hospital terciário da cidade do Recife

KEYLA PATRICIA BARBOSA MELO, FLÁVIO HILTON FEIJÓ CAVALCANTI SILVA, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO e PEDRO AUGUSTO DA SILVA CASE.

Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Transplante cardíaco (TC) tem como principal objetivo melhorar sobrevida e qualidade de vida dos indivíduos portadores de IC avançada e é considerado a principal alternativa terapêutica para esses pacientes, que evoluíram refratariamente às intervenções clínicas e cirúrgicas otimizadas. Diversos fatores de risco influenciam a sobrevida no TC, dentre eles: características demográficas do receptor, variáveis clínicas como a causa da IC, estratégias terapêuticas de manutenção e a incidência de complicações pós-TC. O conhecimento das características da população de transplantados é importante para auxiliar na avaliação do impacto desse tratamento sobre os indivíduos e o sistema de saúde, bem como para contribuir com o desenvolvimento de estratégias que visem diminuir fatores complicadores e melhorar prognóstico. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes submetidos a TC em um hospital terciário da cidade do Recife. **Delimitação e Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, com análise dos prontuários de todos os 58 pacientes submetidos a TC em um hospital terciário em Recife, no período de janeiro de 2017 a junho de 2022. **Resultados:** Foram analisados os dados referentes a 58 pacientes submetidos a TC. A média de idade dos receptores variou de 9 a 72 anos. Houve predomínio (74,1%) do sexo masculino. Dentre as etiologias de IC que levaram ao TC, a principal foi a miocardiopatia dilatada idiopática, com 32,8%, seguida pela isquêmica, com 29,3%. Em relação à sintomatologia pré-TC, 45,6% dos pacientes estavam em CF III 54,4% em CF IV. A FEVE média foi de 24,4 e a RVP média de 2,4 Wood. Com relação à mortalidade, 22 pacientes (37,9%) foram a óbito, desses, 11 foram classificados como óbito precoce. De todos os pacientes que evoluíram com óbito, em 19 prontuários havia descrição sobre a causa mortis, sendo 7 (36,8%) por infecção e 10 (52,6%) por choque cardiogênico. Quanto às complicações intra-hospitalares após o TC, um total de 50 (89,2%) pacientes apresentaram algum tipo de complicação. A lesão renal foi o desfecho mais frequente (35/62,5%), seguida por infecção (19/33,9%). Dentre as complicações tardias, 31 pacientes (68,9%) apresentaram algum tipo de complicação. Dos que complicaram, a maioria teve infecção (19/42,2%), desses, 9 (20%) foi infecção por citomegalovírus. **Conclusão:** Os pacientes submetidos a TC se caracterizaram por serem predominantemente do sexo masculino, com média de idade de 49,8 anos e cuja principal etiologia da IC avançada foi a miocardiopatia dilatada idiopática. Lesão renal foi a complicação pós-operatória precoce mais comum e infecção foi a complicação tardia mais encontrada entre os receptores de TC. Ao se conhecer o perfil da população submetida a TC, novas estratégias de cuidados em saúde podem ser traçadas para redução das taxas de morbidade e mortalidade relacionadas com essa condição. Palavras-chave: perfil epidemiológico; perfil clínico; transplante cardíaco; insuficiência cardíaca.

22595

Síndrome Steinert e terapia de resincronização cardíaca: um relato de caso

HUGO OLIVEIRA DE SOUZA THOMÉ, EZIO DE MARTINO NETO, SILAS SOARES ALVES, TARLICE NASCIMENTO PEIXOTO GUIMARÃES e BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA.

Hospital da Força Aérea de São Paulo, HFASP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital de Força Aérea do Galeão, HFAG, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Esquadrão de Saúde de Barbacena, GSAU-BQ, Barbacena, MG, BRASIL.

Fundamento: A distrofia miotônica tipo 1 ou Síndrome de Steinert (SS) tem vários e complexos fenótipos multisistêmicos mas, primariamente, o sistema neurológico. Quando acomete o coração, se apresenta com taquiarritmias, distúrbios de condução e raramente insuficiência cardíaca (IC). Nas formas graves, leva a síncope e morte súbita. Nichioka et al, em série de casos com 83 pacientes, apenas 6 evoluindo desta forma e Gomes et al, com 31 pacientes, não identificou nenhum com IC. **Relato de caso:** Masculino, 44 anos, com queixa de falta de ar e cansaço progressivo nos últimos meses. Relatava diagnóstico SS e ablação de flutter atrial, além de diabetes e hipotireoidismo. Apresentava calvície frontal e atrofia temporal (facies característica), pressão arterial 94/60mmHg, frequência cardíaca 84bpm e edema de membros inferiores. Realizada otimização terapêutica: enalapril, carvedilol, espironolactona e furosemida. Depois, rosuvastatina e ivabradina, além de insulina, janumet, gliclazida e levotiroxina. Persistiu em classe funcional III-IV. O eletrocardiograma era sinusal com bloqueio do ramo esquerdo (BRE). A ressonância magnética cardíaca (RM), evidenciou ventrículo esquerdo (VE) aumentado (diastólico 121mL/m² e sistólico 87mL/m²), fração de ejeção (FE) 27% e dissincronia, mas ausência de fibrose miocárdica. Holter sem arritmias. Eletrocardiograma de alta resolução ausente/negativo. Realizado implante de resincronizador cardiodesfibrilador (CRT-D) em 09/2016. Duas semanas após, estava em CF II-III. Após três meses, em CF I. Ecocardiogramas sequenciais mostraram remodelamento reverso: 07/2017 VE=50/39mm e FE=38%, 12/2019 FE=48% e em 10/2022 VE=44/32mm e FE=53%. **Conclusão:** Não há consenso acerca da resincronização cardíaca (RC) em pacientes com SS, sendo raros os casos descritos. O paciente em questão apresentava indicação clássica para RC: IC CF III em terapêutica medicamentosa adequada, BRE, VE dilatado e dissincronia. No seguimento, houve melhora de classe funcional e remodelamento reverso com diminuição de VE e melhora da FE, evidenciando que este pode ser um tratamento viável. Em 6 anos de seguimento, não houve documentação de arritmias malignas. Palavras-chave: síndrome de Steinert; terapia de resincronização cardíaca; insuficiência cardíaca.

22597

Apresentação rara de Amiloidose AL cardíaca fulminante

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO, LUIZ FLÁVIO DE ANDRADE PRADO, CLEVERTON CANUTO ARAGÃO, MARCO PAULO CUNHA CAMPOS, ERYCA VANESSA SANTOS DE JESUS, MAYRA PEREIRA SOUZA BARROS, FELIPE MONTEIRO AYRES DE OLIVEIRA, AUGUSTO CESAR MONTE ANDRADE, ISACK BRUNO NEVES MARQUES KONTTANY, VICTOR YURI SANTOS RAMOS, JOSÉ CARLOS DA SILVA JÚNIOR, MARÍLIA DE JESUS CUNHA, GABRIELA SACRAMENTO TENÓRIO COSTA e MARCO ANTÔNIO SILVA ROBLES.

Universidade Tiradentes, UNIT, Aracaju, SE, BRASIL - Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A Amiloidose é uma doença rara caracterizada pela deposição, de intensidade variável, da proteína amiloide dobrada de forma anômala no interstício dos tecidos orgânicos, substituindo miócitos por material fibrilar e determinando o espessamento das paredes cardíacas e um padrão restritivo à cardiomiopatia. A apresentação mais comum de amiloidose é a ATTR, porém a que evolui mais grave é a amiloidose AL, caracterizada pela deposição de imunoglobulinas de cadeias leves (Kappa ou Lambda), podendo levar a uma Insuficiência Cardíaca rapidamente progressiva. **Relato de caso:** Paciente masculino, 33 anos, sem comorbidades, iniciou quadro de Insuficiência Cardíaca característico com dispnéia paroxística noturna, ortopnéia e turgência de jugulares. Ao exame físico, notava-se macroglossia e equimose periorbital bilateral. O eletrocardiograma evidenciou ritmo sinusal, eixo de +5°, 72 BPM e baixa voltagem no plano frontal e radiografia de tórax com sinais de congestão pulmonar. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações renais, hepáticas ou distúrbio hidroeletrólito, sendo solicitado um ecocardiograma. Após 1 mês, o paciente retornou com exame evidenciando Fração de ejeção: 64%; DDVE: 48mm; DSVE: 36mm; Septo interventricular: 14mm; PP: 13mm, com hiper-refringência em septo interventricular; Vol. indexado de AE: 40ml. Diante do quadro, suspeitou-se de Amiloidose, sendo solicitada eletroforese de proteínas séricas e urinárias e retorno ao ambulatório. Após 5 meses, o paciente deu entrada no Hospital de Urgências com quadro de choque cardiogênico, FE: 7%, dependente de inotrópicos positivos - Dobutamina 20mcg/kg/min e Milirone 0,375mcg/kg/min. A Eletroforese de proteínas séricas e urinárias detectou pico monoclonal com inversão da relação albumina/globulina. Freelite kappa/lambda 0,1 (>0,26 excesso de cadeia lambda). Por conseguinte, houve a suspeita forte de mieloma múltiplo e quadro cardiológico de amiloidose AL primário. Foi solicitada avaliação da hematologia e biópsia de medula, ainda no hospital, detectando 24% de plasmócitos, confirmando mieloma múltiplo. Foi iniciada pulsoterapia com metilprednisolona, com melhora clínica significativa, saindo do quadro de choque cardiogênico e desmame de inotrópicos em 3 dias. No ecocardiograma houve um incremento da FE para 54%. Após 5 dias de pulsoterapia e recuperação total do quadro cardiogênico, foi iniciada quimioterapia com Bortezomib. O paciente segue assintomático do ponto de vista cardiovascular e em acompanhamento com a cardiologia e a hematologia. **Discussão:** Apesar de ser raro o comprometimento cardíaco na amiloidose, deve-se suspeitar de sua apresentação fulminante quando o paciente se apresenta em choque cardiogênico com indícios prévios de amiloidose, sendo um dos principais diagnósticos diferenciais da apresentação de insuficiência cardíaca fulminante. Palavras-chave: amiloidose; amiloidose AL; insuficiência cardíaca progressiva.

22598

Devemos empregar a cintilografia miocárdica para seguimento de cardiopatia amiloide? Relato de um caso controverso

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, PEDRO MANOEL GARIBALDI, ALEXANDRE BALDINI FIGUEIREDO, RODRIGO TOCANTIN CALADO, WILSON MARQUES JÚNIOR e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca por transtirretina (AC-ATTR) é uma cardiomiopatia restritiva infiltrativa progressiva. A cintilografia cardíaca com Tc99m-Pirofosfato (Cint-Piro) é utilizada para diagnóstico não invasivo da AC-ATTR e tem sido proposta também para quantificar o acúmulo amiloide no miocárdio e monitorar a evolução da doença. Relatamos aqui a evolução das imagens cardíacas de Cint-Piro de um paciente com AC-ATTR ao longo de 4 anos de tratamento com estabilizador de tetrameros da TTR. **Relato de caso:** Homem, 81 anos, branco, há 5 anos iniciou com quadro progressivo de polineuropatia periférica sensitivo-motora e disautonomia. Há 4 anos, recebeu diagnóstico de polineuropatia amiloide ATTR pela análise genética que mostrou mutação p.Val50Met. Investigação cardiológica à época mostrou NT- ProBNP = 350pg/ml, ECG: ritmo sinusal BAV 1º grau, e ecocardiograma (Eco) normal (septo interventricular, SIV = 11mm; FE=59%), com Cint-Piro positiva, com escore de Perugini grau 3, indicando envolvimento cardíaco pela ATTR. Iniciado tratamento com estabilizador de tetrameros da TTR, tafamidis 20mg/dia. Evoluiu com estabilidade do quadro neurológico, sem progressão da polineuropatia. Contudo, há 8 meses iniciou com dispnéia aos esforços e edema de membros inferiores. Investigação cardiológica mostrou: aumento de NT- ProBNP = 709pg/ml, ECG: bradicardia sinusal, com aumento do BAV 1º grau, zona elétrica inativa anterosseptal, redução da voltagem nas derivações periféricas, bloqueio completo de ramo esquerdo, Eco com SIV = 13mm, FEVE=51%; alteração do Strain: -13,6% com preservação apical. Contudo, a Cint-Piro mostrou redução do escore de Perugini para grau 1, sem evidência de acúmulo nas imagens de SPECT. **Discussão:** No caso apresentado, de acordo com outros relatos da literatura, a Cint-Piro mostrou-se método sensível para diagnóstico da AC-ATTR, mesmo antes que alterações ao ecocardiograma. Contudo, apesar da nítida progressão da AC-ATTR após 4 anos de evolução clínica sob uso de medicamento específico, com desenvolvimento de sinais de infiltração cardíaca ao Eco, observamos clara redução da intensidade de captação do radiotraçador no estudo cintilográfico. **Conclusão:** A Cint-Piro é ferramenta diagnóstica robusta para o diagnóstico não invasivo e precoce da AC-ATTR. Contudo, o seu uso para monitorar a progressão da doença ainda necessita mais ampla documentação, particularmente perante o efeito de drogas que interferem na cinética de acúmulo da proteína amiloide e em diferentes mutações associadas à AC-ATTR. Palavras-chave: amiloidose; cardiomiopatia; cintilografia; tomografia computadorizada de emissão de fóton único; pirofosfato de tecnécio tc 99m.

22601

Preditores de teste cardiopulmonar de exercício submáximo em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

LUÍSA MARTINS AVENA, FERNANDO LUIS SCOLARI, ANDERSON DONELLI DA SILVEIRA, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRAICH.

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

Fundamento: O teste cardiopulmonar de exercício (TCPE) é ferramenta essencial na avaliação prognóstica da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER), permitindo a avaliação funcional do sistema cardiovascular e ventilatório. Durante o teste, o quociente respiratório (QR), que é a relação entre a produção de CO₂ e o consumo de O₂ (VCO₂/VO₂), é usado para identificar esforço máximo quando ≥ 1.1 . No entanto, uma parcela significativa de pacientes não atinge esse limiar, o que pode limitar a interpretação do TCPE. **Objetivo:** Identificar a proporção e os preditores de um TCPE submáximo (QR<1.1) em pacientes com ICFER. **Métodos:** Foram incluídos pacientes consecutivos com ICFER (fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) <40%) que realizaram TCPE em um único hospital acadêmico entre 02/2007 e 09/2022. Foi utilizada regressão logística para determinar as variáveis clínicas associadas a teste submáximo. **Resultados:** Dos 727 pacientes com ICFER (idade média 55,6±11,1 anos, 61,6% do sexo masculino) que realizaram TCPE, 246 (33,8%) não atingiram maximalidade. O QR na amostra foi de 1,1±0,12, sendo 1,2±0,09 no grupo QR \geq 1.1 e 1,0±0,06 no grupo QR<1,1. O índice de massa corporal (IMC) dos pacientes que realizaram testes submáximos foi maior do que aqueles que atingiram R pico ≥ 1.1 (29,0±6,4, vs. 27,5±5,6, p=0,003). Predominantemente, os pacientes estavam em uso de terapia otimizada para ICFER, sendo que os pacientes que não atingiram a maximalidade estavam menos frequentemente em uso de diurético de alça (36,6% vs 63,6%, p=0,003). Em análise multivariada, sexo feminino (OR 2,08, IC 95% 1,43-3,03, p<0,0001), IMC (OR 1,04 para cada aumento de 1 Kg/m², IC 95% 1,00-1,08, p<0,031) e DPOC (OR 3,57, IC 95% 1,69-7,56, p=0,001) apresentaram associação com a realização de TCPE submáximo. **Conclusão:** O TCPE é de grande importância na estratificação de risco de pacientes com ICFER. Este estudo identificou que sexo feminino, IMC elevado e DPOC foram preditores de TCPE submáximo em pacientes com ICFER. Essas informações podem auxiliar na interpretação dos resultados do TCPE e na identificação de pacientes com maior chance de não atingir um teste máximo. **Palavras-chave:** teste cardiopulmonar de exercício; insuficiência cardíaca.

22602

Avanço na pesquisa genética através da espectrometria de massas na amiloidose por transtiretina: relato de caso

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, PEDRO MANOEL GARIBALDI, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, JUSSARA BIANCHI CASTELLI, WILSON MARQUES JÚNIOR, RODRIGO TOCANTINS CALADO e MARCUS VINÍCIUS SIMÕES.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Relato de caso: Paciente masculino, 55anos, há 3 anos iniciou com perda ponderal não intencional, disfunção erétil, boca e olhos secos e hipotensão postural. Há 1,5 ano, notou alteração de sensibilidade nos pés, com padrão ascendente, perda de sensibilidade profunda e fraqueza em MMII para marcha em acive. Eletromiografia mostrou com padrão de polineuropatia axonal crônica sensitiva e motora. Foi realizado teste genético, sem evidência de mutação do gene da Transtiretina (TTR). Avaliação cardiológica mostrou ECG com baixa voltagem, Ecocardiograma com dilatação de grau leve do átrio esquerdo, septo interventricular = 11 mm, com Strain longitudinal global (SLG) de -20,8%. NT-ProBNP = 193pg/ml. Nos exames laboratoriais, presença de pico monoclonal (PM) com componente Kappa na imunofixação sérica. Frente às evidências de cardiopatia e suspeita de amiloidose cardíaca (AC) por cadeias leves (AL), optou-se por realizar-se Ressonância Magnética Cardíaca que mostrou espessamento de paredes ventriculares e realce tardio característico de AC com padrão subendocárdico difuso das paredes do VE e nas paredes atriais. Diante da possibilidade de AC-AL foram realizadas biópsias de gordura abdominal e medula óssea sem evidência de material amiloide. Realizada biópsia endomiocárdica (BEM), com achado de depósitos amorfo corados por Vermelho Congo, exibindo birrefringência anômala verde-maçã à luz polarizada, fechando o diagnóstico de AC. A espectrometria de massas (EM) identificou a proteína amiloidogênica como sendo TTR, com perfil de peptídeos indicando padrão decorrente de mutação V50M, concluindo diagnóstico de AC-ATTR hereditária, sendo iniciado tratamento com Tafamidis. **Discussão:** Ainda que a análise genética para pesquisa de mutação dos genes da TTR tenha sensibilidade muito alta, falsos negativos podem ocorrer raramente, como no caso mostrado aqui. Perante a alta suspeita clínica, a realização da BEM foi fundamental para confirmar-se o diagnóstico de AC, enquanto a análise pela EM também foi essencial para a caracterização da proteína amiloidogênica, definição da forma da AC como ATTR hereditária e identificação da mutação presente (V50M). Este caso ilustra um novo potencial da EM para identificação altamente precisa da proteína amiloidogênica, com implicações práticas para estabelecimento do plano terapêutico. **Palavras-chave:** amiloidose familiar; espectrometria de massas; genética; mutação puntual; biópsia.

22603

Avaliação do perfil de microalbuminúria em pacientes portadores de insuficiência cardíaca aguda em um hospital terciário de referência em Cardiologia, Recife, PE

RODRIGO BRITO DE BARRÓS CORREIA E SILVA, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, CAIO CEZAR GOMES REZENDE, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, TACIANA QUEIROZ MEDEIROS GOMES, FIAMMA FERREIRA NOGUEIRA, SUELLEN LÍDIA DA SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

Universidade Estadual de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A albuminúria é bem reconhecida como marcador de lesão renal e de eventos cardiovasculares. Estudos recentes relataram elevada prevalência de albuminúria em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, e estabeleceram relação prognóstica negativa para eventos. Quanto a considerar a albuminúria como um alvo terapêutico na Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA), ainda não há ensaios clínicos randomizados que testem esta hipótese. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de albuminúria em pacientes com ICA em um hospital de referência cardiológica e suas características clínico-epidemiológicas. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de caráter observacional e descritivo. A amostra continha pacientes internados na emergência cardiológica de um hospital terciário, no segundo semestre de 2022, e informações coletadas em prontuário eletrônico. Foram analisadas amostras de urina das primeiras 24 horas do internamento com testes de tiras reagentes de amostra urinária usadas para análise qualitativa ou semi-quantitativa de microalbuminúria. Um total de 41 pacientes com ICA foram considerados elegíveis. De modo geral, a amostra foi composta por adultos com idade média de 59,3 anos, em sua maioria homens. Entre as comorbidades mais prevalentes estava a HAS, seguida do tabagismo. Não houve associação entre a intensidade de albuminúria e os subtipos de IC (crônica x nova) ou fração de ejeção, com p>0,123. Os clearances de creatinina na albuminúria intensa foram estatisticamente inferiores quando comparados a leve/moderada e ausente. Não houve associação significativa entre os desfechos clínicos (alta ou óbito) e os níveis de albuminúria. **Resultados:** Embora não tenha havido associação significativa da albuminúria e os subtipos de ICA, houve uma clara tendência de maior prevalência de albuminúria nos pacientes com ICA nova em relação a IC crônica agudizada. Isso pode ser justificado pelo menor tempo para a adaptação cardiorenal deste fenótipo, não havendo na literatura atual tal avaliação isolada. Apesar de ausência de significância estatística com a fração de ejeção (FE), houve uma maior prevalência de IC de FE reduzida no subgrupo com albuminúria presente, independente da intensidade. Foi evidenciado que pacientes com clearance de creatinina mais baixos apresentaram albuminúria de forma mais intensa, semelhante a outros estudos com IC descompensada. O desenho do estudo não permite avaliações mais aprofundadas da correlação de albuminúria e desfechos clínicos, contudo apenas no grupo sem albuminúria houve alta precoce, podendo refletir a importância da albuminúria como marcador de gravidade na IC descompensada. **Conclusão:** Esse estudo pôde estabelecer um perfil de albuminúria em pacientes com IC descompensada atendidos em um serviço de referência, estabelecendo algumas tendências de mau prognóstico, como ausência de alta precoce naqueles com albuminúria presente. **Palavras-chave:** albuminúria; insuficiência cardíaca.

22607

Relato de caso: amiloidose cardíaca por transtiretina em paciente com disfunção nova de ventrículo direito

RENATA TURRINI JACOB FAZOLI, JÚLIA FERNANDES AGUIAR, GIORGIO MARINARO, FELIPE HADDAD LOVATO, PEDRO PANNUNZO MARANZANO, AMANDA FERINO TEIXEIRA, ALFREDO AURÉLIO MARINHO ROSA FILHO, ALAN VITOR JERÔNIMO FILHO, GIOVANA PEREIRA BELITARDO, ISABELA SECOL CORTEZE, ARTHUR ANTUNES SILVA CASTRO, HENRIQUE JOSÉ ALVIM DO AMARAL CALAÇA, VINÍCIUS RODRIGUES FLORENÇO, WALBERTO MONTEIRO NEIVA EULÁLIO FILHO e EDUARDO ROSA DE OLIVEIRA.

Hospital Sirio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca por transtiretina é uma condição de alta morbimortalidade, porém subdiagnosticada. Estima-se que o paciente demora em média dois anos para a confirmação, passando por cinco diferentes profissionais. Frente ao grande avanço nos exames complementares e na terapêutica, é de suma importância a suspeição clínica para início precoce de terapia. **Relato de caso:** Paciente 77 anos, masculino, coronariopata com angioplastia percutânea eletiva prévia, fibrilação atrial e implante de marcapasso. Interna em 18º dia pós-operatório de artroplastia de quadril com síndrome congestiva, caracterizada por edema periférico, dispnéia aos esforços e ortopneia. Ecocardiograma revelou aumento biaxial, fração de ejeção preservada, aumento de espessura miocárdica (septo ventricular 13mm; parede posterior 12mm), nova disfunção sistólica de ventrículo direito e pressão sistólica da artéria pulmonar de 72mmHg, não sendo possível análise da função diastólica. Como primeira hipótese aventou-se o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, descartado por angiografia de tórax. Em investigação subsequente por angiogramografia de coronárias não houve redução luminal. Para maior caracterização da miocardiopatia, optou-se por ressonância miocárdica, com achados morfológicos semelhantes ao ecocardiograma e compatíveis com miocardiopatia restritiva com aumento do volume extra-celular e realce tardio miocárdico multifocal de padrão não coronariano, de predominância mediobasal do ventrículo esquerdo. Afastado amiloidose AL, com eletroforese de proteínas com imunofixação sérica e urinária negativas. Após, realizado Cintilografia com Pirofosfato, confirmando o diagnóstico de amiloidose por transtiretina. Paciente foi encaminhado para coleta ambulatorial de painel genético e início de terapia específica. **Conclusão:** No caso descrito, paciente coronariopata evoluiu com quadro de insuficiência cardíaca com disfunção nova de ventrículo direito no contexto de pós-operatório, devendo-se afastar tromboembolismo pulmonar e causas isquêmicas. Diante de paciente idoso com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada ou na presença de sinais de alerta para o diagnóstico de amiloidose, a ressonância magnética cardíaca torna-se essencial, elevando a suspeição e afastando diagnósticos diferenciais. Por se tratar de condição subdiagnosticada, segue-se fluxograma específico com exclusão de outros subtipos de amiloidose, sendo a AL a mais prevalente. O diagnóstico da amiloidose por transtiretina é dado através de cintilografia miocárdica com pirofosfato marcado com tecnécio 99 através da captação correspondente ao grau 2 ou 3, ou se a relação cardíaca/tórax contralateral >1,5. Portanto, a suspeita e a realização do seqüência diagnóstica são de fundamental importância, dado que o tratamento específico precoce mostra redução de mortalidade. **Palavras-chave:** amiloidose; transtiretina; ICFEP.

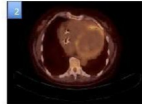
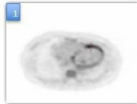
22608

Sarcoidose associada à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

RUIZA GONÇALVES ROCHA, ANDRÉ LUIS BEZERRA LABAT, VAGNER MADRINI JÚNIOR, VINICIUS MACHADO CORREIA, FÁBIO FERNANDES, FÉLIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES, JULIANA ALZIRA GONZALES OLIVEIRA LEGUIZAMON, MATHEUS RAMOS DAL PIAZ, GIOVANNA CHIQUETO DUARTE, ALEXANDRE VITORATTO GRUNEWALD e ANTONIO CARLOS FONSECA DE QUEIROZ FILHO.

Instituto do Coração, Incor, USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A sarcoidose é uma patologia inflamatória granulomatosa, sem etiologia definida, sendo mais prevalente entre mulheres e a população negra. A doença se constitui por granulomas não caseosos, com acometimento multissistêmico, afetando principalmente pulmões (90%), pele, linfonodos, sistema nervoso central, olhos, fígado, coração e outros órgãos. O envolvimento cardíaco, manifesta-se entre 5 a 10% dos pacientes com Sarcoidose, caracterizando-se, principalmente, por disfunção biventricular, também desencadeando arritmias ventriculares e bloqueios cardíacos, podendo apresentar o Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT), como primeira manifestação da doença. **Delineamento e Amostra:** Estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso, com objetivo de relatar uma doença de difícil diagnóstico, com relevância clínica para futuros estudos. **Relato de caso:** Mulher, 59 anos, com antecedentes de artrite reumatoide, hipotireoidismo e lúpus cutâneo. Em 2021, iniciou episódios de síncope associadas ao BAVT, sendo submetida à implante de Marca-Passo (MP) definitivo. Em 2022, evoluiu com quadro de dispneia classe funcional III e edema de membros inferiores, além do aparecimento de linfadenomegalias em regiões axilares e inguinais. A biópsia de linfonodo inguinal evidenciou processo inflamatório granulomatoso, com esclerose concêntrica, sem centros necróticos, com pesquisa de BAAR (Bacilo Ácido Resistente) negativa. Realizado ecocardiograma transtorácico, que evidenciou fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 23%. O PET (Tomografia por Emissão de Positrons) demonstrou acometimento cardíaco de segmento médio anterossupl e inferosupl, segmento apical septal, anterior e inferior, segmento médio e basal lateral (Figuras 1 e 2). Iniciado tratamento com corticoterapia e, posteriormente, com metotrexato, além de medidas para insuficiência cardíaca, com melhora dos sintomas, porém, sem melhora de função ventricular. Devido risco elevado de arritmias ventriculares e ausência de melhora da função ventricular após otimização de medidas clínicas, foi indicado upgrade de MP para Cardíaco Desfibrilador Implantável (CDI) + Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC). **Conclusão:** A Sarcoidose é uma doença rara, multissistêmica, no qual o acometimento cardíaco determina pior prognóstico. O caso acima destaca-se pela refratariedade da disfunção ventricular, perante medidas clínicas otimizadas, com a necessidade de intervenção por meio de CDI + TRC. **Palavras-chave:** sarcoidose cardíaca; cardiodesfibrilador implantável; terapia de ressincronização cardíaca.



22610

Remodelamento reverso em coração transplantado: relato de caso

ALINE CARBONERA, DAIANE DAROS BELLAVER, MARCELY GIMENES BONATTO e ANDRESSA DE OLIVEIRA COIRADAS.

Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco é o tratamento de escolha para pacientes com insuficiência cardíaca avançada refratária às intervenções necessárias. Apesar do avanço da terapia imunossupressora e das técnicas cirúrgicas melhorando sobrevida após o transplante, complicações precoces (como disfunção primária do enxerto, disfunção de ventrículo direito e infecções) ou tardias (doença vascular do enxerto e neoplasias) afetam a morbimortalidade desses pacientes. Apresentamos o caso de um paciente que evoluiu com disfunção tardia de enxerto após 21 anos do transplante cardíaco, manifesta como disfunção sistólica e diastólica de ventrículo esquerdo (VE) ao ecocardiograma transtorácico (ECOTT), apresentando remodelamento reverso ao uso de inibidor da neprililina e receptor de angiotensina (INRA) e beta-bloqueador. **Relato de caso:** Masculino, 48 anos, transplantado cardíaco em 1996 por miocardiopatia dilatada. Boa evolução clínica após o transplante, bom controle de imunossupressores e último ECOTT em 2014 apresentando fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) 60%, sem disfunções. Em uso de azatioprina, ciclosporina e enalapril. ECOTT realizado em 2017 apresentou FEVE 47%, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) excêntrica, disfunção diastólica grau II. Iniciou-se investigação com cineangiocoronariografia (sem evidência de lesões coronarianas obstrutivas), biópsia miocárdica sem evidência de rejeição (OR, pAMR 0, C4d negativo), painel imunológico 18,4% (classe I anti B8, classe II anti DQ A4, A5, A6, B3 - sem informações sobre HLA doador) e não apresentava evidências de doença vascular do enxerto ou quadro infeccioso associado. Evoluiu com piora progressiva da FEVE (novo ECOTT em 2019 com FEVE 35%, HVE excêntrica e hipocinesia). Optado por iniciar INRA (boa tolerância a dose de 100mg 12/12h) em associação a carvedilol. Após 5 meses de tratamento, ECOTT evidenciou remodelamento reverso (FEVE 48%) mantendo semelhante até atualmente (ECOTT de 2022 com FEVE 52%). **Discussão:** O tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) está bem estabelecido com a associação dos quatro pilares (IECA/BRA/INRA, beta-bloqueador, inibidor de ISGLT-2 e antagonista do receptor de aldosterona) como tratamento padrão ouro e potencial de remodelamento reverso, o que impacta de maneira favorável no prognóstico dos pacientes. Porém, o efeito desse tratamento em coração transplantado é pouco conhecido. O caso relatado apresentou disfunção tardia de enxerto manifesta como ICFER, sem evidência de rejeição celular ou humoral, doença vascular do enxerto ou outra etiologia para a disfunção de VE. Ao ser submetido ao uso de INRA em associação a betabloqueador, houve remodelamento reverso e boa evolução clínica. Mais estudos são necessários para elucidar o papel da modulação neuro-hormonal no tratamento da disfunção tardia do enxerto. **Palavras-chave:** transplante cardíaco; remodelamento reverso; complicações; insuficiência cardíaca.

22611

Relação entre a ocorrência de síndrome cardiorenal em pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) e levemente reduzida (ICFELR) e o tempo de internamento em hospital terciário de Sergipe

DÉBORAH ESTEVES CARVALHO, MARCELO ANTÔNIO SILVA MENEZES, JOÃO VICTOR ANDRADE PIMENTEL, LUISE OLIVEIRA RIBEIRO DA SILVA, LEONARDO SANTANA ANDRADE, LETÍCIA MARIA CARDOSO LIMA RODRIGUES, LORENA GABRYELLY DA SILVA ALVES, LETÍCIA ALMEIDA MEIRA, CLÁUDIA BISPO MARTINS SANTOS, ELOYSE EMANUELE NUNES SILVA, GABRYELLE EDUARDA GAMA DOS SANTOS, FELIPE MONTEIRO AYRES DE OLIVEIRA, ISACK BRUNO NEVES MARQUES KONTTANY, CLEVERTON CANUTO ARAGÃO e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO.

Universidade Tiradentes, UNIT, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Federal de Sergipe, UFS, Aracaju, SE, BRASIL - Fundação Beneficente Hospital Cirurgia, FBHC, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca é considerada uma síndrome clínica epidêmica atingindo aproximadamente 2% da população adulta mundial. Sabidamente manifesta-se de maneira sistêmica e multifatorial, afetando toda a estrutura orgânica, levando a um maior número de internações e consequentemente elevada mortalidade intra-hospitalar, independentemente do motivo primário de internação. Devido a essa incidência, urge a necessidade de estabelecer correlações significativas entre o tempo de internamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) e fração de ejeção levemente reduzida (ICFELR) e as já conhecidas agressões orgânicas, a exemplo da Síndrome Cardiorenal. **Objetivo:** Relacionar o tempo de internamento com a ocorrência de síndrome cardiorenal (SCR) em pacientes portadores de ICFER e ICFELR em hospital terciário de Sergipe. **Delineamento e Métodos:** A presente pesquisa trata-se de um estudo de coorte transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido na enfermagem de cardiologia de um hospital terciário de Sergipe. O período de acompanhamento dos pacientes foi vinculado ao tempo de internação. Foram incluídos 52 pacientes ($X=66\pm 13$ anos) portadores de ICFER e ICFELR, de acordo com a classificação KDIGO, em portadores (KDIGO 1, 2 ou 3) ou não de lesão renal aguda. A normalidade da amostra foi analisada por meio do teste de Kolmogorov Smirnov. Empregou-se o teste U de Mann-Whitney. Admitiu-se uma significância de 5% em todas as análises. **Resultados:** Entre os 52 pacientes incluídos, 29 (56%) eram do sexo masculino e 23 (44%) do sexo feminino. Na classificação de KDIGO, 21 (40%) dos pacientes em estágio 1; 3 (6%) estágio 2; 2 (4%) estágio 3. Em relação Fração de Ejeção do ventrículo esquerdo, 35 (67%) possuíam ICFER e 17 (33%) ICFELR; 17 (33%) possuía ICFER e KDIGO estágio 1; 2 (4%) ICFER e KDIGO estágio 2; 2 (4%) ICFER e KDIGO estágio 3; 4 (8%) ICFELR e KDIGO estágio 1; 1 (2%) ICFELR e KDIGO estágio 2. Os pacientes que não desenvolveram síndrome cardiorenal apresentaram menor quantidade de dias de internamento quando comparados aos indivíduos portadores de ICFER e ICFELR que apresentaram lesão renal aguda (13, 38 vs. 29,96; $p=0,001$). **Conclusão:** Observou-se que os pacientes que desenvolveram síndrome cardiorenal apresentaram um tempo de internação significativamente maior em comparação aos pacientes sem essa complicação. Esses resultados ressaltam a importância da monitorização e do manejo adequado da função renal em pacientes com insuficiência cardíaca com meta de pré, pós-carga e contratilidade miocárdica otimizadas, visando reduzir o tempo de internação e melhorar os desfechos clínicos. **Palavras-chave:** síndrome cardiorenal; insuficiência cardíaca; fração de ejeção reduzida; fração de ejeção levemente reduzida.

22612

Avaliação das variáveis prognósticas do teste cardiopulmonar de exercício após conclusão de programa de reabilitação em insuficiência cardíaca

FELIPE LOPES MALAFAIA, GRABRIELA ZANUSSI BARRETO ALVES, RAQUEL YURI MORI, BIANCA SPROVIERI MORAES, MARIANA SILVEIRA DE ALCANTARA CHAUD, MAURÍCIO CRUZ THOMAZI, ENÉAS ANTONIO ROCCO e PEDRO GABRIEL MELO BARROS E SILVA.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tem prevalência crescente e se associa a significativa morbidade e mortalidade. O comprometimento funcional e a baixa tolerância ao exercício são comuns nos pacientes com IC, sendo fatores de risco de pior prognóstico nessa população. A prática regular de exercícios é uma modalidade terapêutica capaz de reverter os mecanismos fisiopatológicos na IC. O teste cardiopulmonar é o exame padrão ouro na avaliação pré-participação nos programas de reabilitação assim como na avaliação da melhora da capacidade funcional ao fim do programa. **Objetivo:** Este trabalho buscou avaliar o comportamento das variáveis do TCPE que se correlacionam com pior prognóstico nesta população. **Métodos:** Foi realizada a revisão dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de IC de fração de ejeção reduzida ou levemente reduzida de diferentes etiologias admitidos ao programa de reabilitação cardiopulmonar entre janeiro de 2017 e janeiro de 2023. Esses pacientes realizaram um programa de tempo individualizado, com duas ou três sessões de exercício por semana e duração de uma hora, compostas por treino aeróbico em esteira e treino de força muscular. O treino dos pacientes foi prescrito com base no teste cardiopulmonar de exercício e demais testes funcionais realizados no início do programa. A progressão da intensidade do treino foi baseada na frequência cardíaca (FC) e na tolerância do paciente pela escala de Borg. Foram excluídos do estudo os pacientes que tinham IC com fração de ejeção (FE) preservada e aqueles que não realizaram o TCPE pré e pós-programa bem como os que não tinham documentação das variáveis avaliadas. **Resultados:** Vinte pacientes com ICFER e IC com fração de ejeção levemente reduzida foram incluídos no estudo, com idade média de $60,3\pm 9,7$ anos, 75% do sexo masculino, 81% com etiologia isquêmica e 10% etiologia dilatada idiopática. O VO2 inicial dos treinos foi de $17,7\pm 5,7$ ml/Kg/min e de $20,3\pm 6,3$ ml/Kg/min ao término do programa, representando um ganho total de 14,6%. O VE/VCO2 slope inicial foi de $35,5\pm 8,1$ e ao término de $36,0\pm 8,2$. OS valores do OUES encontrados foram 1591 ± 468 no início e 1809 ± 530 ao final do programa representando uma melhora 13,7%. **Conclusão:** Apesar de não ter havido melhora do VE/VCO2 slope foi observado, incremento no VO2 pico e OUES sugerindo melhora funcional cardiocirculatória de componente periférico. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; reabilitação; teste cardiopulmonar.

22614

Melhora da qualidade de vida aferida pelo SF36 após conclusão de Programa de reabilitação em insuficiência cardíaca

FELIPE LOPES MALAFAIA, GRABRIELA ZANUSSI BARRETO ALVES, RAQUEL YURI MORI, BIANCA SPROVIERI MORAES, MARIANA SILVEIRA DE ALCANTARA CHAUD, AMANDA BARBUJO TEIXEIRA, ENÉAS ANTONIO ROCCO e PEDRO GABRIEL MELO BARROS E SILVA.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tem prevalência crescente e se associa a significativa morbidade e mortalidade. O comprometimento funcional e a baixa tolerância ao exercício são comuns nos pacientes com IC, sendo fatores de risco de pior prognóstico nessa população. A prática regular de exercícios é uma modalidade terapêutica capaz de reverter os mecanismos fisiopatológicos na IC e promover melhora na qualidade de vida. Além da melhora funcional observada nos parâmetros do teste cardiopulmonar de exercício a melhora da qualidade de vida pode ser aferida por questionários validados. **Objetivo:** Este trabalho buscou avaliar o comportamento das variáveis do TCPE e sua correlação com a melhora da qualidade de vida aferida pelo questionário SF36. **Métodos:** Foi realizada a revisão dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de IC de fração de ejeção reduzida (ICFER) de diferentes etiologias admitidos ao programa de reabilitação cardiopulmonar entre janeiro de 2017 e janeiro de 2023. Esses pacientes realizaram um programa de tempo individualizado, com duas ou três sessões de exercício por semana e duração de uma hora, compostas por treino aeróbico em esteira e treino de força muscular. O treino dos pacientes foi prescrito com base no teste cardiopulmonar de exercício e demais testes funcionais realizados no início do programa. A progressão da intensidade do treino foi baseada na frequência cardíaca (FC) e na tolerância do paciente pela escala de Borg. O questionário SF36 foi aplicado antes do início e ao término do programa. Foram excluídos do estudo os pacientes que tinham IC com fração de ejeção (FE) preservada e aqueles que não completaram o questionário SF36 antes e após o programa. **Resultados:** Trinta e nove pacientes com ICFER foram incluídos no estudo, com idade média de 62,1±10,5 anos, 79,5% do sexo masculino, 69,2% com etiologia isquêmica e 12,8% etiologia dilatada idiopática. A FEVE média foi de 33,9±5,4%. O VO2 inicial dos treinos foi de 17,6±4,9ml/Kg/min e de 19,8±5,4ml/Kg/min ao término do programa, representando um ganho total de 11,2%. A pontuação no SF36 ao início do programa foi 105,1±18,0 e ao final do programa 116,2±14,1 representando uma melhora de 10,5%. **Conclusão:** O programa de reabilitação cardiopulmonar representou uma melhora proporcional da capacidade funcional e qualidade de vida reafirmando sua importância como ferramenta terapêutica em portadores de ICFER. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; reabilitação; qualidade de vida.

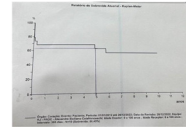
22615

Série de casos em centro transplantador privado, no Rio de Janeiro

GUILHERME MARCOS LEVY LAMELLA, ANA LUIZA SALLES, LÍGIA NERES, ALEXANDRE SICILIANO, BRUNO MARQUES, DIEGO SARTY, MARCELO RAMALHO, FÁBIO LA TRAVERSO, ARNALDO RABISCHOFFSKY e NATHÁLIA FERREIRA PALOMO VALLE.

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

Fundamento: O transplante cardíaco e renal são intervenções cruciais em casos de insuficiência cardíaca avançada e renal crônica, respectivamente. A evidência científica respalda fortemente esses procedimentos em circunstâncias específicas. O transplante duplo pode ser considerado quando ambas as insuficiências estão presentes. **Objetivo:** Nosso objetivo é descrever a população de pacientes transplantados, suas características clínicas e o prognóstico associado. **Relato de caso:** O hospital de referência em insuficiência cardíaca, classificado internacionalmente como um hospital quaternário, investiu intensivamente no treinamento de sua equipe multidisciplinar para oferecer uma abordagem especializada a pacientes com esse perfil. Nos últimos 10 anos, foram realizados um total de 20 transplantes cardíacos nessa instituição, dos quais quatro foram transplantes duplos, envolvendo tanto o coração quanto o rim. É importante ressaltar que a maioria dos receptores (85%) era do sexo masculino, com um peso médio de 72kg. Além disso, a relação entre o peso do receptor e o peso do doador foi de 1,0583, e o tempo médio de espera pelo órgão foi de 172 dias. Dentre os pacientes do grupo transplantado, 55% estavam em uma posição prioritária, todos eles necessitando de algum tipo de suporte hemodinâmico. Desse grupo, 30% foram submetidos ao uso do sistema de assistência circulatória Centrimag, enquanto 20% receberam transplantes de ponte com o dispositivo HeartMate. Quanto à causa subjacente da insuficiência cardíaca, a etiologia isquêmica foi a mais prevalente, responsável por 55% dos casos. Com base na avaliação de risco pré-operatório, observou-se que 65% dos receptores já haviam passado por uma reoperação cardíaca anteriormente. Além disso, 75% dos pacientes foram testados positivos para citomegalovírus, e o mesmo percentual estava sob anticoagulação. O resistência vascular pulmonar média de 2,67, e 60% dos transplantes apresentaram crossmatch negativa. O escore médio do Donor foi de 16,85%. Todos os doadores captados estavam recebendo tratamento com antibióticos, e um valor médio de 16,85% foi registrado para o escore EuroDonor. Além disso, 15% dos doadores apresentaram paradas cardíacas. Esses detalhes ilustram a complexidade e os desafios enfrentados pela equipe médica ao lidar com essa população transplantada. **Conclusão:** Visto a gravidade e a seleção de pacientes apresentado, ocorreu 20% de óbitos no pós-operatório, os demais tiveram alta e seguimento. Após 1 ano, 75% de sobrevida total, 70% ainda em seguimento com média de 5,25 ano. O transplante cardíaco demanda suporte ultra especializado, multidisciplinar, sendo tais estatísticas compatíveis com grandes centros de transplante no cenário mundial. **Palavras-chave:** série de casos em centro transplantador.



22623

Aumento da mortalidade intra-hospitalar por insuficiência cardíaca no SUS: uma análise crítica das informações do DATASUS

MARCUS SIMÕES, TAINA C. PELLINI SIMÕES, ROSANE APARECIDA MONTEIRO e AFONSO DINIZ C. PASSOS.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição associada à elevada mortalidade e morbidade e estudos recentes têm mostrado aumento da sua prevalência no mundo todo. Contudo, há grande escassez de dados epidemiológicos sobre IC no Brasil. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi atualizar os dados epidemiológicos de IC no Brasil, utilizando as bases de dados do DATASUS. **Métodos:** A partir de acesso da plataforma online do DATASUS, extraímos dados sobre hospitalizações gerais e letalidade intra-hospitalar pelas principais doenças cardiovasculares (DCV): IC, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), usando os códigos de CID respectivos. A mortalidade por IC na população geral brasileira foi levantada a partir da plataforma Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Resultados:** Entre os anos de 2008 e 2019 observamos aumento das internações gerais no SUS de 12,3% (de 10.848.552 para 12.185.437 internações), enquanto as internações pelas principais doenças cardiovasculares somadas (IC, IAM, AVC) tiveram aumento mais discreto, de 1.106.568 para 1.180.508 (aumento de 6,7%). No mesmo período as internações por IC se reduziram em 26,2% (de 270.998 para 199.858 internações), representando 2,5% e 1,6% das internações gerais nos respectivos anos. Em paralelo, apesar da redução das internações, a mortalidade intra-hospitalar por IC aumentou no mesmo período, de 8,3% para 11,4%. Em comparação, as internações por IAM, no mesmo período, aumentaram de 63.388 para 132.173 internações, aumento de 108%, mas exibiram redução de mortalidade intra-hospitalar de 13,6% para 9,7%. Para AVC, observamos aumento de internações de 123.613 para 184.739 internações (aumento de 49%), com redução de letalidade intra-hospitalar de 16,8% para 14,3%. A partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade, observamos no mesmo período significativa redução da mortalidade por IC no Brasil partindo de 14,4 mortes/100.000 habitantes em 2008 e atingindo 12,9 mortes/100.000 habitantes em 2019. **Conclusão:** A mortalidade intra-hospitalar por IC no Brasil vêm se elevando nos últimos anos, em paralelo à redução significativa do número de internações, principalmente se comparada às outras DCV. Esses dados sugerem haver uma seleção de casos mais graves para internação hospitalar no SUS, provavelmente pela restrição de oferta de leitos no SUS. Esses resultados mostram uma tendência a subestimar-se a gravidade da IC descompensada frente a outras DCV como o IAM e AVC. É necessária e urgente a educação dos médicos e gestores públicos sobre o real significado clínico e prognóstico da IC no Brasil. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca descompensada; mortalidade; saúde pública.

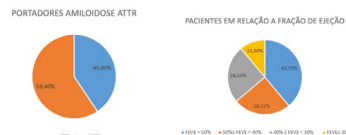
22625

Teste de caminhada de seis minutos em um coorte pacientes com amiloidose ATTR com acometimento cardíaco

NATALIA DE MELO PEREIRA, GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA, BRUNO VAZ KERGES BUENO, CAIO REBOUÇAS FONSECA CAFEZEIRO, ARISTOTELES COMTE DE ALENCAR NETO, JOAO HENRIQUE RISSATO, SÚENIA FREITAS CARVALHAL, THAIS SOUSA BORGES, BÁRBARA ALMERINDA REIS NASCIMENTO e FABIO FERNANDES.

Incor, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O teste de caminhada de seis minutos (6MWT) é amplamente utilizado como avaliação objetiva da capacidade funcional de exercício na insuficiência cardíaca (IC). Desta forma, quando o teste é inferior de 300m, associe-se pior prognóstico. No entanto, pouco se sabe sobre o 6MWT na avaliação de pacientes portadores de amiloidose cardíaca por transtiretina (AC-TTR). **Objetivo:** Descrever o 6MWT de uma coorte de pacientes com AC-TTR da unidade de especializada em Miocardiopatias do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP (Incor), período 2020 a 2023. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional, descritivo e de tipo retrospectivo. Foram incluídos os pacientes com diagnóstico de AC-TTR com idade ≥18 anos e excluídos os pacientes que não fizeram ou não concluíram 6MWT. **Resultados:** Foram incluídos 32 pacientes, divididos em 40,6% ATTR wild type (ATTRwt) e 59,4% ATTR variante (ATTRv), idade média 72,13 anos, sendo 93,7% do sexo masculino. As distâncias de caminhada (DC) de seis minutos (6MWD) máxima, média e mínima foram 590,88m, 336,05m e 167,61m, respectivamente. Em relação ao peptídeo natriurético tipo B (BNP), apenas 3,1% com BNP <200pg/ml, 12,5% com BNP 200–500pg/ml, e os demais todos com BNP >500pg/ml. Observado que 21,9% eram classe I da NYHA, 68,7% eram NYHA classe II, e 9,4% eram NYHA classe III. Em relação fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), 43,7% com FEVE >50%, 28,1% com FEVE 50–40%, 28,1% 40% ≤ FEVE <30% e 12,5% com FEVE ≤30%. Quanto ao ritmo foi observado 9,4% com ritmo de marca-passo, 34,4% com ritmo de fibrilação atrial e 56,3% com ritmo sinusal. Sobre alterações diastólicas, 40,6% os pacientes tiveram a avaliação prejudicada, dos que foram avaliados, 6,2% diástole grau I, 25% diástole grau II e 28,1% grau III. Apenas 02 pacientes sem sintomas de polineuropatia amiloidótica, sendo 78,1% polineuropathy disability (PND) estágio 1 e 15,6% estágio 2. **Conclusão:** A maioria dos pacientes com diagnóstico de AC-TTR avaliados apresentaram PND estágio I, classe funcional II da NYHA e BNP elevado, dos quais o 44% apresentou valor ≤300 no teste de 6MWT. Sendo assim, 6MWT é uma ferramenta valiosa na avaliação da capacidade de exercício funcional em pacientes com AC-TTR. **Palavras-chave:** teste de caminhada de seis minutos; amiloidose transtiretina; acometimento cardíaco.



22627

Frequência de taquicardia ventricular não sustentada na cardiomiopatia hipertrófica

DIEGO ARAUJO SILVA, JULIANO NOVAES CARDOSO, EDMUNDO ARTEAGA, GEORGINA DEL CISNE, VIVIANE T HOTTA, BARBARA IANNI, FELIX ALVAREZ RAMIRES, LUCIANO NASTARI e FABIO FERNANDES.

Associação Santa Marcelina, FASM, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto do Coração do HCFMUSP, SP, BRASIL.

Fundamento: A taquicardia ventricular é uma arritmia temida no paciente com cardiomiopatia hipertrófica (CMH). Sendo esta arritmia um dos critérios que avaliamos na estratificação de risco de morte súbita para indicar o implante de um cardiodesfibrilador implantável. É considerado significativa uma taquicardia ventricular não sustentada (TVNS) com ≥ 10 batimentos com frequência elevada. **Materiais e Métodos:** Procuramos avaliar em uma coorte de pacientes com CMH, aqueles que foram submetidos ao exame de Holter 24h. Procuramos identificar o ritmo, avaliar as características das arritmias e verificar a frequência das TVNS. **Resultados:** Foram incluídos um total de 763 pacientes que realizaram Holter, sendo que 406 pacientes (53,21%) eram do sexo masculino. A idade média (DP) foi de 52,63 anos. Ritmo de fibrilação atrial foi identificado em 66 pacientes (8,7%). A FEVE média (DP) foi de 55,65% (11,46). Os parâmetros encontrados no holter estão na tabela 1. A frequência cardíaca (FC) média no holter foi de 70,32bpm (10,98). Dos pacientes avaliados, 385 pacientes (50,45%) apresentaram FC média <70bpm. A presença de taquicardia ventricular no holter 24 horas foi evidenciada em 218 pacientes (28,6%). Sendo que 35 pacientes (4,6% do total) apresentaram TVNS com 10 ou mais batimentos. Destes, 15 pacientes (2%) apresentavam frequência >120 bpm e apenas 3 pacientes (0,4%) apresentaram FC >150bpm. Nenhum paciente apresentou TVNS ≥ 10 batimentos e FC >200bpm. **Conclusão:** A presença de taquicardia ventricular não sustentada com número significativo de batimentos (≥ 10 batimentos) foi encontrado em poucos pacientes (4,6% do total de pacientes avaliados). E quando analisamos os dois fatores em conjunto (TVNS com ≥ 10 batimentos com FC elevada) encontramos uma frequência ainda mais baixa. **Palavras-chave:** taquicardia ventricular; cardiomiopatia hipertrófica.

Tabela 1. Holter (n=763)

Parâmetros	Média	DP
FC mínima (bpm)	49,23	7,72
FC média (bpm)	70,32	10,98
FC máxima (bpm)	117,85	24,60
Média EEVV (total)	761,36	3853,51
Taquicardias ventriculares	36,56	200,75
Número de batimentos da TV mais rápida	5	4,76
FC média da TV mais rápida	132,4	33,83
Número de batimentos da maior TV	36,82	374,31

DP= desvio padrão; FC=frequência cardíaca; EEVV= extrasístoles ventriculares; TVNS= taquicardia ventricular não sustentada; TEAA= entre síntese atrial; TANS= taquicardia atrial não sustentada.

22629

Cardiomiopatia arritmogênica do VE: uma condição potencialmente fatal e pouco conhecida

EDUARDA CORRÊA MAIA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A filamina C, codificada pelo gene FLNC, é uma proteína responsável pela organização espacial em rede dos filamentos de actina no músculo esquelético, e em especial, no músculo cardíaco. Variações no FLNC causam alterações na conformidade do músculo cardíaco, seja pelo acúmulo de filamina C, seja pela desorganização das fibras. **Objetivo:** Este trabalho objetiva ressaltar o caso de uma paciente com variante no gene FLNC relacionada ao fenótipo de miocardiopatia arritmogênica do ventrículo esquerdo. **Relato de caso:** Relato do caso: Mulher, 37 anos, enfermeira, relata episódios de palpitações iniciados aos 17 anos, com investigação iniciada aos 20 anos e diagnosticada com "extrassístoles ventriculares benignas". Em Holter de 24 horas, aos 27 anos, foi identificado episódio de Taquicardia Ventricular Não Sustentada (TVNS). Em uso de Bisoprolol 5mg/dia, com persistência de sintomas de palpitação. Apresenta história familiar de pai falecido por morte súbita aos 34 anos, avô paterno falecido de morte súbita com menos de 50 anos e irmão com AVE isquêmica aos 33 anos, com fechamento de Forame Oval Patente (FOP). Ao exame físico, não nota-se alterações importantes no exame cardiovascular. Em exames complementares, apresentou Troponina I levemente elevada (0,023ng/mL com valor de referência inferior a 0,016ng/mL), alterações no Ecocardiograma (VE com diâmetro aumentado e disfunção sistólica moderada, moderada hipocinesia difusa, déficit da função diastólica do VE de grau I, ectopias ventriculares frequentes e Fração de Ejeção (Teicholz) de 39%). No Holter de 24 horas, apresentou extrassístoles frequentes e 2 episódios de TVNS. Na Ressonância Magnética Cardíaca, apresentou extensos focos de realce tardio de distribuição mesocárdica e subepicárdica difusa, compatíveis com fibrose de padrão não isquêmico. Foi solicitado, então, um teste genético NGS, painel para miocardiopatias em geral, no qual foi detectada a presença de uma variante em heterozigose no gene FLNC. Foi confirmado o diagnóstico de cardiomiopatia arritmogênica por variação no gene FLNC. Dado o alto risco de morte súbita associada a essa condição, a paciente foi submetida a implantação de um cardiodesfibrilador implantável (CDI) e seus familiares foram orientados a realizar o teste genético. A mesma variante foi identificada em seu irmão e ele, também, foi orientado a implantar o CDI. **Conclusão:** Com esse relato, enfatiza-se a dificuldade diagnóstica desta cardiomiopatia, bem como o risco de morte súbita associada e a demora diagnóstica, ressaltando-se a importância da medicina de precisão e da cardiogenética para evitar desfechos negativos e promover melhor qualidade de vida aos pacientes. **Palavras-chave:** cardiodesfibrilador; cardiomiopatia; extrassístoles; filamina C.

22630

O uso da colchicina na miocardite aguda: uma revisão sistemática

EDUARDA CORRÊA MAIA e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardite é uma inflamação miocárdica que pode afetar a função cardíaca, a fração de ejeção e causar arritmias, levando à insuficiência cardíaca, choque cardiogênico e morte súbita. Essa condição pode ser causada por uma infecção viral, uma resposta imunomediada devido a uma resposta viral tardia, doenças autoimunes inflamatórias ou uma resposta autoinflamatória, tornando a miocardite ainda mais relevante dentro da pandemia de COVID-19. A colchicina é um anti-inflamatório de baixo custo, já conhecido e utilizado em doenças reumatológicas, e, agora, utilizado em cardiologia para pericardite e doença coronariana. Em casos de uso de colchicina para miocardite, existem publicações com resultados positivos, porém seus efeitos em pacientes com miocardite aguda não são claramente demonstrados. **Objetivo:** Revisar sistematicamente a literatura para avaliar os efeitos do uso de colchicina em pacientes com miocardite aguda. **Métodos:** Realizamos uma revisão sistemática dos efeitos da colchicina em pacientes com miocardite. Foram selecionadas séries de casos, estudos randomizados e casos controles publicados nas plataformas PubMed, SciELO e Google Acadêmico, no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2022, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. **Resultados:** Foi encontrado um total de 62 estudos. Após as exclusões, restaram 30 artigos, totalizando 128 pacientes com miocardite aguda em uso de colchicina. Desse grupo, 10,93% (14 pacientes) apresentavam miocardite associada a outra doença, 3,9% (5 pacientes) associada a doenças autoimunes e 16,4% (21 pacientes) a miopericardite. No único estudo com grupo controle de 60 pacientes (sem uso de colchicina), 31,6% (19 pacientes) tiveram resolução completa dos sintomas. Ao final, demonstrou-se associação positiva do uso da colchicina no tratamento da miocardite, com 75,78% (97 de 128 pacientes) dos pacientes apresentando resolução dos sintomas em até 14 meses após o início do tratamento. **Conclusão:** Os resultados encontrados nesta revisão sistemática, até o momento, sugerem que o uso da colchicina no tratamento da miocardite aguda tem sido eficaz. O estudo também mostrou a ausência de estudos randomizados que analisassem a eficácia da colchicina em casos de miocardite aguda, havendo apenas um estudo utilizando grupo controle e mostrando melhora significativa do quadro clínico. Além disso, a pouca evidência relacionada a casos de miocardite pós-covid é ainda mais relevante no atual contexto de pandemia.

22632

Ambulatório de insuficiência cardíaca: performe da equipe multiprofissional após um ano de implementação do serviço

TALITA FRANCO SILVEIRA, BÁRBARA REIS TAMBURIM, JULIANA MENDONÇA DUARTE, PRISCILA MARIA GABOS, VIVIANE FERNANDA ANGELINE DUARTE, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, LUÍS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, BRUNO BISELLI e LARISSA SILVA DALL'AQUA.

Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é atualmente uma das principais doenças crônicas progressivas que causa impacto direto na qualidade de vida (QV) dos pacientes, pois seu diagnóstico na maioria dos casos traduz em inúmeras reinternações com alta mortalidade. **Objetivo:** Identificar os principais desfechos dos pacientes após um ano de acompanhamento do grupo multiprofissional do ambulatório de IC. **Delineamento e Métodos:** Trata-se um estudo observacional, descritivo de pacientes com diagnóstico de IC que foram acompanhados pela equipe multiprofissional do ambulatório de um serviço privado especializado em cardiologia da cidade de São Paulo, no ano de 2022, sendo comparado os desfechos de mortalidade e reinternação em 30 dias e 90 dias após alta hospitalar. **Resultados:** Neste período foram incluídos no ambulatório de IC 42 pacientes, sendo 28 (67%) do sexo masculino e 14 (33%) do sexo feminino, a média de idade estipulada para o grupo foi de 71 anos. Entre as variáveis clínicas 83% dos pacientes apresentavam durante as consultas classe funcional II e a etiologia predominante foi a isquêmica com 71% dos casos. Todos os pacientes receberam orientações da equipe de enfermagem, nutrição e farmácia sendo que destes 100% estavam em uso de IECA/BRA/INRA, 100% em uso de betabloqueadores, 90% em uso de espironolactona e 57% em uso de ISGLT2. Quanto aos desfechos no ano de 2021 a porcentagem de reinternações após 30 dias da alta hospitalar do grupo estudado foi de 34% e a reinternação em 90 dias após a alta hospitalar foi de 52%, após a inclusão do paciente no ambulatório de insuficiência cardíaca, a reinternação em 30 dias após a alta hospitalar foi de 11% e a reinternação em 90 dias após a alta hospitalar foi de 17%, representando assim uma diminuição de 23% no número total de reinternações após 30 dias da alta hospitalar e 35% no número de reinternações após 90 dias da alta hospitalar. A taxa de mortalidade do grupo estudado foi de 7,14%, dado este, quando comparado aos desfechos descritos em literatura ou de populações com a mesma heterogeneidade, demonstra redução significativa. **Conclusão:** A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico é primordial nos pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Desta forma a atuação de uma equipe multiprofissional no seguimento pode auxiliar na melhora da evolução destes pacientes. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; adesão ao tratamento; ambulatório.

22633

Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da Takotsubo nas diferentes regiões do Brasil: subanálise do Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo-BR)

LOUISE FREIRE LUIZ, MARCELO WESTERLUND MONTERA, FABIO FERNANDES, MÚCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR, BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU, ADRIANO MENDES CAIXETA, VERA MARIA CURY SALEM, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA BARROS, CARLOS EDUARDO BRANCO, PEDRO PAULO NOGUEIRAS SAMPAIO, WOLNEY MARTINS, MARCO ANTONIO DE MATTOS, DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO, VINICIUS DAHER VAZ E CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital AC Camargo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital UNIMED Rio, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Anís Rassi, Goiânia, GO, BRASIL - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A história natural, tratamento e evolução da Cardiomiopatia por Takotsubo (CT) no Brasil não estão bem caracterizadas devido a falta de registro nacional considerando a heterogeneidade étnica do país. **Objetivo:** Estabelecer banco de dados descrevendo as características epidemiológicas, métodos complementares e evolução intrahospitalar dos pacientes com CT no Brasil, para melhor diagnóstico e tratamento. **Delimitação e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, em 25 centros distribuídos geograficamente pelo Brasil. Utilizamos critérios de inclusão baseados no InterTak. **Análises:** características clínicas, biomarcadores, tratamento, RMC e morte intrahospitalar (MIH). **Resultados:** Foram admitidos 443 pacientes, 79,46% do SE; NE 9,19%; SUL 4,48%; CO 6,9%. Não houve inclusões pelo Norte. Predominância feminina em todas regiões, variando entre 83,3% (NE) e 92,3% (Sul). A MIH foi de 15% no CO, 14% no NE, 7% no SE e 0% no Sul. Análise univariada do Takotsubo-BR revelou que idade >61anos foi preditor de MIH, no entanto, ao analisar cada região individualmente, não houve significância estatística. As regiões CO e SE contemplam mais de 60% desta população, enquanto NE 54,2% e Sul somente 15,4%. Choque Cardiogênico (CC) e sepse na análise univariada e regressão logística, mostraram-se como preditores de MIH por região e por este motivo o uso de inotrópico (SE) e vasopressores (todas), também demonstraram significância como importantes preditores de MIH. Dor torácica se correlacionou nas regiões SE e CO como fator associado a sobrevida; na região NE resultado neutro e Sul nenhum paciente apresentou este sintoma. Presença de gatilho teve correlação com fator protetor na região CO. Notou-se disparidade na taxa de exames entre regiões: NTproBNP/BNP realizado em 41% dos pacientes no SE, 16% na região CO, 6% no NE e em nenhum do Sul. RMC foi realizada em 34% dos pacientes do SE, 8% NE, 9% CO e 7% no Sul. Tratamento medicamentoso também diferiu. Betabloqueador (BB) foi prescrito em 76% no Sul, 73% dos pacientes da região SE e 64% no CO e NE. IECA e BRA foram prescritos em 69% do SE, 77% NE, 90% CO e 76% Sul. Na análise univariada por região, IECA/BRA se mostraram protetores nas regiões CO, SE e CO e, no BB, nas regiões CO e SE. Ambos mostraram-se protetores ao analisar o Brasil de maneira geral. **Conclusão:** A subanálise de regiões do Takotsubo-BR demonstrou que, embora região sudeste tenha maior número de pacientes admitidos, sua mortalidade é a segunda menor, ficando atrás somente do Sul, região com menos pacientes analisados. A ausência de MIH no Sul pode se justificar pelo NE o fato de que os pacientes eram mais jovens e não apresentaram complicações como sepse, ou CC. Presença de dor torácica, gatilho desencadeante, uso de BB e IECA/BRA parecem ter efeito protetor. Esses resultados sugerem que há espaço para melhorias no cuidado, buscando diagnóstico mais preciso e tratamento adequado para reduzir mortalidade geral.

22634

Miocardiopatia hipertrófica em lactente: a importância do diagnóstico etiológico

EDUARDA CORRÊA MAIA, SANDRA VITÓRIA THULER PIMENTEL, ADRIANA BASTOS CARVALHO, RAQUEL GERMER TOJA COUTO, ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A miocardiopatia hipertrófica (MCH) pediátrica possui características que diferem da população adulta, com incidência de 0,3 a 0,5 casos para cada 100.000 crianças. Em adolescentes e adultos, alterações nas proteínas sarcoméricas são a principal etiologia, por outro lado, fenocópias são comuns nos primeiros anos de vida, incluindo os erros inatos do metabolismo e síndromes genéticas. **Relato de caso:** Lactente, feminina, 5 meses, com diagnóstico de MCH desde o nascimento, encaminhada para acompanhamento e investigação. História de polidramnia no pré-natal, parto cesáreo a termo, Apgar 4/8, necessitou ventilação com pressão positiva e foi internada na UTI neonatal por 38 dias. Ecocardiograma (ECO): válvula mitral displásica com insuficiência mitral (IM) leve e hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (VE), suspeitando-se de diabetes gestacional. Exame físico com desenvolvimento psicomotor normal, face grosseira, fontanela anterior ampla, fronte ampla, baixa implantação de orelha esquerda, orelhas rodadas para trás, hipertelorismo ocular, epicanto bilateral, base nasal achatada, sobrancelhas arqueadas, fenda palpebral inclinada para baixo, narinas antevertidas, filtro longo, pescoço curto, membros curtos, genitália feminina com calha mucosa perineal, ânus anteriorizado, dimple sacral. Precórdio abaulado à esquerda, ritmo cardíaco regular e sopro sistólico 2+/6+ em foco mitral, ausculta pulmonar com roncos de transmissão e baço palpável. Realizou-se eletrocardiograma com ritmo sinusal e sinais de hipertrofia VE, além de ECO com MCH com septo interventricular no Z-score = +3,69 e valva mitral displásica, IM leve e insuficiência aórtica leve, com gradiente intraventricular de 70mmHg. Suspeitou-se de síndrome genética, sendo, então, realizado cariótipo (46XX) e exoma, observado variante patogênica RAF1, com o diagnóstico de Síndrome de Noonan. **Conclusão:** Após o período neonatal, a Síndrome de Noonan é uma das principais causas de MCH em lactentes. É uma condição autossômica dominante com envolvimento multissistêmico e dismorfismos faciais característicos. MCH ocorre em 85 % dos pacientes com mutações na RAF1. Sua evolução difere das MCH sarcoméricas com mortalidade elevada nos primeiros dois anos de vida, principalmente às custas de insuficiência cardíaca congestiva. O caso relatado alerta para a importância da avaliação sistêmica e do diagnóstico etiológico das miocardiopatias pediátricas. **Palavras-chave:** miocardiopatia hipertrófica; pediatria; cardiologia; cardiologia pediátrica; genética; cardiogenética; lactente; diagnóstico etiológico.

22635

Terapia de resincronização cardíaca na insuficiência cardíaca: perfil clínico dos pacientes e resultados em um hospital cardiológico de Pernambuco

SUELLEN LIDIA DA SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, ABELARDO GONÇALVES ESCARIAO, AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, CAIO CÉSAR GOMES REZENDE, DIOGO COUTINHO SUASSUNA e FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA.

Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença progressiva que ainda representa causa relevante de morbimortalidade no mundo, a despeito dos avanços no tratamento clínico. Os distúrbios de condução atrioventriculares, interventriculares e intraventriculares frequentemente complicam a evolução da IC, e a terapia de resincronização cardíaca (TRC) é uma alternativa que pode modificar os desfechos desses pacientes. **Objetivo:** O presente estudo objetivou obter, através de dados de prontuário, o perfil de pacientes submetidos a implante de TRC e descrever os resultados em um hospital cardiológico referência de Pernambuco. **Delimitação e Métodos:** Estudo de campo observacional e realizado através de coleta de dados de prontuário eletrônico. A população estudada consistiu em pacientes portadores de IC de fração de ejeção reduzida (ICFER) que foram submetidos a TRC com ou sem cardiodesfibrilador implantável entre os anos de 2017 a 2021. **Resultados:** Um total de 24 pacientes com idade média de 62 anos foram incluídos, 75% do sexo masculino. Houve predominância da miocardiopatia Chagásica (29%), com duração média do QRS pré-implante de 164,5ms, FEVE média de 27,8%. Considerando as classes funcionais NYHA com maior benefício da TRC, II e III (19 pacientes), apenas 1 (5%) piorou classe funcional, nenhum evoluiu para classe IV, 7 (36%) não progrediram, 9 (47%) melhoraram em relação a sua classe funcional pré-implante. Resultados ecocardiográficos antes do implante revelaram FE média de 27,8% (15 - 40%), DDVE 68,3mm (50 - 85mm), DSVE 58,1mm (32 - 74mm), AE 45,4mm (29-62). Após o implante, com um tempo médio entre o implante e realização do primeiro Ecocardiograma de seguimento de 11,3 meses (1 - 48 meses), a média de FE foi 29,1% (17 - 49), DDVE 66,4mm (55 - 79), DSVE 56,3mm (41 - 69), AE 43,7mm (34 - 57). Além disso houve melhora do grau de regurgitação mitral em 33% dos casos após o implante, e manutenção do grau em 41%. **Conclusão:** Apesar da limitação de conter uma amostra pequena de pacientes, o presente estudo mostra que a terapia de resincronização ventricular foi útil nos pacientes do referido hospital no período avaliado, traduzido pela melhora funcional e ecocardiográfica. Foram evidenciadas taxas de maus respondedores semelhantes às da literatura vigente, e melhor resposta conforme mais robusta era a indicação desta terapia no paciente.

22639

Hipoplasia de folheto posterior da válvula mitral assintomática até os 80 anos: relato de caso

LOUISE FREIRE LUIZ, MARCELO WESTERLUND MONTERA, ANA AMARAL FERREIRA DUTRA, ARNALDO RABICHOFFSKY, ANA CAROLINA DE FREITAS PORTELA, ELISA DE ALMEIDA GRIPP, EDSON MAGALHÃES NUNES e TIAGO AZEVEDO COSTA MATTOS.

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

Fundamento: As anormalidades congênitas da válvula mitral são consideradas anomalias cardíacas raras e até pouco tempo eram consideradas como incompatíveis com a vida. Geralmente, essa patologia se apresenta na infância, mais comumente com regurgitação mitral sintomática. Atualmente, já sabemos pela literatura que é possível ocorrer hipoplasia do PMVL na idade adulta, embora ainda seja. Descreveremos a seguir um caso de hipoplasia do folheto mitral posterior que iniciou manifestações de sintomas aos 80 anos. **Relato de caso:** Mulher, 80 anos, admitida por dispnéia aos pequenos esforços, iniciada nas últimas 24 horas. Há 3 meses, primeira internação por IC perfil B, feito o diagnóstico de IM. Tratada com terapia diurética. HAS/DLP/HipertireoidismoACV: RCR, B3, B2 hipertônica, sopro holossistólico em foco mitral sem irradiação, TJP+. ECG sinusal, infraST de V5, V6, D1 e aVL. NTproBNP 2220 Tpn 273 > 252 > 607. RX com cardiomegalia e congestão pulmonar. ECO AE 62ml/m², hipertrofia localizada no segmento basal do septo IV com aspecto sigmoide, VE com espessura e função sistólica global e segmentar preservadas, mitral com folheto anterior com cordas curtas e folheto posterior muito encurtado, restrito, com músculo papilar inserindo-se diretamente em uma das bordas livres e com cordas diminutas, com aspecto sugestivo de arco mitral com regurgitação intensa, com jato exocêntrico, difícil de quantificação (ERO 0,2cm², VoIR 46ml, PISA 0,8cm, fração regurgitante 82%). Há HAP pela presença de fluxo reverso nas veias pulmonares, PSAP 57mmHg. Inicialmente sugerida como hipóteses diagnósticas equivalente anginoso versus IC valvar. Como a anatomia coronária era desconhecida, CAT realizado sem DAC. Após um dia de diurético atingiu euvolemia. Iniciada Dapaglifozina e Espironolactona. Para melhor avaliação da anatomia da valva mitral e escolha do tratamento, o ECOTE foi realizado com a valva mitral apresentando insuficiência grave por prolapso de A1 e A2, regiões em que o folheto posterior está particularmente retraído. Músculo papilar longo e cordoalha curta. Aspecto sugere malformação congênita caracterizada por hipoplasia do folheto posterior da valva mitral. Diante da impossibilidade técnica de abordagem percutânea optou-se pela troca cirúrgica da valva mitral. Euroscore II 3.48 STS 5.5. Realizado implante de Prótese Biológica com discreto refluxo residual (Gradientes diastólicos: Máximo 5mmHg Médio 2mmHg). **Conclusão:** Em pacientes sintomáticos ou descompensados, o reparo cirúrgico da valva mitral é considerado o tratamento de escolha. A substituição da mitral é realizada onde o reparo não é viável. Em assintomáticos e saudáveis, o manejo conservador com ecocardiografia seriada é suficiente. O tratamento percutâneo não é uma opção porque não há folheto para ancorar o MitraClip, e a plastia da válvula mitral também não foi factível pela anatomia da válvula.

22642

Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da Takotsubo no Brasil: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takotsubo Br-R)

MARCELO WETERLUND MONTEIRA, FABIO FERNANDES, BERNARDO NOYA ALVES DE ABREU, ADRIANO MENDES CAIXETA, VERA MARIA CURY SALEMI, PEDRO GABRIEL MELO BARROS E SILVA BARROS, CARLOS EDUARDO BRANCO, PEDRO PAULO NOGUEIRAS SAMPAIO, WOLNEY MARTINS, MARCO ANTONIO DE MATTOS, DANIELLI OLIVEIRA DE COSTA LINO, VINICIUS SAHER VAZ, GUSTAVO DUQUE, VILMAR JOSÉ PEREIRA E MARCUS VINICIUS SIMÕES.

Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Sino Libanes, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital AC Camargo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Unimed Rio, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Messejana, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Aníz Rassi, Goiânia, GO, BRASIL - Americas Medical City, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto do Coração do Triângulo Mineiro, Uberlândia, MG, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, HCFMRP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: A história natural, tratamento e evolução da Cardiomiopatia por Takotsubo (CT) no Brasil não estão bem caracterizadas devido a falta de um registro nacional da população brasileira que apresenta uma grande heterogeneidade étnica. **Objetivo:** O objetivo do registro é estabelecer um banco de dados com a descrição das características epidemiológicas, clínicas e dos métodos complementares e a evolução intra-hospitalar e pós-alta dos pacientes com CT no Brasil, para melhor diagnóstico e tratamento da CT no Brasil. **Delimitação e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico envolvendo 25 centros dispersos geograficamente pelo Brasil. Os critérios de inclusão foram de acordo com International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram avaliados as características clínicas, biomarcadores, ECG, ecocardiograma(ECO), ressonância magnética cardíaca (RMC), e desfechos clínicos intra-hospitalar e ambulatório até 12 meses. **Resultados:** 448 pacientes foram admitidos, sendo a distribuição por região: SE:79,46%; NE:9,19%; SUL:4,48%; CO: 6,9%. Idade média de 70±14,6anos, 82,5% eram mulheres no período pós-menopausa. A presença de galtilho desencadeante antecedendo a CT em 40%. As apresentações clínicas mais comuns foram dor torácica (71,5%), insuficiência cardíaca aguda (34,5%) e choque cardiogênico (9%). No ECG observamos inversão da onda T em 34%, supra-desniveamento do segmento ST em 30% e 25% ECG normal. Na admissão,troponina estava elevada em 90% com BNP de 430pg/dl e NT-proBNP de 1706pg/dl. No ECO admissional foi observado FEVE de 45±14%, com alteração segmentar nas regiões apical (84,7%), mesoventricular (9,7%) e basal (5,6%), sendo acinesia (64,5%) e hipocinesia (29,5%) as mais comuns. A FEVE demonstrou recuperação em 67% durante a internação e 100% em 30 dias pós-alta hospitalar. 129 pacientes fizeram RMC, com 27% reteste tardio positivo: mesocárdico (42%) transmural (23%), endocárdico (19,2%). A mediana do tempo de internação foi 6 dias com mortalidade intra-hospitalar de 7,5%. Na regressão logística, presença de sepsis (OR:6,8;IC-95%:2,3-19,4;p=0,0005), uso de vasopressina (OR:7,5;IC-95%:1,8-31;p=0,005) definiram pior maior mortalidade. No seguimento pós-alta foi observado uma taxa acumulativa de recorrência de CT, readmissão por DCV e mortalidade em 30 dias (0,2%;0,2%;0,4%);6 meses (0,6%; 0,8%; 0,8%) e 12meses (0,8%;2,6%;0,8%) respectivamente. **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou características clínicas e de exames complementares semelhantes aos dos registros internacionais com predomínio de dor torácica com alteração do segmento ST, assim como nos desfechos clínicos intra-hospitalares. Em 12 meses pós alta demonstrou uma baixa taxa de recorrência, readmissão hospitalar e mortalidade, caracterizando um prognóstico benigno a longo prazo. **Palavras-chave:** Takotsubo; cardiomiopatia neuroadrenérgica.

22643

Um caso raro de ventrículo esquerdo bicameral em paciente com disfunção ventricular grave e insuficiência cardíaca

VANESSA SIMIONI FARIA, ROCÍO BELÉN CORREA, HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, MARCELLE GONÇALVES HENRIQUES LIZANDRO, RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES, PALMIRA GOMES AMARAL, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, CAMILLA VILELA GIACOVONE, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, ROBINSON TADEU MUNHOZ, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, BRUNO BISELLI e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

SBC DEIC Jovem, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O ventrículo esquerdo (VE) bicameral é uma rara anomalia congênita na qual a câmara do VE se divide em duas por um septo anormal. Estima-se uma prevalência de 0,04 a 0,42%. A apresentação é geralmente assintomática, tornando-se um diagnóstico incidental. Poucos casos foram relatados na literatura, a maioria com aspecto diverticular ou pequenas câmaras contráteis aderidas à parede lateral do VE ou dentro do ápice. **Relato de caso:** Mulher, 42 anos, sem comorbidades conhecidas. Queixa-se de dispnéia Classe Funcional (CF) NYHA II há 7 anos. Em investigação, evidenciado ritmo de fibrilação atrial e bloqueio de ramo esquerdo em eletrocardiograma. Realizado Ecocardiograma (ECO) com fração de ejeção (FE) de 30%, e aumento de trabeculação mais acentuada em parede lateral, sugestivo de miocárdio não compactado (MNC). Iniciado tratamento para Insuficiência Cardíaca (IC) de FE reduzida. Realizada ressonância magnética cardíaca (RMC) descartando diagnóstico de MNC, com FE 11%, câmaras esquerdas dilatadas, fibrose mesocárdica linear septal; músculos papilares fundidos e trabéculas miocárdicas implantadas no septo interventricular dividindo a cavidade, sugestivo de VE bicameral. Aparentada ressecção cirúrgica pela equipe, porém refutada, diante da melhora clínica após terapia medicamentosa. Optado por ressecção cirúrgica e implante de cardiodesfibrilador para prevenção primária. Recentemente com dispnéia CF III, sem sinais clínicos de congestão, BNP de 128mg/dL; espirometria sem alterações significativas e tomografia de tórax sugestiva de linfangioleiomatose, porém sem fator de contribuição para a dispnéia após avaliação da Pneumologia. Em seguimento para discussão de terapia definitiva. **Discussão e Conclusão:** Diante da presença de uma aparência aneurismática incomum em ECO e subdivisão do VE por um cordão de músculo anormal, suspeita-se de VE bicameral. A RMC auxilia na descrição da divisão do VE, definindo a estrutura da parede da câmara acessória e excluindo a presença de fibrose para confirmação diagnóstica. Desordens diferenciais incluem divertículo e aneurisma de VE. Os aneurismas não contêm todas as camadas do miocárdio e podem ser discínticos; enquanto que a câmara acessória do VE bicameral contém todas as camadas e contrai de forma sincrônica. Embora o divertículo tenha achados em ECO semelhantes aos do VE bicameral, possui um colo estreito que conecta o divertículo com o VE. É uma patologia geralmente assintomática, mas pode apresentar-se com IC. O tratamento inclui terapia farmacológica e fracas evidências frente à abordagem cirúrgica do VE bicameral para sua correção estrutural, sendo esta limitada a pacientes sintomáticos com obstrução de saída VE. Como alternativa, há a excisão cirúrgica da câmara acessória ou transplante. O seguimento e o prognóstico destes pacientes ainda não estão elucidados, sendo fundamental novos estudos a respeito.

22645

Insuficiência cardíaca pós-traumática

ROMÁRIO RODRIGUES ALVES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, THÁIS ARAÚJO NÓBREGA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CAIO CEZAR GOMES REZENDE, CLÁUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS e JOSÉ IGOR DA SILVA BATISTA.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa que resulta de uma função cardíaca prejudicada e/ou anormalidades estruturais, com sintomas como dispnéia, fadiga e congestão sistêmica; as etiologias isquêmica e hipertensiva tem destaque como principais causas de IC crônica. O desenvolvimento de IC por consequência de eventos traumáticos como contusão, perfuração por arma branca ou de fogo geralmente se manifestam de forma aguda, a apresentação tardia é uma forma rara e mais frequentemente está associada ao desenvolvimento de fistulas arteriovenosas com alto débito. **Relato de caso:** Homem 33 anos, tabagista, portador de doença hepática crônica de etiologia alcoólica, sem outras comorbidades, foi admitido no PROCAPE em outubro/2022 com histórico de há cerca de 3 meses da admissão evoluiu de forma progressiva com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, dispnéia paroxística noturna, ortopneia, ascite, dor abdominal e edema de membros inferiores. Ao exame físico apresentava sinais de congestão sistêmica (turgência jugular, refluxo hepatojugular, ascite e edema de MMII) e pulmonar, além de sopro sistólico audível em foco aórtico acessório e tricuspede (+4/+6) com frêmito. Tinha histórico de ferimento por arma branca em tórax esquerdo há cerca de 1 ano antes do internamento com relato de que foi abordado cirurgicamente, mas sem descrição do procedimento. O Eletrocardiograma evidenciava taquicardia sinusal e baixa voltagem. Ecocardiograma Transesofágico evidenciou presença de aneurisma em região septo apical e comunicação intraventricular (CIV) em septo muscular apical, com shunt bidirecional predominante esquerda – direita, derrame pericárdico importante com coágulo de 34mm mais relacionado às câmaras direitas, com sinais de restrição diastólica, fração de ejeção preservada - 55% e sinais de hipertensão pulmonar. Submetido a janela pericárdica em dezembro/2022 evoluindo estável no pós operatório, foi então programada abordagem e correção de CIV, que foi realizada em janeiro de 2023, no pós operatório evoluiu com discrição de patch, apartir daí houve piora clínica significativa, foi procedida nova tentativa de abordagem para correção cirúrgica, novamente sem êxito, apresentou quadro infeccioso nosocomial que associado às complicações cirúrgicas culminaram em choque misto (Cardiogênico + séptico) e óbito em fevereiro de 2023. **Conclusão:** No caso múltiplos fatores contribuíram para o desenvolvimento de IC, coágulo pericárdico gerando restriçãodiastólica, com redução de lusitropismo e contratilidade do ventrículo direito; CIV gerando hiperfluxo pulmonar com consequente hipertensão pulmonar e sobrecarga volêmica e pressórica de cavidades ventriculares. Casos como o descrito são escassos na literatura, no caso a evolução foi desfavorável por complicações cirúrgicas, também relacionadas a CIV apical de difícil abordagem tecnicamente. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; pós-traumática; ferimento por arma branca.

22647

Desfechos clínicos intra-hospitalar e em até 1 ano de seguimento da Takotsubo no Brasil: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takotsubo Br-R)

MARCELO WETERLUND MONTEIRA, FABIO FERNANDES, BERNARDO NOYA DE ABREU, ADRIANO CAIXETA, VERA MARIA CURY SALEMI, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA BARROS, CARLOS EDUARDO BRANCO, PEDRO PAULO NOGUEIRAS SAMPAIO, WOLNEY MARTINS, MARCO ANTONIO MATTOS, JOSÉ DE RIBAMAR COSTA JUNIOR, LÍDIA ANA ZYTYNSKI MOURA, VITOR SALVATORE BARZILAI, AGUINALDO FIGUEIREDO DE FREITAS JUNIOR e GILSON SOARES FEITOSA FILHO.

Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Sino Libanes, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital AC Camargo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, BRASIL - Hospital Unimed Rio, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL - Núcleo de Pesquisa Clínica da Escola de Medicina da PUCPR, Curitiba, PR, BRASIL - IMPAR Serviços Hospitalares S/A, Hospital Brasília, Brasília, DF, BRASIL - Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas, Goiânia, GO, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Núcleo de estudos do Hospital Santa Izelab, Salvador, BA, BRASIL.

Fundamento: A evolução clínica intra-hospitalar e pós alta da Cardiomiopatia por Takotsubo (CT) assim como o perfil clínico dos pacientes de maior risco prognóstico não estão bem caracterizados nos grandes registros assim como no Brasil. **Objetivo:** Determinar a taxa de mortalidade intra-hospitalar (MIH), as características dos pacientes que apresentaram relação com uma maior mortalidade, e a taxa de reincidência de CT(RCT)e mortalidade ao fim de 1 ano pós alta no Brasil. **Delimitação e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico envolvendo 25 centros dispersos geograficamente pelo Brasil. Os critérios de inclusão foram de acordo com International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). A características clínicas, biomarcadores, ECG, ecocardiograma (ECO), ressonância magnética cardíaca (RMC), foram avaliados durante a fase IH. Também foram avaliados a taxa de MIH, e a taxa de RCT, readmissão por DCV e mortalidade em 30 dias, 6 meses e 1 ano pós-alta. **Resultados:** 448 pacientes foram admitidos CT, onde foi observado uma taxa de MIH de 7,5%. Na análise univariada do perfil clínico os pacientes do sexo masculino (p=0,009), com idade menos avançada (67±14 vs 73±11; P=0,0179), com choque cardiogênico (p<0,0001), sepsis (P<0,0001), fibrilação atrial (p<0,01) apresentaram significativamente maior MIH e dor torácica e troponina com menor MIH. Na análise do ecocardiograma, ECG, RMC e peptídeos natriuréticos e Troponina não foram observados correlações significativas com a MIH. Quanto a terapêutica utilizada, a pacientes que usaram betabloqueador (P<0,0001), IECa/BRA (p<0,001) e AAS (p=0,04), demonstraram uma menor MIH. Os pacientes que utilizaram Dobutamina (P<0,0001), NE (P<0,0001) e Vasopressina (P < 0,0001) demonstraram maior MIH. Na regressão logística de todas as variáveis significativas, a presença de sepsis (OR:6,8;IC-95%:2,3- 19,4;p=0,0005), uso de vasopressina(OR:7,5;IC-95%:1,8-31;p=0,005) definiram maior MIH, enquanto que Betabloqueador(OR:0,23;IC-95%:0,1-0,7;p=0,009) edortorácica(OR:0,28;IC-95%:0,1-0,8;p=0,02) demonstraram uma menor associação com MIH. No seguimento pós-alta observamos uma taxa acumulativa de RCT, readmissão por DCV e mortalidade em 30 dias(0,2%;0,4%;0,2%);6 meses(0,6%; 1,2%;0,8%) e 12meses(0,8%;2,4%;0,8%) respectivamente. **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou características clínicas e de exames complementares semelhantes aos dos registros internacionais com predomínio de dor torácica com alteração do segmento ST, assim como nos desfechos clínicos intra-hospitalares. A Takotsubo apresenta um prognóstico benigno nos 12 meses pós alta, com uma baixa taxa de recorrência, readmissão hospitalar e mortalidade. **Palavras-chave:** Takotsubo; cardiomiopatia neuroadrenérgica.

22649

Busca ativa de diagnóstico de miocardiopatias raras em pacientes com quadro de hipertrofia ventricular esquerda

JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA, KEMELLY FERREIRA DA SILVA, KÁTIA DO NASCIMENTO COUCEIRO, ADRIEL ALVES DE PAIVA, EMÍDIO ALMEIDA TAVARES JUNIOR, MATHEUS MARTINS MONTEIRO e MILENE FERNANDES FARIAS.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, BRASIL - Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL.

Fundamento: A hipertrofia ventricular esquerda consiste no aumento da espessura da parede ventricular. Esse achado ecocardiográfico pode ser comum a diversas patologias com etiologias diferentes, sendo, portanto, observado tanto em doenças mais frequentes quanto em doenças consideradas raras. A Amiloidose cardíaca e a doença de Fabry, são exemplos de duas patologias que podem evoluir com esse sinal e por apresentarem similaridade no quadro clínico com outras patologias ditas mais comuns, podem ser facilmente subdiagnosticadas na população. **Objetivo:** Este estudo objetiva investigar e diagnosticar pacientes com quadro de hipertrofia ventricular esquerda com sinais de alerta para miocardiopatias raras. **Métodos:** O presente trabalho foi desenvolvido através de um estudo do tipo descritivo de prevalência, na Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes, que acompanhou, entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, pacientes com achado ecocardiográfico de hipertrofia ventricular esquerda que possuíam história clínica compatível com a apresentada nessas doenças. Foram realizados os seguintes procedimentos: Anamnese, somatoscopia, exame físico do sistema cardiovascular, ecocardiografia e ainda, análise genômica para rastreio das miocardiopatias. **Resultados:** Foram atendidos um total de 15 pacientes que apresentavam história clínica e avaliação ecocardiográfica compatíveis com a hipótese diagnóstica para miocardiopatias hipertroficas e/ou haviam parentesco de primeiro grau com outro paciente já diagnosticado previamente. Dentre as miocardiopatias avaliadas 22,2% dos pacientes possuíam mais de uma variante genética associada a miocardiopatia hipertrofica. Da amostra dos nove pacientes com confirmação de mutação genética, tem-se em 66,7% presença de suscetibilidade para Amiloidose, associada ao gene TTR; em 22,2% presença de variante patogênica em heterozigose no gene MYBPC3; em 33,4% presença de variante patogênica em hemizigose no gene GLA e em 11,1% presença de variante de significado incerto em heterozigose no gene PRKAG2. **Conclusão:** A realização da busca ativa de miocardiopatias hipertroficas constitui um importante meio para o diagnóstico precoce de doenças com componente genético passíveis de subdiagnóstico, como as relatadas nesse estudo. Portanto, facilitar o acesso a testes de rastreamento genético e realizar estudos de rastreio como este, auxiliam em desfechos mais favoráveis e possibilitam o diagnóstico prévio em familiares. Palavras-chave: amiloidose; doença de fabry; insuficiência cardíaca; genoma.

22650

Uso de drogas vasoativas em pacientes com insuficiência cardíaca aguda, agudamente descompensada ou avançada em enfermaria de insuficiência cardíaca

RENATA AMORIM DE LUCENA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CAIO CÉZAR GOMES REZENDE, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, RODRIGO BRITO DE BARRROS CORREIA E SILVA, RODRIGO GUSMÃO DE ALBUQUERQUE MIRANDA, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, RAQUEL CRISTINA FARIAS DE MEDEIROS QUEIROZ, LARISSA COSTA LIRA DA SILVA, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, LEONCIO BEM SIDRIM, JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO REBOUÇAS e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O uso de drogas vasoativas (DVA) é muito comum no manejo de pacientes críticos cardiológicos, uma vez que auxiliam na otimização do débito cardíaco e do tônus vascular sistêmico, objetivando manter uma perfusão adequada em pacientes com choque circulatório e insuficiência cardíaca (IC). Nosso serviço tem 256 leitos de cardiologia cadastrados no SUS. Nele, a enfermaria de insuficiência cardíaca tem disponibilidade de 20 leitos especializados, onde são internados pacientes com IC aguda e portadores de IC avançada. Considerando esta demanda, a gravidade dos pacientes, a quantidade reduzida de profissionais especializados e restrição de leitos de UTI, está explicada a necessidade do uso de DVA em pacientes na enfermaria. **Objetivo:** Avaliar a mortalidade intra-hospitalar com o uso destas Drogas Vasoativas em enfermaria de IC em hospital terciário no SUS. **Métodos:** Foi realizada uma série de casos dos pacientes internados em enfermaria de IC no período entre 1 de abril de 2022 a 31 de agosto de 2022. Os critérios de inclusão foram: idade >18 anos, diagnóstico de IC agudamente descompensada conforme os critérios de Framingham, ou de IC avançada, em classe funcional II-IV (NYHA), internamento em enfermaria de IC no período entre 1 de abril de 2022 a 31 de agosto de 2022 e uso de pelo menos uma das seguintes drogas vasoativas na enfermaria: Dobutamina, Milrinone e Nitroglicerina. Os critérios de exclusão foram: participação prévia em outro estudo, gravidez, cardiopatias congênitas complexas e realização ou indicação no mesmo internamento de transplante cardíaco. A coleta de dados do estudo foi realizada entre 1 de agosto de 2022 a 30 de outubro de 2022. **Resultados:** A série de casos compreende 37 pacientes. A mortalidade geral intra-hospitalar foi de 21,6%. Dentre os óbitos intrahospitalares, 21,6% usavam dobutamina, 13,5% usavam nitroglicerina e 2,7% usavam milrinone. A mortalidade intra-hospitalar por droga vasoativa foi de 24% nos usuários de dobutamina, 25% nos usuários de nitroglicerina e 20% nos usuários de milrinone. Apenas 1 destes pacientes foi a óbito em ambiente de enfermaria. Foi constatado que 68%, 22% e 11% receberam alta, evoluíram a óbito e foram submetidos a transferência a outro hospital, respectivamente. A maioria dos óbitos ocorreu no grupo de IC de fração de ejeção preservada (38%) e IC avançada (30%). **Conclusão:** Vasodilatadores e inotrópicos foram usados de forma segura na enfermaria de IC de um hospital terciário de cardiologia do SUS, em uma enfermaria cujo perfil de pacientes é de IC avançada e com equipe médica e de enfermagem treinadas e habituadas a manejar este perfil de paciente. O uso de drogas vasoativas não aumentou a mortalidade intra-hospitalar e em 30 dias comparados a outros registros semelhantes. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; dobutamina; nitroglicerina; milrinone; enfermaria.

22651

Perfil clínico e prognóstico dos pacientes idosos com insuficiência cardíaca aguda com fração de ejeção reduzida, levemente reduzida e preservada

MARCELO WETERLUND MONTERA, LOUISE FREIRE, ANA DUTRA AMARAL, FABIOLA TRAVERSO e ANDRÉ VOLSCHAN.

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

Fundamento: Não observamos na literatura estudos sobre desfechos em pacientes idosos com insuficiência cardíaca aguda (ICA) relacionados aos diferentes tipos de fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), sendo necessário estudos que demonstrem o perfil destes pacientes (pcts). **Objetivo:** Avaliar nos pct's idosos com ICA, o impacto dos diferentes tipos de FEVE nos desfechos de mortalidade intra-hospitalar; tempo de internação e taxa de readmissão em 30 dias. **Delineamento e Métodos:** Estudo retrospectivo de pct's idosos (idade 60 anos) internados com diagnóstico de ICA no período de 2015 a 2022. Os pct's foram agrupados de acordo com a FEVE avaliada pelo ecocardiograma na admissão em ICA c/ FEVE reduzida (ICFER:FEVE <40%); FEVE levemente reduzida (ICFELR:FEVE 41% a 49%); e FEVE preservada (ICFEP:FEVE >50%). Nos três grupos foram avaliadas as características clínicas, NT-proBNP e as taxas de mortalidade intra-hospitalar (MIH), tempo de internação (TI) e taxa de readmissão (TR) em 30 dias. **Resultados:** Analisamos 150 pacientes sendo 63% do sexo masculino e 73% estavam em classe funcional (NYHA) I ou II. A prevalência de betabloqueadores foi de 92%, dos quais 47% eram cardioseletivos e 53% não seletivos (p=0.41). O Carvedilol foi a droga mais utilizada (51%), seguido do Bisoprolol (31%) e Metoprolol (18%), com doses medianas, respectivamente, de 25mg, 5mg e 50mg. Cada droga foi analisada em relação aos percentis de uso da dose alvo (<25%, 25-50% e ≥50%). Não houve diferença estatística entre os percentis para o Carvedilol vs. Bisoprolol, porém observou-se maior prevalência do Metoprolol (68%) no percentil <25% (p=0.0007). Observou-se, também, maior predileção de cardioseletivos entre aqueles com PAS <100mmHg (65%) (p=0.0467) e os que utilizavam ISGLT2 (66%) (P=0.0413). **Conclusão:** Observou-se alta prevalência do uso de betabloqueadores em pacientes com ICFER de etiologia chagásica, sem diferença entre os cardioseletivos e não seletivos, porém a dose média utilizada está abaixo do recomendado. Os resultados sugerem que nessa população há limitação de se atingir doses alvo dos betabloqueadores independente de sua seletividade, o que pode ser explicado pela pressão arterial e frequência cardíaca limitadas, ou pela disautonomia própria da doença. Palavras-chave: insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; insuficiência cardíaca aguda.

22652

Rara associação entre valvulite e aortite por células gigantes

GEORGINA DEL CISNE JADAN LUZURIAGA, RICARDO RIBEIRO DIAS, JOSÉ AUGUSTO DUNCAN SANTIAGO, VAGNER MADRINI JUNIOR, BRUNO VAZ KERGES BUENO, WALTER YOSHIHARU ISHIKAWA, FABIO FERNANDES e VERA DEMARCHI AIELLO.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: De forma geral, arterite de células gigantes (ACG) afeta aos médios e grandes vasos com apresentação clínica variável pelo que seu diagnóstico exige exame histopatológico. **Relato de caso:** Mulher de 50 anos, hipertensa, sem antecedentes patológicos familiares, refere queixa de dispnéia aos pequenos esforços de 6 meses de evolução. O exame físico apresentava ausculta pulmonar normal porém na avaliação da área cardíaca houve sopro aspirativo em foco aórtico (2+/6+), com irradiação para os focos mitral e aórtico acessório. O hemograma, PCR, VHS e função renal foram normais, e as sorologias correspondentes a hepatite B, C, HIV e sífilis foram negativas. O ECG foi inóceno e a radiografia de tórax tinha dilatação da aorta torácica. Foi solicitado ecocardiograma transtorácico que evidenciou diâmetro diastólico e sistólico do ventrículo esquerdo de 64x42mm, respectivamente; fração de ejeção 62%, insuficiência aórtica importante e dilatação da aorta ascendente. Pedida avaliação da aorta com angiotomografia que revelou raiz de 50mm com segmento ascendente de 45mm. A coronariografia excluiu obstruções coronarianas. Foi realizado troca valvar, reconstrução da raiz e substituição da aorta ascendente pela técnica de Bentall-Bono com tubo valvulado. Paciente evoluiu sem intercorrências no intra e pos-operatório. A valva e parede aórtica extraídos foram encaminhados para estudo anatomopatológico, os quais apresentaram células gigantes sem granulomas compactos. A valva teve espessamento fibroso acentuado na borda livre das cúspides, além de infiltrado linfocitário e necrose fibrinoide focal. Entretanto, a parede aórtica tinha destruição das fibras elásticas da camada média e espessamento fibrointimal difuso, além de infiltrados inflamatórios crônicos, que se concentravam na metade externa da parede, próximo à camada adventícia. A pesquisa de bactérias, bacilos ácido-resistentes e fungos foi negativa. Concluindo-se aortite e valvulite por células gigantes. **Discussão e Conclusão:** Apenas 2% dos pacientes submetidos à cirurgia por doença aórtica, apresentam ACG. O compromisso das válvulas cardíacas é ainda mais infrequente, pelo que atualmente existe somente um caso publicado pelo grupo de Nicolauss et al em 2008. Finalmente, visto que existem outras entidades com células gigantes, conforme o Consenso de Patologia Cirúrgica da Aorta da Society for Cardiovascular Pathology e da Association for European Cardiovascular Pathology, este é um caso isolado de acometimento por ACG não granulomatosa, valvular e aórtico. Palavras-chave: aneurisma da aorta; insuficiência aórtica; arterite de células gigantes; doenças inflamatórias da aorta; aortite não infecciosa.

22653

Paciente jovem com fenótipo de miocardiopatia hipertrófica e morte súbita: análise do genoma que apresentou mutações de GLA, TTR E PRKAG2

JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA, KEMELLY FERREIRA DA SILVA, KÁTIA DO NASCIMENTO COUCEIRO, MATEUS MARTINS MONTEIRO, EMÍDIO ALMEIDA TAVARES JUNIOR, ADRIEL ALVES DE PAIVA, MILENE FERNANDES FARIAS e FÁBIO FERNANDES.

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, BRASIL - Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, BRASIL - Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes, Manaus, AM, BRASIL - Incor, SP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) é um achado ecocardiográfico que pode ser observado em várias cardiopatias. A abordagem do seu diagnóstico diferencial deve levar em consideração também doenças consideradas raras e passíveis de subdiagnóstico. O presente relato descreve um caso de aumento severo da espessura das paredes do VE, com presença de 3 mutações simultâneas. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 16 anos, procurou atendimento em serviço de cardiologia com episódios de palpitações, dispnéia aos médios esforços e dor precordial em aperto, relacionada aos esforços. Aos 12 anos, recebeu o diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica e permanecendo assintomático até os 16 anos. A realização do eletrocardiograma revelou sobrecarga ventricular esquerda e, no ecocardiograma (figura 1), foi observado um quadro de HVE concêntrica de grau importante, com espessura do septo de 52mm e parede posterior de 40mm, diâmetro diastólico de VE de 42mm e FEVE= 61%. Iniciou tratamento com beta-bloqueador e solicitou-se ressonância magnética cardíaca, implante de CDI e avaliação por serviço de transplante cardíaco. Realizou análise do genoma, no qual foram encontradas três mutações: a presença de variante patogênica em hemizigose no gene GLA, associado a deficiência de alfa-galactosidase A (Met2901e); a presença de variante em heterozigose no gene TTR, associado a amiloidose hereditária relacionada à transtiretina (Ser97Pro); e também a presença de variante de significado incerto no gene PRKAG2, associado a cardiomiopatias hipertróficas. Na pesquisa para Doença de Fabry, a atividade da alfa-galactosidase A (GLA), mostrou alteração com dosagem de 0,66 (VR. >2,57). A testagem de familiares de primeiro grau revelou presença de variante patogênica em hemizigose no gene GLA no irmão mais velho e ainda presença do mesmo gene GLA associado também à presença de variante em heterozigose no gene TTR na mãe. Apresentou morte súbita durante repouso e óbito enquanto aguardava melhor definição do caso. **Conclusão:** Trata-se de um caso raro com três mutações causadoras de HVE concomitantemente. Os familiares estão em avaliação para melhor definição da estratégia terapêutica. Este relato reforça a importância do rastreio precoce para doenças cardiovasculares com componente genético a fim de proporcionar o diagnóstico precoce e contribuir para um desfecho clínico favorável. Figura1: Corte paraesternal longitudinal de ecocardiograma realizado em julho de 2022. Palavras-chave: doença de Fabry; amiloidose; genoma; hipertrofia ventricular esquerda.



22654

Resultados de 11 anos no implante de suporte mecânico circulatório intra-corpóreo de um centro privado de implante de suporte ventricular

MARCELO WETERLUND MONTERA, ARNALDO RABISCHOFFSKY, LIGIA NERES, MARCELO RAMALHO, FERNANDO RODRIGUES, ANA LUIZA SALES, BRUNO MARQUES e ALEXANDRE SICILIANO.

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

Fundamento: O implante de suporte mecânico circulatório intra-corpóreo (SMCI) é uma indicação para pacientes com insuficiência cardíaca avançada sem possibilidade de transplante cardíaco. Para a realização do implante é necessário hospitalizar com experiência em alta complexidade e atuação de equipe multidisciplinar especializada em suporte circulatório. No Brasil poucos centros tem capacidade e experiência para o implante de SMCI. **Objetivo:** Apresentar os resultados de 11 anos de um programa clínico-cirúrgico de insuficiência cardíaca avançada num hospital privado, no implante de SMCI. **Delineamento e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, de um coorte de pacientes, no período de 2012 a 2023, portadores de insuficiência cardíaca crônica avançada e insuficiência cardíaca aguda, que foram submetidos a implante de SMCI com objetivo de ponte para transplante cardíaco (PTC) ou terapia de destino (TD). Foram avaliadas a mortalidade intra-hospitalar (MIH), sobrevida a longo prazo e êxito no alcance dos objetivos. **Resultados:** 16 pacientes foram submetidos a implante de SMCI: 5 Heartware, 9 Heart-Mate 2, 2 Heart-Mate 3. Idade média: 60,9 ± 15 anos; 11 sexo masculino e 5 feminino. Apresentavam classificação INTERMACS: 1 (25%); 2 (25%); 3 (37,5%); 4 (12,5%). 8 pacientes tiveram objetivo do SMCI de TD e 8 TC. 43,7% necessitaram de SMC temporário prévio ao implante. Tempo médio de internação foi de 65 ± 33 DIAS. Mortalidade intra-hospitalar foi de 37,5%. Com sobrevida em 1 ano de 90%. Os pacientes encaminhados para SMCI como ponte para TC obtiveram maior sucesso no alcance do objetivo que os pacientes como TD (87,5% vs e 37,5%; p=0,06). Não observamos diferenças das variáveis clínicas na MIH quanto a idade (p=0,15), sexo (p=1), fator causal (p=0,6), classificação INTERMACS (p=0,8), e a utilização de SMC temporário prévio (p=0,2) ao implante. Os pacientes com disfunção ventricular direita (57% VS 22%; p=0,05), com múltiplas complicações no pós-operatório (62,5% VS 12,5%, p=0,06), apresentaram relação com maior MIH. O tempo médio de permanência com SMCI para os pacientes com TD foi de 3,4 ± 3,9 anos e os com ponte para TC 4,6 ± 3,4 anos, p=0,6, sem apresentarem complicações relativas ao SMCI. O tempo mais prolongado de SMCI é de 8,8 anos em TD, até março de 2023. **Conclusão:** A experiência no implante de SMCI para pacientes com IC avançada demonstrou trazer resultados benéficos com uma alta taxa de sobrevida intra-hospitalar e de sobrevida a longo prazo pós-alta com baixa taxa de complicações pelo SMCI. Nossa experiência demonstrou ser possível o desenvolvimento de centros de implante de SMCI no Brasil com excelência de resultados em medicina de alta complexidade. Palavras-chave: suporte mecânico circulatório; insuficiência cardíaca avançada.

22662

Tolerabilidade ao uso de betabloqueadores em pacientes chagásicos com disfunção ventricular

ANDERSON OLIVEIRA ESTEVAN, ANA LUISA GUEDES DE FRANÇA e SILVA, GUILHERME DA COSTA MARTINS, CAMILA DUTRA PIMENTA, DANIELA DO CARMO RASSI, SALVADOR RASSI e AGUINALDO FIGUEIREDO DE FREITAS JUNIOR.

Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL.

Fundamento: O uso de betabloqueadores em pacientes com ICFer (Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida) de etiologia chagásica é controverso quanto à tolerabilidade e à seletividade dessa classe de medicamentos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do uso de betabloqueadores em pacientes com ICFer de etiologia chagásica e a tolerabilidade de cardioseletivos vs. não seletivos nessa população. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal conduzido em hospital terciário de referência com dados coletados durante um período de 6 meses após a aprovação do comitê de ética local. As variáveis categóricas foram expressas por frequências e as contínuas por medianas (com intervalo interquartil) com um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Analisamos 150 pacientes sendo 63% do sexo masculino e 73% estavam em classe funcional (NYHA) I ou II. A prevalência de betabloqueadores foi de 92%, dos quais 47% eram cardioseletivos e 53% não seletivos (p=0.41). O Carvedilol foi a droga mais utilizada (51%), seguido do Bisoprolol (31%) e Metoprolol (18%), com doses medianas, respectivamente, de 25mg, 5mg e 50mg. Cada droga foi analisada em relação aos percentis de uso da dose alvo (<25%, 25-50% e ≥50%). Não houve diferença estatística entre os percentis para o Carvedilol vs. Bisoprolol, porém observou-se maior prevalência do Metoprolol (68%) no percentil <25% (p=0.0007). Observou-se, também, maior predileção de cardioseletivos entre aqueles com PAS <100mmHg (65%) (p=0.0467) e os que utilizavam ISGLT2 (66%) (P=0.0413). **Conclusão:** Observou-se alta prevalência do uso de betabloqueadores em pacientes com ICFer de etiologia chagásica, sem diferença entre os cardioseletivos e não seletivos, porém a dose média utilizada está abaixo do recomendado. Os resultados sugerem que nessa população há limitação de se atingir doses alvo dos betabloqueadores independente de sua seletividade, o que pode ser explicado pela pressão arterial e frequência cardíaca limitrofes, ou pela disautonomia própria da doença. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; doença de Chagas; betabloqueadores.

22670

Efeitos do treinamento físico aeróbico sob a capacidade funcional de pacientes portadores de insuficiência cardíaca

MATEUS HENRIQUE MARTINS EGIDIO, ENEAS ANTONIO ROCCO, FELIPE LOPES MALAFAIA, RAQUEL YURI MORI, AMANDA BARBUIO TEIXEIRA e DANIELA CARLINI.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada pela incapacidade do coração em manter o débito cardíaco, ocasionando sua redução e aumento das pressões de enchimento das cavidades. A IC tem prevalência crescente pois constitui-se na via final de várias doenças cardíacas. A IC é a causa mais frequente de hospitalização entre as doenças cardiovasculares no Brasil. A reabilitação cardiovascular tem papel importante no seu tratamento, trazendo melhora da dispnéia, melhora na tolerância ao esforço, melhora no VO2 e sobre tudo melhora na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar os efeitos do treinamento físico e a melhora da capacidade funcional com base no VO2 Max e múltiplos de equivalentes metabólicos METs do paciente de IC, submetidos a doze semanas de treinamento físico em um centro especializado de reabilitação cardiovascular estado de São Paulo. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, que avaliou sessenta e seis prontuários de pacientes, que participaram do programa de reabilitação cardiovascular fase II nos anos de 2012 a 2017, diagnosticados com ICFer e IC de fração de ejeção discretamente reduzida, e que realizaram doze semanas de treinamento físico. Foram excluídos todos os pacientes que não concluíram as doze semanas ou que apresentaram alguma instabilidade clínica ou hemodinâmica que contraindicassem o treinamento físico. O treinamento aeróbico foi realizado em esteira ergométrica, com prescrição baseada no teste cardiopulmonar de exercício e demais testes funcionais realizados na avaliação. Os dados do estudo foram obtidos através da ficha de avaliação da fisioterapia e médica. Foram coletados dados como idade, sexo, etiologia, variáveis com desfechos VO2 pico inicial e final e METs. **Resultados:** Foram avaliados sessenta e seis prontuários de pacientes com idade média 60.39 ± 11.04 anos, sendo 77.27% do sexo masculino. A etiologia da amostra foi composta por isquêmica 81,82%, dilatada 9,09% e chagásica 3,03%. Foi observado ganho no VO2 pico após doze semanas de treinamento, sendo o VO2 pico inicial 19,06 ± 5,63 e final 21,22 ± 6,25 com ganho de 11,33%. Em relação aos equivalentes metabólicos a média inicial foi de 5,44 ± 1,6 METs e final 6,06 ± 1,78 METs com ganho médio de 11,40%. **Conclusão:** Observamos que pacientes portadores de IC se beneficiaram do treinamento físico instituído em doze semanas, tendo melhora da capacidade funcional. Há necessidade de mais estudos com amostras mais numerosas, para que possamos comparar diferentes grupos e entender melhor os diferentes tipos de resposta dentro dessa classe diagnóstica. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; reabilitação cardiovascular; VO2max.

22679

Estudo da função renal em pacientes internados por episódio de descompensação de insuficiência cardíaca

RAFAEL RAFAINI LLORET, BARBARA REIS TAMBURIM, NATHALIA CRISTINA ALVES PEREIRA, CAROLINA PADRAO AMORIM, FELIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES e VICTOR SARLI ISSA.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade de Antuérpia, Antuérpia, BÉLGICA.

Fundamento: A piora da função renal é um achado comum em pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada. Porém, dados atuais ainda não permitem estabelecer com precisão a natureza da relação entre a piora da função renal e o prognóstico dos pacientes. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi investigar a ocorrência da disfunção renal em pacientes internados por insuficiência cardíaca em serviço de saúde suplementar e sua influência no prognóstico desses pacientes. **Métodos:** O desfecho primário foi a ocorrência de óbito ou transplante cardíaco ao longo da internação e os secundários foram o tempo para nova internação, o número de novas internações, a necessidade de implantação de outros dispositivos de assistência ventricular, a realização de terapia de substituição renal ou a ocorrência de óbito após a internação. **Resultados:** Nos 718 pacientes estudados, o desfecho primário ocorreu em 5,7% dos pacientes enquanto a mortalidade em 180 dias foi de 13%. Reinternações foram frequentes na população estudada, sendo que 41,5% dos pacientes apresentaram 3 ou mais reinternações, porém as novas internações ocorreram tardiamente, com 60,9% delas ocorrendo após 60 dias desde a alta. Os pacientes com valores menores no ritmo de filtração glomerular permaneceram mais tempo internado (9 versus 8 versus 8 p: 0,042) e tiveram maior mortalidade intrahospitalar (12% versus 5% versus 3,8% p: 0,005). Quando analisada a taxa de filtração glomerular, além de outros fatores de risco para Insuficiência Cardíaca, a idade (OR:1,054; IC95% 0,0995 - 1,116, p:0,071), o nível de sódio sérico (OR:0,911; IC95% 0,823 - 1,009, p:0,074) e o ritmo de filtração glomerular (OR: 1,033 IC 95% 1,001 - 1,067 p:0,045) estiveram independentemente associados ao prognóstico hospitalar. Quando avaliado a taxa de evento em 180 dias após a alta, a taxa de filtração glomerular também se mostrou um fator independente (OR: 0,993 IC95% 0,988 - 0,999, p: 0,013). **Conclusão:** Nossos dados mostram que a níveis mais baixos no ritmo de filtração glomerular na admissão hospitalar estão relacionados com maiores taxas de desfechos intra-hospitalares e em 180 dias após a alta. Palavras-chave: descritores; insuficiência cardíaca; insuficiência renal; saúde suplementar; hospitalização; mortalidade.

22680

Síncope e cardiomiopatia hipertrófica apical: uma combinação perigosa

GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO, AMANDA CARVALHO SIQUEIRA, RENATA RODRIGUES TEIXEIRA DE CASTRO, SABRINA PEDROSA LIMA e JAIME LOBO FIGUEIREDO.

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Apresentamos o relato de caso de um paciente portador de Cardiomiopatia Hipertrófica Apical sem diagnóstico prévio que se apresenta com relato de síncope durante exercício físico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 41 anos, militar, sem sintomas ou comorbidades prévias, praticante de exercícios físicos regulares (lutador de jiu-jitsu), apresentou quadro de síncope sem defesa com duração de 15 segundos enquanto jogava futebol, sem alteração neurológica após o episódio. Foi encaminhado para emergência de hospital terciário, onde, na admissão, realizou eletrocardiograma, que evidenciou alterações compatíveis com hipertrofia de ápice ventricular. Em seguida, realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou hipertrofia dos segmentos apicais do ventrículo esquerdo (estimado em 17ml/m²), fração de ejeção preservada e strain global longitudinal de -10,3% com padrão heterogêneo. O holter de 24h foi solicitado durante a internação hospitalar e não evidenciou a presença de arritmias malignas, a coronariografia não evidenciou lesões, sendo solicitada portanto ressonância magnética cardíaca que confirmou o diagnóstico de Cardiomiopatia Hipertrófica Apical (CHA), com quantificação de fibrose de 22g (cerca de 10,6%) e fração de ejeção preservada. **Discussão:** A CHA é uma etiologia rara e embora seja considerada uma forma benigna da doença, a possibilidade de morte súbita em pacientes portadores ainda é motivo de preocupação. Estudos recentes demonstram que a presença e o grau de fibrose guardam importante relação com o risco de morte súbita, pois a presença de fibrose miocárdica pode resultar em alterações na condução elétrica cardíaca, favorecendo a ocorrência de arritmias ventriculares potencialmente fatais. Apesar do holter de 24h não evidenciar esta alteração, o fato de se tratar de um paciente com cardiomiopatia hipertrófica com grau de quantificação de fibrose de 10,6% e com história de síncope inexplicada, há de se considerar a possibilidade de que a Cardiomiopatia Hipertrófica Apical não possua uma evolução de tão benigna conforme é descrito na literatura. O paciente segue em acompanhamento clínico com o Serviço de Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca do Hospital Naval Marcílio Dias objetivando aumentar o substrato diagnóstico de uma possível intervenção, caso haja elucidação de uma possível arritmia maligna documentada. Mais estudos são necessários para um melhor entendimento da relação entre o grau de fibrose e o risco de morte súbita nos diversos fenótipos de cardiomiopatia hipertrófica, bem como para inclusão de tais fatores na avaliação de risco de morte súbita cardíaca. Palavras-chave: cardiomiopatia; hipertrófica; yamaguchi; síncope.

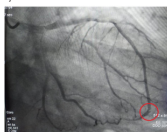
22681

A deficiência de fator V de Lieden como complicador da prática de atividades físicas

GABRIEL CHEHAB DE CARVALHO MELO, DANIELA BLANCO MECKING, PEDRO HENRIQUE RODRIGUES DE OLIVEIRA GONÇALVES, RENATA RODRIGUES TEIXEIRA DE CASTRO e JAIME LOBO FIGUEIREDO.

Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Os benefícios crônicos da prática de exercícios são conhecidos. Entretanto, em pacientes com fatores predisponentes, as respostas agudas do treinamento podem desencadear eventos cardiovasculares, como a síndrome coronariana aguda. **Relato de caso:** Paciente masculino de 37 anos, militar reformado, sem morbididades conhecidas e fatores de risco para doença arterial coronariana, atendido devido à dor torácica em aperto irradiando para membro superior direito enquanto jogava futebol e após ter feito uso de termogênico. Foi diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do segmento ST, apresentando troponina máxima quantitativa de 76,6 (VR: 0,018). Seguindo a propedêutica, foi iniciada a investigação das causas de infarto agudo do miocárdio em paciente jovem. A análise sorológica demonstrou os seguintes exames laboratoriais: Fator VIII=129% (60-150), antitrombina=97% (VR: 75-125), Proteína C= 102% (VR: 70-140), Proteína S=22% (VR:60-130), Homocisteína=9,5 (VR: 5-12), ausência de mutação do gene da protrombina e Fator V Leiden heterozigoto. Durante o segmento clínico, submetido a coronariografia, que demonstrou ausência de coronariopatia obstrutiva e fluxo coronariano identificado. Evidenciado trombo não-oclusivo em segmento distal de artéria descendente anterior. A partir da elucidação dos fatores de risco para doença arterial coronariana e a comprovação laboratorial de Deficiência do Fator V de Lieden, foi optado por anticoagulação inicialmente com Varfarina, com alvo de INR entre 2,0-3,0. Após 4 anos de seguimento, evoluiu com trombo em ápice do ventrículo esquerdo, diagnosticado por ecocardiograma transtorácico em duas ocasiões. Definido por aumento da dosagem de Varfarina buscando como alvo o controle do INR entre 3,0-4,0. Em janeiro de 2020, após um período de sete anos em uso de anticoagulação pós-evento inicial, foi optado pela substituição de Varfarina por Edoxabana 60mg, com a finalidade de diminuição das consultas médicas ao ano, em comum acordo com o paciente. Sugeriu-se na ocasião a dosagem de D-dímero mensalmente por um período mínimo de seis meses. Paciente segue há dois anos em uso de Edoxabana e não foram observados novos eventos trombóticos ou sangramentos. **Conclusão:** Nota-se que a atuação de fatores mistos, atividade física e componentes pró-trombóticos, no desencadeamento de síndrome coronariana aguda em paciente jovem e sem comorbidades conhecidas é real, colocando-se de forma evidente a necessidade de rastreio clínico e avaliação cardiológica antes do início da prática de atividade física em pacientes com esse perfil etiológico. Palavras-chave: Lieden; deficiência; atividade física; infarto.



22689

Causas de descompensação e mortalidade nos diferentes perfis hemodinâmicos em mais de 2800 internações por insuficiência cardíaca

MARIANA CHAUD, FELIPE MALAFAIA, RAQUEL BALDUÍNO, PEDRO BARROS, CAROLINA CASADEI, CAROLINA PADRÃO, AMANDA MARTINELLI DE OLIVEIRA, GIOVANNA PESSÓA, MARINA HOFF e FELIX RAMIRES.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Incor, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O espectro de pacientes internados por insuficiência cardíaca (IC) descompensada apresenta desafios particulares em relação à terapia adequada para cada perfil. A maioria dos médicos se baseia na história clínica e no exame físico para avaliar e orientar a abordagem nessa população. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo avaliar os perfis hemodinâmicos baseados na avaliação clínica de congestão e perfusão no momento da internação e associá-los aos desfechos subsequentes. **Métodos:** Acessados retrospectivamente os perfis de 2867 pacientes internados por IC descompensada num hospital privado, especializado em cardiologia e certificado pela JCI, na cidade de São Paulo, entre os anos de 2018 e 2022. Os casos foram analisados em relação aos parâmetros intra-hospitalares especialmente as diferentes causas de descompensação e respectiva mortalidade de acordo com o perfil hemodinâmico. **Resultados:** A análise da mortalidade em relação ao perfil hemodinâmico de admissão mostrou que, nos pacientes que internaram em perfil A (25,2%), a mortalidade foi 5,5%. A principal causa de internação nestes óbitos foi SCA (37,5%), seguida de infecção (12,2%). Já nos que internaram em perfil B (67,5%), a mortalidade foi 9,3%, tendo como principais motivos de internação infecção (37,5%), progressão de doença (21%) e arritmia (18,2%). Os pacientes que internaram em perfil C representam 5,8%. A taxa de óbito foi de 28,1% e, nestes, a internação se deu principalmente por progressão de doença (38,3%) e arritmia (27,6%). Por fim, 1,1% dos pacientes internaram em perfil L. Evoluíram a óbito 21,8% e suas principais causas de admissão foram infecção (28,5%), progressão de doença (28,5%) e SCA (28,5%). O perfil L foi o único que apresentou desproporcionalidade de sexo entre os óbitos, pois apesar de homens representarem a maioria do grupo (58%), estavam em minoria dentre os óbitos (38%). Os outros perfis apresentaram direta proporcionalidade acerca do sexo e idade dentre os óbitos. **Conclusão:** Os dados apresentados corroboram os observados na literatura. Evidencia-se que o perfil B é mais prevalente, porém com taxa de mortalidade inferior aos perfis C e L. Especial atenção às causas de descompensação e internação. Observa-se o papel importante de causas infecciosas que muitas vezes podem ser prevenidas por meio de medidas higieno-dietéticas e vacinação. Palavras-chave: descompensação; mortalidade; insuficiência cardíaca; perfil hemodinâmico; programa clínico; registro de prática clínica.

22691

Recuperação de disfunção miocárdica em paciente jovem após miocardite relacionada à COVID-19: relato de caso após 3 anos de seguimento

STELLA DE SOUZA VIEIRA, JOÃO DANIEL DE MENEZES e DANILO FERNANDO MARTIN.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, BRASIL.

Fundamento: Atualmente é sabido que o espectro clínico da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 é amplo, com diversos relatos de eventos cardiovasculares ocorridos durante e após a doença, com destaque para a miocardite. O seguimento desses pacientes é imprescindível, visto que ainda não há evidências substanciais na literatura sobre a evolução tardia da disfunção miocárdica. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, sem comorbidades, com histórico de COVID-19 em forma leve há 15 dias. Diagnosticada com oclusão arterial aguda há 12 horas, sem outras queixas. No curso de 24 horas evoluiu com dispneia súbita e dor torácica em aperto, e necessidade de cuidados em terapia intensiva (UTI) (APACHE na admissão em UTI: 5 pontos). Seus exames laboratoriais demonstraram aumento da troponina (83,2pg/mL) e BNP (6940pg/mL). Foi realizado ecocardiograma (ECO) que evidenciou disfunção contrátil importante, com fração de ejeção (FEVE) de 10,9%, insuficiências mitral e tricúspide moderadas e derrame pericárdico moderado. Na suspeita diagnóstica de miocardite optou-se por realizar a ressonância magnética miocárdica (CRM), que revelou presença de áreas de realce tardio de padrão não isquêmico na parede septal do ventrículo esquerdo (VE), acompanhadas de acentuada hipocinesia difusa, com comprometimento da função sistólica global. Foi realizada ainda a biópsia miocárdica, com resultado inconclusivo e marcador viral de COVID-19 negativo. Após 20 dias de manejo clínico a paciente apresentava troponina e BNP ainda elevados, mas em queda (11,64pg/mL e 502pg/mL), e recebeu alta hospitalar, iniciando acompanhamento ambulatorial em uso de Carvedilol 25mg 2x/dia, Enalapril 10mg 2x/dia, Lixiana® 60mg 1x/dia, Dapaglifozina 10mg 1x/dia e Digoxina 0,25 1x/dia. Durante o seguimento as medicações foram otimizadas e a paciente foi incluída em programa de reabilitação física. Na CRM realizada três anos após o evento evidenciou-se redução da volumetria biventricular, melhora na FEVE e ausência de derrames pericárdico e pleural. O ECO mais recente vai ao encontro destes dados, com aumento moderado de VE e disfunção contrátil discreta - FEVE 37,9%, e valvas normais. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial devido a gravidade do quadro, ainda patente. **Conclusão:** Neste caso foi possível manejar clinicamente com desfecho parcial satisfatório, evidenciando evolução tardia favorável de miocardite seguida de ICFER ocorrida após COVID-19. **Palavras-chave:** miocardite; disfunção miocárdica; COVID-19.

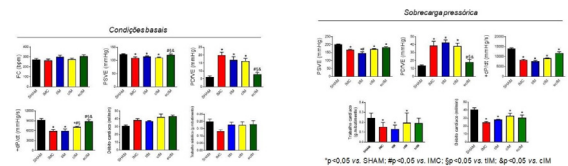
22693

Efeitos hemodinâmicos da associação entre exercício físico e transplante de células-tronco mesenquimais após infarto agudo do miocárdio em situações de sobrecarga pressórica

STELLA DE SOUZA VIEIRA, BRUNNO LEMES DE MELO, EDNEI LUIZ ANTONIO, ROBERTO BARROS GUANDALINI, PAULO JOSÉ FERREIRA TUCCI e ANDREY JORGE SERRA.

Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL - Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, BRASIL - Centro Universitário Padre Albino, Catanduva, SP, BRASIL.

Fundamento: No cenário do infarto do miocárdio (MI) a terapia com células-tronco (CT) mostra-se promissora. Entretanto, o perfil pró-inflamatório e o microambiente inóspito pós-IM culminam em perda significativa das CT transplantadas e diminuição de seu potencial terapêutico. O efeito anti-inflamatório do exercício físico (EX) é patente e poderia potencializar esta terapia. **Objetivo:** Avaliar a repercussão hemodinâmica do EX prévio na terapia com CT pós-IM, em condições basais e de sobrecarga súbita de pressão. **Materiais e Métodos:** Foram utilizadas 50 ratas Fisher-344 divididas em: SHAM; IMC (infartados controle); tIM (animais exercitados previamente ao IM); cIM (animais infartados e tratados com CT); tclM (animais exercitados previamente ao IM e tratados com CT). O EX (90'/dia; 5x/sem) teve duração de 9 semanas. O estudo hemodinâmico foi realizado sob anestesia (Uretana: 1,2g/kg, i.p.), em condições basal e de sobrecarga súbita de pressão, com utilização do micromanômetro Millar (MikroTip® 2F, Millar Instruments Inc) e de sensor de fluxo (Transonic Flowprobe, Transonic Systems Inc). Para avaliação sob sobrecarga pressórica a pós-carga foi elevada por injeção de fenilefrina (25-75µg/kg, i.v. in bolus). **Resultados:** Houve redução da pressão sistólica do VE (PSVE) e aumento da pressão diastólica final do VE (PDfVE) nos grupos IMC, com exceção do grupo tclM. O mesmo comportamento pôde ser observado na derivada positiva (+dP/dtmáx) máxima de pressão. Como esperado, a infusão de fenilefrina impôs aumento expressivo da PSVE em todos grupos infartados. Com exceção do grupo tIM, houve aumento significativo da +dP/dtmáx no pico da sobrecarga. O grupo tclM apresentou valores de +dP/dtmáx semelhantes aos do grupo SHAM. A PDfVE aumentou significativamente em todos os grupos infartados. Os animais infartados apresentaram redução significativa do DC após sobrecarga pressórica. O grupo tclM apresentou débito cardíaco (DC) semelhante aos SHAM. As análises do trabalho cardíaco (TC) revelaram aumentos significativos somente para o grupo SHAM, cujos valores no pico da sobrecarga foram significativamente superiores aos grupos IMC e tIM. **Conclusão:** O transplante de CT foi eficaz em minimizar os danos que se seguem ao IM, situação potencializada quando a terapia foi precedida pelo EX. **Palavras-chave:** infarto do miocárdio; terapia celular; exercício físico.



22695

Desenvolvimento de vídeo educativo e análise do impacto no conhecimento sobre autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

FABIANE RODRIGUES DE SIQUEIRA, JULIANA KARPINSKI DA CONCEIÇÃO, CARLOS HENRIQUE RODRIGUES DE SIQUEIRA, LETÍCIA FARIAS DE SOUZA, MATHEUS BISSA DUARTE FERREIRA, JORGE TADASHI DAIKUBARA NETO e MIGUEL MORITA FERNANDES DA SILVA.

Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O tratamento da insuficiência cardíaca (IC) é complexo e requer que os pacientes sejam educados sobre os cuidados necessários para reduzir o risco de eventos. Embora diferentes estratégias educacionais tenham sido propostas, nenhum estudo avaliou o uso de vídeo educativo em pacientes com IC, especialmente em condições de baixa escolaridade. **Objetivo:** Desenvolver um vídeo educativo e avaliar seu impacto no conhecimento sobre a doença e autocuidado em pacientes com IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo experimental de braço único com pacientes admitidos por IC aguda em um hospital terciário de referência do Sistema Único de Saúde. O estudo foi desenvolvido em cinco fases: 1. Desenvolvimento do vídeo educativo; 2. Verificação do conteúdo por peritos; 3. Verificação de linguagem por população leiga; 4. Correção e produção da versão final do vídeo; 5. Aplicação em pacientes com IC. Nesta última etapa, os pacientes responderam o Questionário de Conhecimento da Insuficiência Cardíaca e Autocuidado, previamente validado, antes e logo após assistirem o vídeo educativo. **Resultados:** Foi desenvolvido um produto audiovisual educativo (figura) com linguagem de fácil compreensão e a versão final teve duração de 3min43s abordando a definição da IC, suas causas, sinais e sintomas; orientação sobre restrição hídrossalina, peso diário, atividade física, alcoolismo, tabagismo e uso correto de medicamentos. O questionário foi aplicado a 21 pacientes (68±10 anos, 57% mulheres; fração de ejeção 40±14%); sendo que 13 (61,9%) não completaram o ensino fundamental, e 14 (66,7%) tinham renda média até 1 salário mínimo. A média de acertos no questionário na avaliação basal foi 35%±22% e aumentou 11% (Intervalo de Confiança 95% 6 - 15%, p<0,001) após a visualização do vídeo. A melhora nos acertos dos questionários não diferiu conforme o grau de escolaridade ou nível de renda (p=NS). **Conclusão:** Foi desenvolvido um vídeo educativo inédito sobre IC que resultou na melhora do conhecimento sobre autocuidado em pacientes com IC. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; vídeo educativo; autocuidado; autoconhecimento. **Figura 1:** Cenas do vídeo educativo sobre IC. Fonte: O autor (2023).



22696

Fibrilação atrial em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica no Brasil: avaliação do escore HCM-AF

LUIA MARTINS AVENA, HENRIQUE IAHNKE GARBIN, FELIPE COSTA FUCHS, BEATRIZ PIVA E MATTOS e FERNANDO LUIS SCOLARI.

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

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) está associada a um aumento na mortalidade, piora dos sintomas e ocorrência de eventos tromboembólicos na cardiomiopatia hipertrófica (CMH). O escore HCM-AF score foi recentemente proposto para prever o risco de FA, mas ainda não foi validado na população brasileira. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco associados a FA e avaliar o HCM-AF Score numa coorte brasileira com CMH. **Delineamento e Métodos:** Realizamos uma análise retrospectiva em uma coorte de pacientes com CMH acompanhados entre setembro de 2000 e dezembro de 2022, com o objetivo de determinar a incidência de FA. O diagnóstico de FA foi feito com base em eletrocardiograma e/ou Holter de 24 horas, independentemente da presença de sintomas. Foram analisados os fatores de risco associados à FA e aplicado o escore HCM-AF. **Resultados:** Foram incluídos 121 pacientes, com idade média de 56±13 anos, sendo 61 (55%) do sexo feminino. Durante um período médio de acompanhamento de 7±4 anos, 38 (31%) indivíduos desenvolveram FA. Os seguintes fatores mostraram associação com a ocorrência de FA: diâmetro do átrio esquerdo (AE) [hazard ratio (HR) 1,06 (intervalo de confiança de 95% - IC 95% 1,01-1,11), P=0,014], índice de volume do AE [HR 1,02 (IC 95% 1,01-1,03), P=0,025], diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (VE) [HR 1,03 (IC 95% 1,01-1,05), P=0,023], relação E/E' [HR 1,05 (IC 95% 1,00-1,10), P=0,046] e idade no diagnóstico da CMH [HR 1,01 (IC 95% 1,01-1,06), P=0,044]. O escore HCM-AF classificou 13 (11%) pacientes como baixo risco, 46 (38%) como médio risco e 62 (51%) como alto risco. Dos pacientes que desenvolveram FA, 24 (63%) foram classificados como médio risco, 14 (37%) como médio risco e nenhum como baixo risco. Os grupos de médio e alto risco associaram-se à incidência de FA quando comparados com o de baixo risco (Log Rank 6,505, P=0,023). Entretanto, não houve diferença entre as classes de média e alta probabilidade (Log Rank 0,101, P=0,751). Pacientes que desenvolveram FA apresentaram maior mortalidade cardiovascular [HR 7,98 (IC 95% 3,01-21,20), P<0,001] e por todas as causas [HR 7,09 (IC 95% 3,03-16,59), P<0,001]. **Conclusão:** O escore HCM-AF identificou pacientes de baixo risco, mas foi limitado para discriminar entre indivíduos de médio/alto risco de FA. A FA associou-se a maior mortalidade em pacientes com CMH. Assim, os fatores associados à FA podem auxiliar na estratificação de pacientes com CMH. **Palavras-chave:** fibrilação atrial; cardiomiopatia hipertrófica; escore HCM-AF.

22697

Análise do impacto dos inibidores de SGLT-2 nos indicadores de congestão e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada com fração de ejeção reduzida no período vulnerável pós-hospitalização

GABRIEL BREHM SCHMITH, GIOVANA AYUMI GONDO, GIOVANA LAÍS BASSANI CRUZ, JOSE ANTONIO DUTRA BISNETO, KAIO EDUARDO RAHAL DE CAMARGO, LUISA MATOS ANTONIASSI, NOESSA HIROMI ASSANO STANGLER, GUSTAVO LENCI MARQUES e LÍDIA ZYTYNSKI MOURA.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL - Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de grande prevalência e incidência global. O tratamento é baseado em 5 pilares terapêuticos, incluindo os inibidores de sódio e glicose tipo 2 (ISGLT-2), porém a avaliação do impacto congestivo dos ISGLT-2 quando somados à terapia padrão da IC ainda não foram investigados. **Objetivo:** Avaliar o impacto do ISGLT-2 na congestão, funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes internados com IC. **Delineamento e Métodos:** Estudo prospectivo e intervencional com pacientes >18 anos, classes funcionais III e IV (NYHA) com ICFER. **Resultados:** A comparação foi realizada a partir de uma amostra de 19 pacientes, sendo prioritariamente do sexo masculino (73,7%) e com média de idade de 61,7 anos \pm 11,10. Observou-se que o diâmetro da veia cava aferida sofreu uma redução ao longo das avaliações realizadas, com grande diminuição entre a admissão e os dados finais do estudo, conforme gráfico abaixo. Nesse mesmo sentido, a presença de linha B pulmonar no ultrassom na admissão foi notadamente maior que nos 4 momentos subsequentes. Enquanto na admissão praticamente todos os pacientes possuíam a presença da linha B, no momento final do estudo, o resultado foi o inverso, não sendo possível visualizar a presença da linha B pulmonar. O gráfico abaixo apresenta em termos percentuais tal análise. Em relação ao escore do questionário Kansas, houve percepção melhora na qualidade de vida dos pacientes em relação à admissão. Já no teste de caminhada realizado, houve evolução na distância percorrida, além de um valor de SatO₂ superior tanto nos dados anteriores à caminhada, quanto nos posteriores. Os exames laboratoriais revelaram incremento progressivo nos níveis de potássio, sem alterações nas demais variáveis. **Conclusão:** Foi observada melhora ultrassonográfica com redução do diâmetro da veia cava e da ausência de linha B pulmonar, indicando uma redução da congestão pulmonar e da volemia. Além de relato da melhora na qualidade de vida, o que coincide com a redução da congestão pulmonar e maior capacidade de caminhada e SatO₂. Estas conclusões foram realizadas em um estudo com uma população pequena, assim, para que possam ser usadas clinicamente, recomenda-se a verificação de sua conformidade através de análise com um grupo de participantes maior. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; ISGLT-2; volemia.



22698

Doença vascular do enxerto x etiologia da miocardiopatia

PALMIRA GOMES AMARAL, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, ANA MARIA PEIXOTO CARDOSO DUQUE, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, MÔNICA SAMUEL ÁVILA, IÁSCARA WOZNIAC, SANDRIGO MANGINI, VANESSA SIMIONI FÁRIA, HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES, DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, MARCELLE GONÇALVES HENRIQUES LIZANDRO, ANDRÉ AUSTREGESILIO SCUSSEL e FERNANDO BACAL.

Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O transplante cardíaco tornou-se o tratamento padrão da insuficiência cardíaca em estágio final e a doença vascular do enxerto (DVE) continua sendo um importante fator de risco no seguimento do paciente transplantado. Devido a sua gravidade e irreversibilidade o conhecimento de fatores envolvidos na sua patogênese são de suma importância. Diversos mecanismos, sejam imunológicos ou não tem sido relacionados com o surgimento da DVE, mas ainda não se conhece bem o papel da etiologia da miocardiopatia. **Objetivo:** Avaliar a incidência da DVE nos primeiros 5 anos após transplante e pesquisar sua relação com a etiologia da miocardiopatia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva com avaliação do banco de dados dos pacientes transplantados no Incor - HCFMUSP em São Paulo no período de 01/01/2018 a 31/12/2021. Avaliou-se o diagnóstico de DVE através da estratificação invasiva com cinecoronarografia. Foi escolhido este intervalo de tempo pois inicia-se o rastreamento de DVE por volta de um ano após o transplante, dessa forma os transplantados de 2018 a 2021 estariam nos 5 primeiros anos do transplante e teriam realizado pesquisa para DVE até 28/02/2023. Utilizou-se o teste qui quadrado de Pearson através do software SPSS para avaliar a relação entre DVE e a etiologia da miocardiopatia. **Resultados:** Foram realizados 204 transplantes no período de 2018 a 2021. Desses, 136 pacientes (67%) foram pesquisados para DVE e 68 (33%) não, sendo o principal motivo o óbito em pós-operatório em 53 casos. Entre os 136 pacientes pesquisados para DVE, 116 (85%) realizaram cateterismo e 20 (15%) realizaram avaliação não invasiva podendo ser ecocardiograma transtorácico com dopplernormia e ou cintiografia com estresse farmacológico. Do N de 116 pacientes avaliados por cateterismo, 70 (60,3%) eram do sexo masculino e 46 (39,7%) do feminino, a variação de idade foi de 19 a 69 anos, com uma média de 47,37 \pm 12 anos. Entre as etiologias da miocardiopatia, 43 pacientes tinham etiologia chagásica (37,1%), 46 dilatada (39,7%), 11 isquêmica (9,5%) e 16 (13,8%) com outras etiologias. Foi diagnosticada DVE em 17 pacientes (14,7%) e em 99 (85,3%) o cateterismo foi normal. Não observou-se diferença entre sexo (p 0,35), nem raça (p 0,54). Quando comparado pacientes chagásicos e não chagásicos mais uma vez não houve diferença significativa (p 0,87). Foram documentados 3 óbitos entre os pacientes com DVE, portanto, uma mortalidade de 2% e uma letalidade de 17%. **Conclusão:** A etiologia da miocardiopatia não demonstrou relação com o surgimento da DVE em 5 anos após transplante no presente estudo, no entanto, novos trabalhos devem ser realizados com um N maior de pacientes, envolvendo mais centros transplantadores e um maior período de tempo a fim de reponder tal questão. **Palavras-chave:** transplante cardíaco; doença vascular do enxerto; miocardiopatia.

22700

Relação ureia/creatinina séricas, albumina/creatinina urinárias e ritmo de filtração glomerular associados ao NT-proBNP no prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca crônica

GUSTAVO RODOLFO MOREIRA, DIANE XAVIER DE ÁVILA, ANGELO MICHELE DI CANDIA, VICTÓRIA DEPES SCARAMUSSA e HUMBERTO VILLACORTA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A relação ureia/creatinina (RUCr) séricas emerge como marcador de volume efetivo circulante inadequado associado a piores desfechos cardiovasculares e renais. A relação albumina/creatinina urinárias (RAC), a porção N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP) e o ritmo de filtração glomerular estimado (eGFR) são biomarcadores associados a piores desfechos cardiorenais. **Objetivo:** Avaliar o valor prognóstico da RUCr comparados à RAC, NT-proBNP e eGFR em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) crônica. **Métodos:** Foram estudados pacientes portadores de IC crônica, acompanhados em um centro especializado, em um estudo prospectivo e longitudinal. Os pacientes tinham fração de ejeção (FE%) do ventrículo esquerdo reduzida (FE<40%), levemente reduzida (FE 41-49%) ou melhorada (ICFER prévia com FE \geq 50% atual). Na inclusão coletamos dados clínicos, eletrocardiográficos e ecocardiográficos e coletamos amostras de sangue e urina. Os pacientes foram seguidos por 337[180-472] dias. O desfecho primário do estudo foi a combinação de morte cardiovascular ou internação por IC. **Resultados:** Foram incluídos 87 pacientes, sendo 53 (61%) homens, média de idade 66 \pm 12 anos e FE 37,5 \pm 11,8%. A média RUCr em pacientes com e sem desfechos foi respectivamente 47,7 \pm 14,1 vs 38,8 \pm 31,0, p=0,001. A mediana de RAC foi 30,3 (Q1-Q3= 2,9-91,7) vs 11,3 [4,1-26,0]mg/g, (p=0,26). A mediana de GFR foi 57,3 \pm 23,6 vs 65,1 \pm 24,2mL/min/1,73 m² (p=0,16). A mediana de NT-proBNP foi 3382ng/mL [890- 5230] vs 953,7 [263,1-2880,0] p=0,025. Na curva ROC, a RAC e a eGFR apresentaram AUC 0,598 e 0,573, respectivamente. O NT-proBNP mostrou um AUC de 0,648 (IC 0,538-0,747) comp=0,022 (>1846ng/mL) e sensibilidade e especificidade de 65,5%. A RUCr mostrou AUC de 0,721 (IC 0,615-0,812) p=0,0003 (>43,52) com sensibilidade de 72,4% e especificidade de 70,7%. Na análise multivariada pelo modelo de riscos proporcionais de Cox usando NT-proBNP, RAC, RUCr e eGFR mostrou predição independente de eventos pela RAC [HR 6,18 (1,84-20,78) p=0,003]. Análise de sobrevida pela curva de Kaplan-Meier mostrou associação baixa RUCr com sobrevida livre de eventos no grupo NT-proBNP baixo [HR 4,28 (IC 1,97-9,28) log rank (p=0,0002)]. **Conclusão:** Nesse estudo, RAC, NT-proBNP e RUCr foram preditores independentes na IC crônica. A RUCr se destacou discriminando pacientes com níveis baixos de NT-proBNP em alto risco. **Palavras-chave:** biomarcadores; insuficiência cardíaca; albuminúria; relação ureia creatinina.

22701

Sódio urinário e relação albumina/creatinina urinária no prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca crônica

GUSTAVO RODOLFO MOREIRA, DIANE XAVIER DE ÁVILA, ANGELO MICHELE DI CANDIA, VICTÓRIA DEPES SCARAMUSSA e HUMBERTO VILLACORTA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A função renal avaliada pela relação albumina/creatinina urinária (RAC) é importante marcador cardiovascular. O sódio urinário (NaU) é preditor de menor resposta a diuréticos. **Objetivo:** Avaliar o valor prognóstico do NaU e RAC em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) crônica. **Métodos:** Foram estudados pacientes portadores de IC crônica, acompanhados em um centro especializado, em um estudo prospectivo e longitudinal. Os pacientes tinham fração de ejeção (FE%) do ventrículo esquerdo reduzida (FE<40%), levemente reduzida (FE 41-49%) ou recuperada (FE \geq 50% tendo sido reduzida anteriormente). No momento da inclusão foram coletados dados clínicos, eletrocardiográficos e ecocardiográficos e dosado o NaU e RAC. Os pacientes foram seguidos por 340 \pm 170 dias. O desfecho primário do estudo foi a combinação de morte cardiovascular ou internação por IC. **Resultados:** Foram incluídos 87 pacientes, sendo 53 (61%) homens, média de idade de 66 \pm 12 anos e FE de 37,5 \pm 11,8%. A média de NaU em pacientes com e sem desfechos foi respectivamente de 107,7 \pm 47,7 vs 107,3 \pm 55mgEq/L, p=0,98. A mediana de RAC foi de 30,3 (variação interquartil de 2,9-91,7) vs 11,3 (3,9-27,5)mg/g, p=0,26. Não houve discriminação de eventos pelo NaU na curva ROC (área sob a curva [AUC] 0,52, p=0,78). Um corte de RAC >32,1mg/g teve sensibilidade de 50% e especificidade de 78,4%, com AUC de 0,59. Na avaliação de sobrevida livre de eventos pela curva de Kaplan-Meier, não houve diferença significativa em relação ao NaU, mas houve em relação à RAC, com p=0,0016 (teste de log-rank) e hazard ratio (HR) de 7,7 (IC 95% 2,1-27,7). Na análise multivariada pelo modelo de riscos proporcionais de Cox, os preditores independentes de eventos foram NT-proBNP >1846pg/mL, com HR de 4,8 (IC 95% 1,3-17,7), p=0,017 e RAC >32,1mg/g, HR 8,6 (IC 95% 1,8-41,5), p=0,006. **Conclusão:** Nesse estudo, RAC, mas não NaU, foi preditor de eventos na IC crônica, independentemente de variáveis clínicas habituais e de peptídeos natriuréticos. **Palavras-chave:** biomarcadores; insuficiência cardíaca; sódio urinário; relação albumina creatinina.

22702

Cardiomiopatia hipertrófica e mutações genéticas incomuns

MICHELE AMORIM HERINGER, SANDRIGO MANGINI, CIRO MANCILHA MURAD, THALITA GONÇALVES DE SOUSA MERLUZZI, LUCAS TACHOTTI PIRES, JOSÉ LEUDO XAVIER JUNIOR, BARBARA RUBIM ALVES, BIANCA DE CÁSSIA SABBION, GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, IASCARA WOZNIACK DE CAMPOS e FERNANDO BACAL.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma desordem genética dos cardiomiócitos, cuja prevalência é de 1:200 a 1:500 na população adulta, com um amplo espectro de apresentação clínica e morfológica. **Relato de caso:** Paciente masculino, 22 anos, com pescoço alado e hipertelorismo ocular, sugestivo de síndrome genética, evolui há 1 ano com dispnéia progressiva, atualmente aos mínimos esforços, ascite e edema de membros inferiores. Internado na cidade de origem com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) descompensada e iniciado inotrópico. Ecocardiograma com hipertrofia importante de ventrículo esquerdo (VE) e disfunção biventricular. Ressonância magnética cardíaca com fibrose estimada em 52% do VE pelo realce tardio. Transferido para serviço de referência e otimizado inotrópico com milirone a 0,6mg/kg/min, com melhora dos sintomas. Aventura hipótese de Síndrome de Noonan e solicitado teste genético. Identificada mutação ALPK3, a qual tem relação com distúrbios faciais. Devido à dependência de inotrópicos apesar da otimização de vasodilatadores, o paciente foi, então, listado para Transplante Cardíaco. **Discussão:** A CMH pode se apresentar com diversos fenótipos, desde arritmias ventriculares complexas, obstrução de via de saída do VE, até insuficiência cardíaca avançada, com padrão restritivo ou disfunção sistólica importante. O diagnóstico é realizado por meio de ecocardiograma e ressonância magnética. O teste genético é importante para detecção de síndromes associadas, como a Síndrome de Noonan, aconselhamento genético e triagem familiar, sendo as mutações mais comuns a MYH7 e a MYBPC3. No presente caso, foi descrita mutação no gene ALPK3, de herança autossômica recessiva e caracterizada por cardiomiopatia grave de início precoce e com acometimento biventricular. O início da terapêutica adequada tem grande impacto em morbimortalidade, devendo ser considerado transplante cardíaco para os casos de IC avançada. **Conclusão:** A CMH é uma doença com espectro de apresentação extenso, sendo fundamental a definição de cada fenótipo para tratamento específico. O teste genético deve ser considerado para detecção de outras desordens genéticas associadas e para triagem e aconselhamento familiar. Em casos de IC avançada, o paciente deve ser avaliado para transplante cardíaco. Palavras-chave: cardiomiopatia hipertrófica; teste genético.

22704

Quais são os fatores associados à mortalidade em insuficiência cardíaca descompensada e choque cardiogênico?

MARIA CAROLINA FERES DE ALMEIDA SOEIRO, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, MARIANA SILVEIRA DE ALCANTARA CHAUD, LUISA BENEDITO, MARIA CÉSAR, BRUNO BISELLI, BRENNO GOMES, RODRIGO TEIXEIRA, HENRIQUE BALBÃO, GIOVANNA PESSÔA, AMANDA MARTINELLI DE OLIVEIRA e ALEXANDRE SOEIRO.

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Incor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A identificação de fatores de risco relacionados à mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e baixo débito cardíaco ainda é pouco descrita. No entanto, pode ser determinante na perspectiva de tratamento. **Delineamento, Objetivo e Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo, multicêntrico e observacional com o objetivo de avaliar fatores relacionados à mortalidade em pacientes com choque cardiogênico. Para tal, foram incluídos 850 pacientes com necessidade de inotrópicos entre o período de janeiro de 2.015 e 2.023. Os seguintes fatores foram avaliados: pressões sistólica e diastólica, frequência cardíaca, creatinina, uréia, proteína-C reativa, lactato, sódio, BNP, troponina, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (DDVE), diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (DSVE), TSH, hemoglobina e pressão sistólica arterial pulmonar (PSAP). Análise estatística: A avaliação de fatores de acordo com a ocorrência ou não de morte foi realizada através de Q-quadrado e teste T, sendo considerado significativo $p < 0,05$. A análise multivariada dos fatores foi realizada por regressão logística. **Resultados:** Cerca de 59,6% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade média da amostra foi de 67 anos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 23,8%. Na análise multivariada, foram encontradas diferenças significativas entre pacientes que morreram ou não, respectivamente, nos seguintes fatores estudados: DDVE (68,7 + 10,0mm x 62,1+11,7mm; OR=1,045, CI: 1,015 - 1,077, $p = 0,003$), DSVE (58,7+10,7mm x 50,2+13,8mm; OR=1,044, CI: 1,016 - 1,073, $p = 0,002$), pressão sistólica (89,5+27,7mmHg x 104,3+36,9 mmHg; OR=0,989, CI: 0,983 - 0,994, $p < 0,001$), TSH (3,8+10,4mg/dl x 1,8+7,7mg/dl; OR=1,019, CI: 1,001 - 1,037, $p = 0,036$), uréia (130,2+65,3mg/ml x 93,7+55,8mg/ml; OR=1,010, CI: 1,006 - 1,013, $p < 0,001$), proteína C reativa (43,5+62,9mg/ml x 28,9+49,3mg/ml; OR=1,005, CI: 1,002 - 1,009, $p = 0,005$), FEVE (28,9+11,4 % x 33,6+13,5 %; OR=0,975, CI: 0,956 - 0,994, $p = 0,009$) e PSAP (52,5+14,7mmHg x 48,6+16,2mmHg; OR=1,016, CI: 1,001 - 1,032, $p = 0,049$). **Conclusão:** A mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca ainda permanece elevada. DDVE, DSVE, pressão sistólica, TSH, uréia, proteína Creativa, FEVE e PSAP. Foram os fatores relacionados à mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca e baixo débito. Palavras-chave: insuficiência cardíaca descompensada; choque cardiogênico; mortalidade.

22706

Suporte circulatório mecânico: relação com prognóstico em pacientes com choque cardiogênico?

AMANDA MARTINELLI DE OLIVEIRA, MARIA CAROLINA FERES DE ALMEIDA SOEIRO, MARIANA SILVEIRA DE ALCANTARA CHAUD, LUISA BENEDITO, MARIA CÉSAR, BRUNO BISELLI, BRENNO GOMES, RODRIGO TEIXEIRA, HENRIQUE BALBÃO, GIOVANNA PESSÔA, AMANDA MARTINELLI DE OLIVEIRA e ALEXANDRE SOEIRO.

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Incor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O uso de suporte circulatório mecânico em choque cardiogênico tem sido cada vez mais ampliado. Dados atuais na população brasileira são desconhecidos. **Delineamento, Objetivo e Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo, multicêntrico e observacional com o objetivo de avaliar a utilização de suporte circulatório mecânico relacionado à mortalidade em pacientes com choque cardiogênico. Para tal, foram incluídos 850 pacientes com necessidade de inotrópicos entre o período de janeiro de 2.015 e 2.023. Os seguintes suportes foram analisados: balão intra-aórtico (BIA) e oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). Análise estatística: A avaliação dos suportes de acordo com a ocorrência ou não de morte foi realizada através de Q-quadrado, sendo considerado significativo $p < 0,05$. A análise multivariada das etiologias foi realizada por regressão logística. **Resultados:** Cerca de 59,6% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade média da amostra foi de 67 anos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 23,8%. 14 (1,6%) dos pacientes utilizaram ECMO e 93 (10,9%) utilizaram BIA. Na análise univariada, foram encontradas diferenças significativas entre pacientes que morreram ou não, respectivamente, relacionado ao uso de BIA (27,8% x 6,2%, $p < 0,0001$), mas não à ECMO (3,0% x 1,3%, $p = 0,101$). Na análise multivariada, somente uso de BIA manteve correlação significativa (OR = 0,183, CI: 0,114 - 0,293, $p < 0,0001$). **Conclusão:** A utilização de BIA serve como um marcador de gravidade em pacientes em choque cardiogênico, sendo associado à maior mortalidade. Palavras-chave: suporte circulatório mecânico; prognóstico, choque cardiogênico.

22707

A etiologia da insuficiência cardíaca pode determinar prognóstico em pacientes com choque cardiogênico?

TATIANA DE CARVALHO ANDREUCCI TORRES LEAL, PEDRO DE BARROS E SILVA, RAUL PESSANHA, CAROLINA VITOR MIRANDA, MARIA CÉSAR, BRUNO BISELLI, BRENNO GOMES, RODRIGO TEIXEIRA, HENRIQUE BALBÃO, AMANDA MARTINELLI, GIOVANNA PESSÔA e ALEXANDRE SOEIRO.

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL - Incor, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A identificação de fatores de risco relacionados à mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e baixo débito cardíaco ainda é pouco descrita. No entanto, pode ser determinante na perspectiva de tratamento. **Delineamento, Objetivo e Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo, multicêntrico e observacional com o objetivo de avaliar etiologias relacionadas à mortalidade em pacientes com choque cardiogênico. Para tal, foram incluídos 850 pacientes com necessidade de inotrópicos entre o período de janeiro de 2.015 e 2.023. As seguintes etiologias foram analisadas: Alcoólica, chagásica, hipertensiva, isquêmica, valvar, miocárdio não-compactado, congênita, idiopática, cardiomiopatia hipertrófica, pós-quiomioterapia e peri-parto. Análise estatística: A avaliação de etiologias de acordo com a ocorrência ou não de morte foi realizada através de Q-quadrado e teste T, sendo considerado significativo $p < 0,05$. A análise multivariada das etiologias foi realizada por regressão logística. **Resultados:** Cerca de 59,6% dos pacientes eram do sexo masculino e a idade média da amostra foi de 67 anos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 23,8%. Na análise univariada, foram encontradas diferenças significativas entre pacientes que morreram ou não, respectivamente, nas seguintes etiologias estudadas: chagásica (17,7% x 12,1%, $p = 0,038$) e miocárdio não-compactado (3,9% x 1,2%, $p = 0,013$). Na análise multivariada, somente miocárdio não-compactado manteve correlação significativa (OR = 0,324, CI: 0,117 - 0,898, $p = 0,030$). **Conclusão:** A mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca ainda permanece elevada. Miocardiopatia chagásica e não-compactado foram as etiologias relacionadas à mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca e baixo débito. Palavras-chave: insuficiência cardíaca; etiologia; prognóstico; choque cardiogênico.

22708

Análise dos pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada no registro BREATHE

PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, DENILSON C ALBUQUERQUE, MARCUS V SIMÕES, RENATO D LOPES, CONRADO HOFFMANN, PAULO NOGUEIRA, HELDER REIS, FABIO NISHIJUKA, LIDIA MOURA, FERNANDO BACAL, EVANDRO T MESQUITA e MÚCIO T DE OLIVEIRA JUNIOR.

Hcor, Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Departamento de Insuficiência Cardíaca, DEIC, SBC, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Brazilian Clinical Research Institute, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, BRASIL - Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, BRASIL - Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Belém, PA, BRASIL - Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL - Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (ICFEP) representa quase metade dos casos de IC. No entanto, pouco se sabe sobre as características, terapias médicas e prognóstico a longo prazo de pacientes hospitalizados com ICFEP na América Latina. **Métodos:** BREATHE foi um registro prospectivo nacional que incluiu pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca aguda (ICA) no Brasil. O manejo intra-hospitalar, bem como os desfechos clínicos de 12 meses foram avaliados. Na presente análise, os pacientes foram classificados de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em 3 grupos: <40% (ICFEP), 40 a 49% (ICFEP) e ≥50% (ICFEP). **Resultados:** Foram incluídos 3.013 pacientes com seguimento médio de 346 dias. Em 1.204 pacientes, a FEVE foi avaliada nas primeiras 24 horas de internação com 28,1% dos pacientes classificados como ICFEP. Os pacientes com ICFEP eram mais velhos (70,5±16,4 vs 63±15,9; P<0,01) tinham mais pacientes do sexo feminino do que aqueles com ICFEP (57,5% vs 30,4%; P<0,01). Entre as comorbidades, hipertensão arterial sistêmica (81,4% vs 70,5%) e fibrilação atrial (40,5% vs 27,2%) foram mais comuns em pacientes com ICFEP (ambos P<0,01), enquanto história de infarto do miocárdio foi mais comum em ICFEP (18,9% vs 29,4%; P<0,01). A creatinina foi de 1,5±1,0mg/dL e semelhante entre os 3 grupos, mas o nível de BNP/NT-ProBNP foi >2 vezes menor na população com ICFEP. O perfil úmido-frio ocorreu em 5,9% dos pacientes com ICFEP e em 12,6% dos pacientes internados com ICFEP (P=0,04). A principal causa de descompensação foi a baixa adesão nos pacientes com ICFEP/ICFEP, enquanto infecção foi a causa mais comum na ICFEP. Na admissão hospitalar, quase 54% dos pacientes com ICFEP faziam uso de inibidores da renina-angiotensina-aldosterona ou betabloqueadores e 19,5% faziam uso de espironolactona. Não houve melhora no uso desses medicamentos durante os 12 meses de acompanhamento. A mortalidade intra-hospitalar foi semelhante entre os 3 grupos (média de 10,5%). Após a alta, as taxas de mortalidade e reinternação hospitalar em 365 dias foram semelhantes em todos os grupos (23,3 para 100 pacientes-ano na ICFEP com taxa de reinternação de 51%). **Conclusão:** Neste grande registro prospectivo brasileiro multicêntrico de ICA de âmbito nacional, pacientes com ICFEP apresentaram características clínicas diferentes, mas prognóstico semelhante em comparação com pacientes com fração de ejeção menor durante um ano de seguimento. A melhoria na assistência médica é necessária para minimizar as complicações nesta população de alto risco. **Palavras-chave:** insuficiência cardíaca; insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; registro clínico.

22710

Caracterização do perfil de pacientes avaliados em um serviço privado de fisioterapia cardiovascular no contexto da pandemia de COVID-19

RENATA CRUZEIRO RIBAS, JESSICA BLANCO LOURES, IGOR LUCAS GERALDO IZALINO DE ALMEIDA, ESTÉVÃO LANNA FIGUEIREDO e SABRINA COSTA LIMA DE ANDRADE.

RC Fisioterapia, Americana, SP, BRASIL - Instituto Orizonti, Belo Horizonte, BH, BRASIL.

Fundamento: A fisioterapia cardiovascular é fundamental no processo de reabilitação e abrange condutas terapêuticas, preventivas e educativas. Contudo, a pandemia de COVID-19 trouxe mudanças no modelo de entrega, com aumento da demanda de atendimentos domiciliares. Portanto, é de suma importância a caracterização do perfil dos pacientes neste novo cenário, a fim de contribuir na assertividade de terapêuticas e na redução dos riscos. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes avaliados em um serviço privado de fisioterapia cardiovascular, com modelo de entrega na clínica e em domicílio. **Delineamento e Métodos:** Estudo descritivo, realizado por meio de análise de prontuários em um serviço privado de fisioterapia cardiovascular. Foi utilizada estatística descritiva e frequência para caracterização e análise dos dados. **Resultados:** Foram analisados 102 prontuários de avaliações realizadas entre 2020 e fevereiro de 2023. Destas, 64% realizadas na clínica, 35% em domicílio e 1% via teleconsulta. Dentre os avaliados na clínica, 55% do sexo masculino, com idade média 63±13,1 anos. Em domicílio, 61% do sexo masculino, com idade média 73±16,0 anos. Da amostra total, 58% foram encaminhados por médicos parceiros, 36% ingressaram na fisioterapia cardiovascular por demanda espontânea e 6% por outras fontes. No perfil epidemiológico, 28% foram avaliados para tratamento de insuficiência cardíaca (IC), 16% após intervenção cirúrgica cardiovascular, 14% em decorrência de complicações da COVID-19 e 12% com doença arterial coronariana. Trinta e três por cento tinham dispositivo cardíaco elétrico implantado, sendo 79% destes CDI. O tempo médio de reabilitação na clínica foi 5±4,9 meses e em domicílio 7±7,3 meses. Do total, 48% receberam alta. Durante o período em reabilitação domiciliar, não houve nenhum evento grave e 14% cursaram com descompensação do quadro clínico cardíaco. **Conclusão:** Apesar do cenário de fechamento de centros e isolamento social, especialmente no primeiro ano da pandemia por COVID-19, com aumento da demanda de atendimentos em domicílio, a predominância de avaliações foi realizada na clínica. A média de idade dos pacientes domiciliares foi maior. Houve predomínio do sexo masculino, em ambos os modelos de entrega. O principal perfil avaliado foi de pacientes com IC. O tempo médio de reabilitação realizada na clínica foi menor. Não houve nenhum evento grave nos atendimentos domiciliares e alguns cursaram com descompensação do quadro clínico cardíaco. Estes achados contribuem para melhor planejamento dos modelos de entrega e reforça a necessidade de especialização profissional dentre aqueles que atuam na reabilitação cardiovascular. **Palavras-chave:** reabilitação; doenças cardiovasculares; fisioterapia.

22711

Transplante de imigrantes no Brasil: como garantir a adequação de aspectos ético-legais e psicossociais para um tratamento de sucesso?

PAOLA HOFF ALVES, MARIA DA GRAÇA GROSSINI, LETICIA ORLANDIN, ROSEMARY VIANNA, FERNANDA CECILIA VASCONCELOS, MARIA LUCIA ROSSES, FERNANDO SCOLARI, NADINE CLAUSELL e LIVIA GOLDBRAICH.

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

Fundamento: O aumento dos fluxos migratórios internacionais provoca reflexões a respeito da responsabilidade dos países em garantir os direitos sociais básicos às populações imigrantes, incluindo o acesso à saúde. Aspectos éticos e legais relacionados ao transplante de órgãos e tecidos podem diferir entre países. Atualmente 1,3 milhão de imigrantes residem no Brasil, potencialmente impactando em crescente número de candidatos a transplantes de órgãos nesta população. Neste sentido, é importante conhecer o processo e os domínios envolvidos na exequibilidade da atividade transplantadora envolvendo imigrantes em nosso país. **Objetivo:** Neste relato, descrevemos a experiência de um programa do sul do país no processo de transplante cardíaco de um paciente venezuelano. **Relato de caso:** Paciente masculino de 47 anos, nascido na Venezuela e residente no Brasil desde 2022 foi transferido de hospital do interior do estado para centro de referência em março/2023 por quadro de insuficiência cardíaca avançada decorrente de cardiomiopatia dilatada de etiologia não-isquêmica, diagnosticada em 2015. Encontrava-se em dependência de inotrópico (INTERMACS 2). Concomitante à tentativa de estabilização clínica, avaliação para transplante e pré-reabilitação hospitalar, foi necessária a revisão do processo legal para o transplante através de consultoria do setor jurídico da instituição e o envio de documentos de identidade e de imigração via Central de Transplantes Estadual para o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o qual emitiu a autorização para a inclusão em lista. Foram revisados aspectos culturais e psicossociais com o auxílio da equipe multiprofissional, com foco na educação em transplante para o paciente e seus familiares. A barreira do idioma foi contornada através da participação de tradutor, e o termo de consentimento foi traduzido para o espanhol. O histórico de adesão ao tratamento e as possibilidades de acesso aos serviços de saúde no município de residência foram revisados para fortalecer as possibilidades de seguimento pós-transplante adequado. Após 20 dias de espera em lista em priorização por choque cardiogênico, o paciente foi transplantado em maio/2023 e apresenta evolução pós-operatória favorável até o momento. **Conclusão:** Imigrantes no Brasil tem direito a cuidados de saúde incluindo transplante de órgãos sólidos, com acessibilidade semelhante a dos cidadãos brasileiros (consolidada pela Portaria 201 de 2012), desde que apresentem os critérios estabelecidos pelo SNT e que estejam de acordo com as normas legais e éticas de doação de órgãos e transplantes vigentes no país. A diversidade cultural e as particularidades psicossociais dos imigrantes podem influenciar a experiência e os resultados do transplante, exigindo uma abordagem sensível e inclusiva por parte das equipes médicas e dos sistemas de saúde. **Palavras-chave:** transplante cardíaco; imigrantes; Brasil.

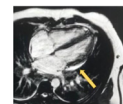
22712

Sarcoidose sistêmica e o coração: quando pensar?

MARCELLE GONÇALVES HENRIQUES LIZANDRO, DANIELA PASSOS GARCIA CAMPOS, RALLYSON DE OLIVEIRA GONÇALVES, PRISCILLA PIRES NUNES DE ALMEIDA, CAMILLA VILELA GIACOVONE, VANESSA SIMIONI FARIA, SUELLEN LÍDIA DA SILVA, HELENA GARCIA BETINARDI BERNARDI, MATHEUS RAMOS DA PAIZ, GABRIELA MARIA GONÇALVES AZEVEDO, HUGO BENCHIMOL FERRAZ, JULIANO GOMES CARVALHO DE ALMEIDA, PEDRO PAULO NOGUERES SAMPAIO e ROBERTO FERREIRA MUNIZ.

INCOR, São Paulo, SP, BRASIL - ICES, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Samaritano Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A sarcoidose é uma doença granulomatosa, multisistêmica que acomete principalmente mulheres entre 25 e 60 anos de idade. As principais manifestações cardíacas são os distúrbios de condução, arritmias ventriculares e insuficiência cardíaca, embora a confirmação diagnóstica seja feita através da biópsia endomiocárdica. O tratamento é realizado através de imunossupressão, podendo haver resolução completa dos distúrbios de condução e disfunção ventricular. **Relato de caso:** Homem, 35 anos, sem comorbidades conhecidas, com quadro arrastado de tosse produtiva e febre, evoluindo com dispnéia progressiva, perda ponderal de 20kg, edema de membros inferiores e síncope. Tratado inicialmente como pneumonia bacteriana e posteriormente para tuberculose, sem melhora clínica. Evoluiu também com sudorese noturna, poliartralgia simétrica de grandes articulações, vertigem e hipocausia a unilateral. Exame físico também com sinais de comprometimento do SNC e periférico. Tomografia de tórax demonstrou padrão de linfonodomegalia hilar bilateral sugestivo de sarcoidose sistêmica. Realizada biópsia de linfonodos infracarinais e paratraqueal direita com presença de granulomas não caseosos, confirmando a suspeita diagnóstica. A avaliação cardiológica demonstrou perfil clínico de ICFEP (FE 51%), associado à alta densidade de extrasístoles ventriculares ao holter (19%), mas com EEF dentro da normalidade. Ressonância cardíaca revelou realce tardio mesocárdico em segmentos inferolaterais medial e basal, com fibrose miocárdica de padrão não isquêmico, também compatível com sarcoidose (Figura). Iniciada corticoterapia, além de drogas para manejo de IC com melhora clínica progressiva. Recebeu alta com metotrexate, corticoide e betabloqueador, retornando à consulta de rotina com novo holter apresentando melhora das manifestações e da incidência de extrasístoles ventriculares (<3%). **Discussão:** A sarcoidose é uma doença sistêmica, de etiologia ainda desconhecida, cujo envolvimento cardíaco está associado a um pior prognóstico, sendo responsável por mais de dois terços das mortes relacionadas à doença. Dados de autópsia estimam que até 25% dos pacientes com sarcoidose sistêmica possuem acometimento cardíaco assintomático. O tratamento com imunossupressão, quando realizado de maneira precoce, pode levar à completa resolução das manifestações cardíacas, contribuindo para minimizar a morbimortalidade associada à doença.



22715

Donor-derived cell-free DNA: o fim da biópsia endomiocárdica no transplante cardíaco?

ANTONIO FELICIANO FATORELLI, LIGIA BEATRIZ CHAVES ESPINOSO SCHTRUK, VITOR AGUEDA SALLES, ANA LUIZA FERREIRA SALLES, VAISNAVA NOGUEIRA CAVALCANTE, ELISANGELA CORDEIRO REIS, LUCIANA DA ROCHA FERREIRA LOBBE COTTA, SHARON KUGEL e JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA.

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

Fundamento: Rejeição aguda (RA), incluindo rejeição celular e rejeição mediada por anticorpos, continua sendo uma relevante complicação após Transplante Cardíaco (TC). Biópsia endomiocárdica (BEM) ainda permanece como principal método para monitorização de rejeição, sendo associada com custo elevado e potenciais graves complicações decorrentes do procedimento. Donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA) têm sido proposto como um marcador não invasivo de injúria do enxerto e uma importante ferramenta de acompanhamento desses pacientes. **Relato de caso:** Sexo masculino, 59 anos, submetido à TC Ortotópico em 2015. Histórico de Cardiomiopatia Hipertensiva, em fase avançada, além de hipertensão essencial e dislipidemia. Seu esquema imunossupressor era composto de Tacrolimus guiado por nível sérico e Micofenolato de Mofetila. Evoluiu com episódio de rejeição aguda do enxerto no pós-transplante, sendo o primeira em 2019 com diagnóstico pela BEM de rejeição humoral pAMR (Pathologic Antibody Mediated Rejection) 2, definido pela presença de achados histológicos e imunopatológicos para rejeição humoral. Foi instituído tratamento intensivo com corticosteroide em altas doses, anticorpos antilinfócitos, plasmáfereze, imunoglobulina e rituximabe. Houve melhora clínica e resolução dos achados da BEM. No seguimento desse paciente, foi realizada a monitorização dos donor specific antibody (DSA), que evidenciou elevação de anticorpos específicos contra o doador. Em 2022, paciente é admitido com síndrome clínica de insuficiência cardíaca. Ecocardiografia mostra função biventricular preservada, hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, septo interventricular de 1,9cm e disfunção diastólica grau III. Houve elevação de Troponina e de peptídeos natriuréticos na avaliação inicial. Baseada na forte suspeita de recorrência de rejeição, o paciente é submetido a nova BEM, com resultado 0R, pAMR 1 (H+), que denota rejeição humoral apenas histológica. Com o objetivo de reforçar o diagnóstico apresentando pela biópsia, é realizado avaliação com dd-cfDNA, cujo resultado foi 1,7%, denotando elevado grau de injúria do enxerto. Desse modo, foi instituído tratamento agressivo para rejeição aguda mediada por anticorpos, semelhante ao esquema acima apresentado. Paciente evoluiu com melhora clínica e redução dos títulos de DSA em avaliações subsequentes.

Conclusão: Com a implementação da técnica do dd-cfDNA em larga escala, é previsto que muitos centros transplantadores irão incorporar protocolos de vigilância de rejeição não invasivos, com uma redução da frequência de BEM. Já é conhecido a estreita relação da avaliação positiva em pacientes com rejeição aguda, seja celular ou humoral. Redução de custos e riscos ligados ao procedimento, assim como maior aceitação pelos pacientes são alguns aspectos favoráveis ligados a essa nova forma de vigilância de rejeição no pós-TC. **Palavras-chave:** Donor-derived cell-free DNA; biópsia endomiocárdica; rejeição celular; rejeição humoral; transplante cardíaco.

22716

Relato de caso: endomiocardiopatia

CAROLINE HARUMI SERICAWA SARUHASHI, WILLER CÉSAR BICA, GUILHERME ANTONIO VIGANÓ, MAICO FURNALETTI, ROBERTO TOFANI SANT'ANNA, ALINE JACOTTET e LUAN LUCAS BERNARDI.

Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, SP, BRASIL - Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, IC, FUC, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A endomiocardiopatia restritiva caracterizada por fibrose endocárdica com acometimento biventricular, de caráter progressivo que promove distorção estrutural cardíaca determinando assim disfunção diastólica e insuficiência de valvas atrioventriculares. Ocorre de maneira bimodal, com primeiro pico na primeira década e o segundo entre a 2ª e 4ª década de vida. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 42 anos, reside no Rio Grande do Sul, sem comorbidades prévias, iniciou com dispnéia novembro de 2021, com progressão gradual para mínimos esforços acompanhado de edema de membros inferiores, ortopnéia e dispnéia paroxística noturna. Ao exame físico, o paciente se encontrava taquicênico com esforço ventilatório leve, SatO₂ 94% com cãula nasal de O₂ 1L/min, PA 90x60mmHg, FC 100bpm, pulsos simétricos e irregulares. A ausculta cardíaca apresentava bulhas normofônicas com ritmo irregular acompanhado de sopro sistólico mais audível em foco mitral (4+/6) com irradiação para região axilar. Ao ecocardiograma transtorácico, observou-se importante sobrecarga biatrial, refluxo mitral moderado a importante, deposição de tecido fibroso no subendocárdio no ápice, obliterando os ápices ventriculares e também nas vias de entrada ventriculares com função biventricular preservada. No ecocardiograma transesofágico, observou-se refluxo mitral de grau moderado e importante com direção a parede pósterolateral do átrio esquerdo e regurgitação tricúspide de grau leve, achados sugestivos de endomiocardiopatia. Desta forma, o diagnóstico final da paciente ficou como insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada de etiologia endomiocardiopatia agravada com insuficiência mitral de grau moderado a importante concomitante a tromboembolismo pulmonar. Paciente apresentou melhora parcial dos sintomas com bisoprolol 2,5mg qd, furosemida 40mg qd, rivaroxabana 20mg qd, dapaglifozina 10mg qd. Dada a refratariedade dos sintomas, foi listada para transplante cardíaco e aguarda Mitralclip como ponte para o transplante. **Discussão:** O tratamento da endomiocardiopatia permanece muito desafiador, em decorrência da taxa média de sobrevida de apenas 2 anos após o diagnóstico. Além do alto risco de morte súbita por arritmia, doenças tromboembólicas e insuficiência cardíaca progressiva. Em casos mais avançados, pode ser indicado o tratamento cirúrgico na forma de endocardectomia combinada com substituição valvar mitral ou tricúspide, visando remover o excesso de tecido fibrótico. Porém, além de não estar disponível na maioria das áreas endêmicas, a taxa de sobrevida observada a longo prazo é de apenas 55%. Em alguns casos, pacientes que apresentam indicação de transplante cardíaco e estão no aguardo do procedimento que apresentam diagnóstico de insuficiência cardíaca avançada e insuficiência mitral moderada a importante podem se beneficiar de Mitralclip, a fim de reduzir a repercussão na resistência pulmonar. Existe também a possibilidade de abranger outros dois grupos como aqueles que podem realizar o Mitralclip como ponte para decisão de transplante cardíaco ou apresentam alguma contraindicação para o transplante. **Conclusão:** A Endomiocardiopatia é uma patologia cardiovascular de alta prevalência e de difícil diagnóstico, ainda sem fator etiológico definido e sem tratamento eficaz que altere o curso natural da doença. Portanto, é de interesse dos profissionais de saúde o maior estudo a respeito da doença com vistas a promover um melhor prognóstico e desfecho para os pacientes. **Palavras-chave:** cardiomiopatia restritiva; fibrose endomiocárdica; insuficiência da valva mitral.

22717

Associação entre massa cardíaca predita e desfechos clínicos em pacientes submetidos a transplante cardíaco

ANDRÉ AUSTREGESILIO SCUSSEL, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, PALMIRA GOMES AMARAL, ANA MARIA PEIXOTO CARDOSO DUQUE, LUÍS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, MÔNICA SAMUEL AVILA, SANDRIGO MANGINI, IASCARA WOZNIK DE CAMPOS, SAMUEL PADOVANI STEFFEN, FÁBIO ANTONIO GAIOTTO e FERNANDO BACAL.

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Estudos retrospectivos sugerem que a razão de massa cardíaca predita (rMCP) é a melhor medida para avaliar a desproporção de tamanho entre doadores e receptores de transplante cardíaco em adultos. No entanto, os dados correspondentes à incidência de desfechos clínicos na população brasileira são escassos. **Objetivo:** Avaliar a incidência de disfunção primária do enxerto (DPE) e mortalidade em 30 dias de pacientes adultos submetidos a transplante cardíaco, com base na razão de massa cardíaca predita entre doador e receptor. **Delimitação e Métodos:** Nesta coorte retrospectiva, analisamos os registros eletrônicos de pacientes que passaram por transplante cardíaco entre janeiro de 2013 e dezembro de 2022 em um grande centro de transplante em São Paulo, utilizando o banco de dados REDCap. Foram avaliadas as proporções de rMCP para cada transplante, utilizando as equações normativas para calcular a massa ventricular desenvolvida pelo Estudo Multicêntrico de Aterosclerose (MESA). Além disso, foram examinadas a incidência de desfechos, como disfunção primária do enxerto e mortalidade em 30 dias, de acordo com diferentes estratos de rMCP. **Resultados:** Foram incluídos dados de 473 pacientes submetidos a transplante cardíaco. Dos receptores, 306 (64,7%) eram do sexo masculino e 326 (68,9%) eram brancos, com média de 49±8 anos no momento do transplante. A etiologia mais frequente foi a dilatada, em 180 (38,1%) pacientes, seguida pela chagásica, em 160 (30,9%). A média da rMCP foi de 1,2±0,3, e a incidência de DPE foi de 11,2%, sem diferença significativa entre grupos quando a rMCP foi avaliada como variável contínua (p=0,227) ou ainda se estratificados de acordo com a média (p=0,216) ou pelos percentis de rMCP (p25, p50 e p75), (p=0,265). Também não houve diferença estatisticamente significativa para DPE do VD (p=0,678). A taxa de mortalidade em 30 dias foi de 14,2% para toda a população, com aumento progressivo desta taxa de acordo com a maior gravidade da DPE (p<0,001), mas não foram observadas diferenças na mortalidade ao comparar diferentes estratos de rMCP (p=0,129). **Conclusão:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na incidência de disfunção primária do enxerto e na mortalidade em 30 dias entre os grupos estratificados pela razão de massa cardíaca predita. Houve correlação entre grau de DPE e mortalidade em 30 dias. **Palavras-chave:** massa cardíaca predita; disfunção primária do enxerto; transplante cardíaco.



