

INTERNATIONAL JOURNAL OF

Cardiovascular SCIENCES

TEMAS LIVRES 2024

Congresso Brasileiro de
Insuficiência Cardíaca - DEIC 2024



08 a 10 de agosto de 2024

Centro de Convenções de Recife - PE

Editor

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Assistant Editor

Marcella dos Santos Lopes da Silva – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Social Media Editor

Ariane Binoti Pacheco – Multiscan Inteligência Diagnóstica, Vitória, ES – Brazil

Associated Editors

Christianne Brêtas Vieira Scaramello (Multiprofessional Area) – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Solange Amorim Nogueira (Multiprofessional Area) – Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo, SP – Brazil

Gláucia Maria Moraes de Oliveira (Clinical Cardiology Area) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Guilherme Vianna e Silva (Interventionist Cardiology Area) – Texas Heart Institute, USA

Maria Sanali Moura De Oliveira Paiva (Interventionist Cardiology Area) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN – Brazil

Miguel Mendes (Ergometric and Cardiac Rehabilitation Area) – Sociedade

Portuguesa de Cardiologia, Portugal

Pedro Adragão (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital da Luz – Lisboa, Portugal

Ricardo Alkmin (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital Renascentista, Pouso Alegre, MG – Brazil

Renata Castro (Cardiovascular Physiology Area) – Harvard University, Massachusetts – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha (Heart Failure and Myocardioopathy Area) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Stuardo Wyss Quintana (Hypertension) – Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala – Guatemala

Maria Alexandra Arias Mendoza (Ischemic Heart Disease) – Instituto Nacional de Cardiología – Mexico

Fernando Augusto Alves da Costa (Ischemic Heart Disease) – Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, Clínica Paulista de Doenças Cardiovasculares, São Paulo, SP – Brazil

Thais Rocha Salim (Pediatric Cardiology) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Isabel Cristina Britto Guimaraes (Pediatric Cardiology) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brazil

Sandro Cadaval Gonçalves (Hemodynamics) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital Moinhos de Vento e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

EDITORIAL BOARD**Brazil**

Andréia Biolo – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brazil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Ari Timerman – Unidades de Internação, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brazil

Armando da Rocha Nogueira – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Carísi Anne Polanczyk – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Carlos Eduardo Rochitte – Departamento de Cardiopneumologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brazil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brazil

Cláudio Gil Soares de Araújo – Instituto do Coração Edson Saad, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Cláudio Pereira da Cunha – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR – Brazil

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denílson Campos de Albuquerque – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denizar Vianna Araujo – Departamento de Clínica Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Esmeraldi Ferreira – Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Evandro Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Nobre – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brazil

Gabriel Blacher Grossman – Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS – Brazil

Henrique César de Almeida Maia – Governo do Distrito Federal (GDF), Brasília, DF – Brazil

Humberto Villacorta Júnior – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Iran Castro – Fundação Universitária de Cardiologia (FUC), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC), Porto Alegre, RS – Brazil

João Vicente Vitola – Quanta Diagnóstico e Terapia (QDT), Curitiba, PR – Brazil

José Geraldo de Castro Amino – Sessão Clínica, Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

José Márcio Ribeiro – Clínica Médica (Ambulatório), União Educacional Vale do Aço (UNIVACO), Ipatinga, MG – Brazil

Leonardo Silva Roever Borges – Departamento de Pesquisa Clínica, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG – Brazil

Leopoldo Soares Piegas – Fundação Adib Jatene, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brazil

Luís Alberto Oliveira Dallan – Serviço Coronariopatias, Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP – Brazil

Marcelo Iorio Garcia – Clínica de Insuficiência Cardíaca, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcelo Westerlund Montera – Centro de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró Cardíaco (PROCARDIACO), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcio Luiz Alves Fagundes – Divisão de Arritmia e Eletrofisiologia, Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marco Antonio Mota Gomes – Fundação Universitária de Ciências da Saúde Governador Lamenha Filho (UNCISAL), Maceió, AL – Brazil

Marco Antonio Rodrigues Torres – Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

Marcus Vinicius Bolivar Malachias – Instituto de Pesquisas e Pós-graduação (IPG), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brazil

Maria Eliane Campos Magalhães – Departamento de Especialidades Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Mário de Seixas Rocha – Unidade Coronariana, Hospital Português, Salvador, BA – Brazil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Unidade Clínica de Arritmia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP – Brazil

Nadine Oliveira Clausell – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Nazareth de Novaes Rocha – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, UFF - Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Nelson Albuquerque de Souza e Silva – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Paola Emanuela Poggio Smanio – Seção Médica de Medicina Nuclear, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) São Paulo, SP - Brazil

Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim – Liga de Hipertensão Arterial, Universidade Federal de Goiás (UFGO), Goiânia, GO – Brazil

Ronaldo de Souza Leão Lima – Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Salvador Manoel Serra – Setor de Pesquisa Clínica, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Tiago Augusto Magalhães – Ressonância Magnética e Tomografia Cardíaca, Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP – Brazil

Walter José Gomes – Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UFESP), São Paulo, SP – Brazil

Washington Andrade Maciel – Serviço de Arritmias Cardíacas, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Wolney de Andrade Martins – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Exterior

Amalia Peix - Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Havana – Cuba

Amelia Jiménez-Heffernan - Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva – Spain

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

Charalampos Tsoumpas - University of Leeds, Leeds – England

Chetal Patel - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Edgardo Escobar - Universidad de Chile, Santiago – Chile

Enrique Estrada-Lobato - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Erick Alexanderson - Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, Ciudad de México – México

Fausto Pinto - Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal

Ganesan Karthikeyan - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Guilherme Vianna e Silva - Texas Heart Institute, Texas – USA

Horacio José Faella - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Caba – Argentina

James A. Lang - Des Moines University, Des Moines – USA

James P. Fisher - University of Birmingham, Birmingham – England

João Augusto Costa Lima - Johns Hopkins Medicine, Baltimore – USA

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

Massimo Francesco Piepoli - Ospedale “Guglielmo da Saliceto”, Piacenza – Italy

Nuno Bettencourt - Universidade do Porto, Porto – Portugal

Raffaele Giubbini - Università degli Studi di Brescia, Brescia – Italy

Ravi Kashyap - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Roberto José Palma dos Reis - Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Shekhar H. Deo - University of Missouri, Columbia – USA

BIENNIUM BOARD 2024/2025

ADMINISTRATIVE COUNCIL – MANDATE 2024 (BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY)

North/Northeast Region

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)

Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Eastern Region

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)

Andréa Araujo Brandão (RJ)

Paulista Region

João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Ricardo Pavanello (SP)

Central Region

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO) – President

South Region

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)

Gerson Luiz Bredt Júnior (PR) – Vice President

PRESIDENTS OF STATE AND REGIONAL BRAZILIAN SOCIETIES OF CARDIOLOGY

SBC/AL - Roberta Rodrigues Nolasco Cardoso

SBC/AM - Marcia Regina Silva

SBC/BA - Claudio Marcelo Bittencourt das Virgens

SBC/CE - Ulysses Vieira Cabral

SBC/DF - João Poeys Junior

SBC/ES - Jorge Elias Neto

SBC/GO - Alberto de Almeida Las Casas Junior

SBC/MA - Maria Jacqueline Silva Ribeiro

SBC/MG - Luiz Guilherme Passaglia

SBC/MS - Amanda Ferreira Carli Benfatti

SBC/MT - Danilo Oliveira de Arruda Junior

SBC/NNE - Gentil Barreira de Aguiar Filho

SBC/PA - Edson Roberto Silva Sacramento

SBC/PB - Glauro de Gusmão Filho

SBC/PE - Anderson da Costa Armstrong

SBC/PI - Thiago Nunes Pereira Leite

SBC/PR - Willyan Issamu Nazima

SBC/RN - Carla Karini Rocha de Andrade Costa

SBC/SC - Guilherme Loureiro Fialho

SBC/SE - Wersley Araújo Silva

SBC/TO - Daniel Janczuk

SOCERGS - Luis Beck da Silva Neto

SOCERJ - Marcelo Heitor Vieira Assad

SOCERON - Marcos Rosa Ferreira

SOCESP - Maria Cristina de Oliveira Izar

PRESIDENTS OF DEPARTAMENTS AND STUDY GROUPS

SBC/DA - José Francisco Kerr Saraiva

SBC/DCC - João Ricardo Cordeiro Fernandes

SBC/DCC/CP - Ana Paula Damiano

SBC/DCM - Glaucia Maria Moraes de Oliveira

SBC/DECAGE - Jessica Myrian de Amorim Garcia

SBC/DEIC - Lídia Ana Zytynski Moura

SBC/DEMCA - Ibraim Masciarelli Francisco Pinto

SBC/DERC - Luiz Eduardo Fonteles Ritt

SBC/DHA - João Roberto Gemelli

SBC/DIC - Silvio Henrique Barberato

SBCCV - Vinicius José da Silva Nina

SBHCI - Rogerio Eduardo Gomes Sarmento Leite

SOBRAC - Alexsandro Alves Fagundes

DCC/GAPO - Luciana Savoy Fornari

DCC/GECETI - Alexandre de Matos Soeiro

DCC/GECO - Wolney de Andrade Martins

DCC/GEDORAC - Luciana Sacilotto

DCC-CP/GECCA - Vivian De Biase

DEIC/GEICPED - Estela Azeka

DEIC/GEMIC - Evandro Tinoco Mesquita

DEIC/GETAC - Fabiana Goulart Marcondes Braga

DERC/GECESP - Rodrigo Otavio Bougleux Alô

DERC/GECCN - Adriana Soares Xavier de Brito

Volume 37, Supplement 12 / November / 2024

Indexing: Index Medicus Latino-Americano (LILACS);
Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latindex;
Scopus

Commercial Department

Telephone Number: (11) 3411-5500
e-mail: comerciaisp@cardiol.br

Editorial Production

SBC – Scientific Department

Graphic Design and Diagramming

SBC – Scientific Department

Former SOCERJ Magazine (ISSN 0104-0758) up to
December 2009; Revista Brasileira de Cardiologia
(print ISSN 2177-6024 and online ISSN 2177-7772)
from January 2010 up to December 2014.

International Journal of Cardiovascular Sciences
(print ISSN 2359-4802 and online ISSN 2359-5647)
from January 2015.

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC
**PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED
BIMONTHLY**
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR
SCIENCES
(INT J CARDIOVASC SCI)



This work is available per
guidelines from the Creative
Commons License. Attribution
4.0 International. Partial or total
reproduction of this work is
permitted upon citation.



INTERNATIONAL JOURNAL OF

**Cardiovascular
SCIENCES**

The International Journal of Cardiovascular Sciences (ISSN 2359-4802)

is published bimonthly by SBC:

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330

20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brazil

Tel.: (21) 3478-2700

e-mail: revistaijcs@cardiol.br

<http://ijcscardiol.org/>

TEMAS LIVRES - 09/08/2024
APRESENTAÇÃO MELHOR TEMA LIVRE ORAL

1242

Long-term effects of mavacamten (MAVA) treatment in obstructive hypertrophic cardiomyopathy (HCM): updated cumulative analysis of the EXPLORER cohort of MAVA-long-term extension (LTE) study up to 120 weeks (wks)

NAIARA PEDRASSI ENGRACIA GARCIA CALUZ, PABLO GARCIA-PAVIA, ARTUR OREZIAK, AHMAD MASRI, ROBERTO BARRIALES-VILLA, THEODORE P ABRAHAM, ANJALI T OWENS, NEAL K LAKDAWALA, SARA SABERI, ANDREW WANG, MATTHEW T WHEELER, LUBNA CHOUDHURY, GANESH BALARATNAM, SHEILA M HEGDE and IACOPO OLIVOTTO.

Bristol Myers Squibb,São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Universitario Puerta de Hierro and Cnic, Madrid, SPAIN - Oregon Health and Science University, Oregon, EUA - Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, La Coruña, Galiza, SPAIN - University Of California San Francisco, San Francisco, EUA - University of Pennsylvania, Perelman School of Medicine, EUA - Brigham and Women's Hospital, EUA - University of Michigan, Michigan, EUA - Northwestern University, Feinberg School of Medicine, EUA - Duke University, EUA - Stanford University School of Medicine, EUA - Bristol Myers Squibb, EUA - Meyer Children's Hospital Ircs, University of Florence, EUA.

Background: MAVA was efficacious and well tolerated in patients (pts) with obstructive HCM over a median follow-up of 62wks in a previous interim analysis of the ongoing MAVA-LTE study (NCT03723655). **Objective:** We report an updated cumulative analysis of the EXPLORER cohort of MAVA-LTE up to 120wks. **Materials and Methods:** Pts who completed EXPLORER-HCM could enroll in MAVA-LTE. All pts initiated the study with MAVA 5mg/day per protocol; dose adjustments to 2.5, 10, or 15mg were based on site-read Valsalva left ventricular outflow tract (LVOT) gradient and LV ejection fraction (LVEF). **Results:** In total, 231 pts (median age, 61yrs) enrolled in the EXPLORER cohort of MAVA-LTE. Median time on study was 101wks at data cut-off (May 31, 2022) with variations due to differences in enrollment timing. At data cut-off, 215 pts remained on treatment (total adjusted exposure: 475pt-yrs). MAVA dosing of pts who reached wk 120 (n=80) was: 2.5mg (27.5%); 5mg (31.3%); 10mg (26.3%); 15mg (12.5%). Between wks 48–120, 34 of 231 (14.7%) pts underwent dose adjustments. MAVA treatment showed sustained improvements in mean [SD] change from baseline to wk 120 in LVOT gradients (resting, –35.3 [33.0]mmHg; Valsalva, –47.0 [37.3]mmHg), left atrial volume index (–8.5 [10.3]mL/m2) and E/e' mean (–3.9 [5.0]) (Table). At wk 120, 83.5% of pts had a Valsalva LVOT gradient ≤30mmHg. **Conclusion:** MAVA treatment up to 120wks showed sustained improvements in LVOT obstruction, symptoms, and NT-proBNP levels in pts with symptomatic obstructive HCM consistent with the findings of the parent study. This abstract was previously presented at the 2023 European Society of Cardiology annual meeting.

1812

Explorando a utilidade em pacientes com insuficiência cardíaca, com e sem Sarcopenia: resultados preliminares de um estudo longitudinal

VALERIA GONÇALVES DA SILVA, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, HELENA CRAMER VEIGA REY, ISABELLE GEANIZELLE SANTANA, GABRIELLA CASSINO SILVINO, ANA GABRIELLA ARENA DE SÁ, ELIZA DE OLIVEIRA BARAÚNA, HADASSA DA SILVA CALDERIA DE MORAES, LEONARDO SOARES DE FARIA, LETÍCIA FIGUEIREDO CHAVES, CHRISTIANE RODRIGUES ALVES, BEATRIZ FERNANDES DIAS, HUMBERTO VILLA CORTA, REBECA LIAL ROSADO e JÚLIA SENA ALVAREZ VAZ E ALVES.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção diminuída (ICFER) representa uma condição grave, associada a alta mortalidade e custos elevados para os sistemas de saúde. Sua progressão frequentemente leva à perda de peso e redução da massa muscular, agravada pela coexistência de sarcopenia. Isso resulta em significativa diminuição da qualidade de vida, aumento do risco de hospitalização e pior prognóstico, afetando a "utilidade" dos pacientes. No entanto, a avaliação da "utilidade" nessas condições ainda carece de uma abordagem mais precisa e específica. **Objetivo:** Determinar a prevalência da sarcopenia em participantes com ICFER e valorar a utilidade dos mesmos com IC com e sem sarcopenia. **Materiais e Métodos:** O estudo adotou uma abordagem longitudinal e prospectiva para investigar a relação entre ICFER e sarcopenia. Para avaliar a sarcopenia foram realizados os seguintes procedimentos: aferição da força de preensão manual por dinamometria; velocidade de marcha pelo teste de caminhada de 4 metros; exame de densitometria de composição corporal por absorção de raios X de dupla energia (DEXA) e aplicação do questionário SARC HF. A utilidade percebida pelos participantes foi valorada através da aplicação do questionário EQ-5D-3L. Os critérios de elegibilidade incluíram fração de ejeção abaixo de 40%, idade acima de 18 anos e tratamento ambulatorial. Análises estatísticas descritivas foram implementadas para garantir a robustez dos resultados. **Resultados:** Na amostra de 80 participantes, a maioria (78,8%) era do sexo masculino, com 21,3% do sexo feminino. De acordo com os critérios diagnósticos do European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) a prevalência de sarcopenia foi de 21,3%. Indivíduos sarcopênicos apresentaram significativamente menor valor de utilidade percebida (0,461, p=0,023) em comparação com aqueles sem sarcopenia (0,692, p=0,023). Maior proporção de sarcopênicos (78,8%) relatou dificuldades para caminhar, enquanto apenas 31,9% dos não sarcopênicos enfrentaram essa dificuldade. Em relação aos cuidados pessoais, 44,4% dos sarcopênicos tiveram limitações, contrastando com 8,7% dos não sarcopênicos. Dor ou mal-estar extremos foram mais comuns entre os sarcopênicos (33,3% vs. 11,6% nos não sarcopênicos). Quanto à ansiedade ou depressão, 22,2% dos sarcopênicos apresentaram níveis extremos, comparados a 14,5% nos não sarcopênicos. **Conclusão:** A quantificação dos fatores que afetam a qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca, incluindo a sarcopenia, pode facilitar a tomada de decisões clínicas e a avaliação do custo-benefício. Esses resultados informam estratégias mais direcionadas para melhorar os desfechos clínicos e o bem-estar desses pacientes.

1884

Carvedilol como monoterapia para insuficiência cardíaca com fração de ejeção melhorada: estudo clínico aberto randomizado (CATHEDRAL-HF)

DEBORAH DE SÁ PEREIRA BELFORT, DIÓGENES AMAURI GONÇALVES FURLAN, CAIO REBOUÇAS FONSECA CAFEZEIRO, MAURO R. B. WANDERLEY JR, VERA MARIA CURY SALEMI, CAMILA ROCON, BRUNO BISELLI, ROBINSON TADEU MUNHOZ, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, EDIMAR ALCIDES BOCCHI e SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA.

Brigham Women's Hospital, EUA - Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL - Instituto do Coração, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O manejo dos pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção melhorada (ICFEm) é incerto na literatura. A suspensão do tratamento padrão para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) mostrou alta taxa de recorrência de insuficiência cardíaca (IC), mas a segurança de suspensão parcial das medicações mantendo monoterapia com betabloqueador ainda não foi estudada. **Objetivo:** Avaliar se carvedilol como única droga para ICFEm é suficiente para evitar a recidiva da disfunção ventricular em pacientes com ICFEm. **Materiais e Métodos:** Conduzimos um estudo piloto aberto randomizado para avaliar a segurança da suspensão das medicações para ICFEm mantendo apenas carvedilol. Incluímos pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) prévia $\leq 40\%$ e atual $\geq 50\%$, com NT-pro-BNP $< 250\text{pg/mL}$ e sem sintomas de IC, em uso de carvedilol em dose otimizada ou máxima tolerada, associado a inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina II, com ou sem espironolactona e furosemida. Pacientes foram randomizados em dois grupos: o controle, em que tratamento para ICFEm era mantido, e o intervenção, em que diuréticos e inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona eram suspensos de forma sequencial, mantendo apenas carvedilol. O desfecho primário foi recorrência da disfunção ventricular em 24 semanas, definido como um ou mais dos seguintes critérios: queda absoluta da FEVE em mais de 10% para $< 50\%$, aumento do volume diastólico final do ventrículo esquerdo indexado para superfície corpórea (VDFVEi) em $> 10\%$ para acima do limite superior da normalidade, aumento do NT-pro-BNP em 100% ou mais para $> 400\text{pg/mL}$ e sintomas de IC. Se houvesse desfecho primário, o tratamento prévio ao estudo era reestabelecido. **Resultados:** Foram randomizados 60 pacientes 1:1 de abril de 2022 a fevereiro de 2023. Idade média foi 55 anos, 56,6% era do sexo masculino, com FEVE prévia 30,3% e de 58% na randomização. NT-pro-BNP médio foi 93,5pg/mL. Houve perda de seguimento de 4 pacientes no grupo controle e 3 no intervenção. Desfecho primário ocorreu em 3,8% do grupo controle e 11,1% do grupo intervenção ($p=0,32$), mostrado na tabela 1 com os desfechos secundários. Três meses após reinício das medicações, pacientes do grupo intervenção que preencheram desfecho primário tiveram redução do NT-pro-BNP e do VDFVEi para valor basal. Não houve morte, hospitalizações ou arritmias. **Conclusão:** A retirada das medicações para ICFEm mantendo monoterapia com carvedilol preveniu recorrência da disfunção ventricular em 24 semanas em pacientes com ICFEm. Esses achados têm potencial de mudar o paradigma atual acerca da necessidade absoluta de manter bloqueio neuro-hormonal completo nessa população.

Tabela 1. Desfechos em 24 semanas			
Desfecho primário	Controle	Intervenção	p-valor
Recorrência de disfunção ventricular em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Desfechos secundários			
Mortalidade	0 (0%)	0 (0%)	1,00
Mortalidade por causas cardíacas	0 (0%)	0 (0%)	1,00
Mortalidade por causas não cardíacas	0 (0%)	0 (0%)	1,00
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de sintomas de IC em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de NT-pro-BNP em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32
Recorrência de VDFVEi em 24 semanas	3 (3,8%)	4 (11,1%)	0,32

2212

Fragmentação do complexo QRS e outros marcadores de risco para morte súbita cardíaca em cinco anos na cardiomiopatia hipertrófica

DAIANE PEREIRA ARRUDA, BRIVALDO MARKMAN FILHO, MANUEL MARKMAN, ANTONIETA ALBANEZ A. DE MEDEIROS LOPES, LUCAS SOARES BEZERRA, MARCELO SANTOS VELOSO, RICARDO DE ANDRADE LIMA AMORIM, CLARA CELLY DINIZ OLIVEIRA, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA DE ANDRADE BARROS, TAMARA DE SÁ LOPES GONÇALVES, BRUNNA GAIÃO CARVALHO TORRES, LUIZA CAVALCANTI FARIAS, MIRELA DA SILVEIRA ARENAS, MARIA EVELINE BARROS CALADO e ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença genética autossômica dominante que tem como principal característica a hipertrofia ventricular esquerda. Por ser a principal causa de morte súbita cardíaca (MSC) em menores de 35 anos, novos marcadores de risco são constantemente investigados, como, parâmetros eletrocardiográficos e quantificação de fibrose miocárdica. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a presença de fragmentação do complexo QRS (fQRS) e o percentual de fibrose miocárdica calculado por ressonância magnética cardíaca (RMC), bem como a correlação entre a presença de fQRS e o risco de MSC em 5 anos, com base no algoritmo da The European Society of Cardiology (ESC), em pacientes com CMH. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este estudo é um caso-controle observacional, com abordagem retrospectiva. Foram incluídos pacientes com diagnóstico ecocardiográfico de CMH baseado nos critérios da ESC acompanhados por seis meses em ambulatório. Foram excluídos pacientes com doença arterial coronariana, valvopatias, cardiomiopatia hipertensiva e hipertrofia secundária a exercícios físicos. O ECG de repouso de 12 derivações foi realizado em todos e analisado por um cardiologista experiente, cego ao diagnóstico. A investigação de fibrose miocárdica foi realizada através da RMC. A coleta de dados foi realizada em prontuários e fichas dos exames complementares. Os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). A análise comparativa foi feita por meio do teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas. As variáveis numéricas foram analisadas por meio do teste t de Student pareado. O teste t de Student pareado foi utilizado para comparar as características basais de ambos os grupos e o teste qui-quadrado de Pearson para identificar quaisquer associações entre variáveis clínicas. **Resultados:** Foram selecionados 72 pacientes com diagnóstico de CMH, dos quais 25 compuseram o grupo controle, e 21 pacientes com CMH e QRSf (grupo QRSf). As variáveis estudadas não apresentaram associação estatisticamente significativa. A presença de fQRS em uma ou mais derivações não se correlacionou com a quantificação de fibrose miocárdica, risco de morte súbita abortada, história de morte súbita familiar (MSF), ou com o risco de morte em 5 anos estimado a partir do algoritmo da ESC. A presença de QRSf também não se correlacionou com a presença dos principais sintomas: dispneia, dor torácica, palpitações e síncope. **Conclusão:** A presença de fQRS em uma ou mais derivações não se correlacionou com a fibrose miocárdica, história de MSC ou história de MSF. A fragmentação do QRS também não foi capaz de prever o risco de morte em 5 anos estimado pelo algoritmo ESC. Concluímos que o aumento da amostra deve ser levado em consideração para uma melhor análise da correlação do fQRS e a fibrose miocárdica.

2623

Uso prolongado da bomba de balão intra-aórtico: uma estratégia segura?

KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA, KALIANA MARIA NASCIMENTO DIAS DE ALMEIDA, DIANDRO MARINHO MOTA, DIANDRO MARINHO MOTA, AIRTON SALVIANO DE SOUSA JÚNIOR, AIRTON SALVIANO DE SOUSA JÚNIOR, VÍCTOR BENFICA DE MELLO MATTOS, VÍCTOR BENFICA DE MELLO MATTOS, CAROLINA CASADEI DOS SANTOS, CAROLINA CASADEI DOS SANTOS, MARCO AURÉLIO FINGER, MARCO AURÉLIO FINGER, ÍTALO MENEZES FERREIRA e JOÃO ROSSI NETO.

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

Fundamento: O transplante cardíaco (TC) é a terapia principal na insuficiência cardíaca avançada (ICA) refratária ao tratamento clínico otimizado. O balão intra-aórtico (BIA) é um dispositivo de assistência ventricular que auxilia na estabilidade hemodinâmica quando há deterioração clínica a despeito de doses crescentes de inotrópicos. O maior estudo até o momento manteve o BIA por 03 dias. Outros trabalhos tentaram validar seu uso por pelo menos dez dias, embora sem sucesso. **Objetivo:** Descrever os principais resultados e complicações associados ao uso prolongado de BIA em um centro de transplante cardíaco. **Materiais e Métodos:** Com base nos registros médicos eletrônicos da instituição de 2019-2023, realizou-se uma coorte histórica de sete casos que utilizaram o BIA por mais de 30 dias antes de serem submetidos ao TC. A idade variou de 18 a 63 anos (média de 43,57 anos). Todos classificados como Interagency for Mechanically Assisted Circulatory Support 2 (INTERMACS 2) durante o período de avaliação. As etiologias para ICA e necessidade de TC foram miocardite de células gigantes, miocardite grave associada à Covid-19, cardiomiopatia dilatada de etiologia valvar reumática e cardiomiopatia chagásica. A média da fração de ejeção foi de 26,85%. Foram monitorados constantemente pela equipe multidisciplinar da terapia intensiva. A necessidade de manutenção do BIA foi revisada diariamente pela equipe assistente, assim como seu funcionamento e possíveis complicações associadas ao dispositivo. **Resultados:** Todos os pacientes utilizaram BIA continuamente por mais de 30 dias, com um tempo médio de 98,42 dias. Embora a mediana esteja mais próxima de 30 dias, a média foi superestimada por dois pacientes que permaneceram com o BIA por 225 e 247 dias, respectivamente. Com relação às complicações durante o uso do BIA, foi observado sangramento do óstio do dispositivo em dois casos, ambos resolvidos com bolsa de sutura. Nenhum paciente apresentou infecção durante o uso do dispositivo. Todos foram transplantados e permaneceram com o BIA até o momento do procedimento. Os dois pacientes com tempo de uso do BIA extremamente prolongado (mais de 200 dias) precisaram ter o dispositivo removido no centro cirúrgico pelo risco de ruptura, o que ocorreu sem intercorrências. **Conclusão:** O uso prolongado do BIA em pacientes que aguardavam o TC mostrou-se eficaz na manutenção da estabilidade clínica. Apesar dos riscos associados, como sangramento e complicações trombóticas, o monitoramento em um ambiente especializado permitiu a utilização segura do BIA por períodos prolongados. A ausência de infecções indica o gerenciamento eficaz dos riscos e a seleção cuidadosa dos pacientes. O atendimento multidisciplinar é fundamental para evitar complicações mecânicas, infecciosas e manter a saúde emocional do paciente enquanto aguarda o transplante.

2762

Baseline expression of miRNAs in HER-2+ early breast cancer patients as a predictor of cancer therapy-related cardiac dysfunction

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

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

Background: The classic biomarkers troponin and brain natriuretic peptide (BNP), as well as the currently available risk scores, are far from being considered ideal for predicting cancer therapy-related cardiac dysfunction (CTRCD). MicroRNAs (miRNAs) are promising biomarkers for better identification of high-risk patients, with little evidence in patients with HER-2 positive breast cancer. **Objective:** To evaluate the predictive capacity of six serum circulating miRNAs for the development of CTRCD in patients with HER-2+ early breast cancer in treatment with trastuzumab (TTZ). **Materials and Methods:** A prospective cohort study was conducted including consecutive women aged ≥18 years with HER-2+ early breast cancer from breast oncology outpatient clinic between March 2019 and March 2022. CTRCD: reduction in left ventricular ejection fraction (LVEF) >10 percentage points to below 53%. Blood samples were collected before the start of TTZ. The miRNA quantification was determined by RT-PCR. The patients were divided into those with low and high expression of the 6 studied miRNAs (let-7f-5p, miR-1-3p, 20a-5p, 126-3p, 130-3p and 210a-3p). The best miRNAs cut-off points were determined by the Youden index. Survival analysis was performed using Kaplan-Meier curves, compared by the log-rank test. P-values < 0.05 were considered statistically significant. **Results:** Forty-seven patients (mean age: 53.1±13.2y) were studied and followed for a median of 14.2 (IQR: 10.9-24.5) months (71.5 patient-years). Doxorubicin was used in the treatment of 22 (46.8%) patients. CTRCD was observed in 6 (12.8%) patients. Patients with high miR-20a-5p, 126-3p, 130-3p, and 210-3p expression levels before TTZ had lower CTRCD-free survival (all P <0.05). High levels of miR-126-3p and 130-3p had a sensitivity of 100% and specificity of 53.7 and 48.8%, respectively, to predict the development of CTRCD. **Conclusion:** In this pilot study of patients with early HER-2+ breast cancer, elevated miRNA expression before starting TTZ predicted lower CTRCD-free survival. Since high levels of miR-126-3p and 130-3p were observed in all patients with CTRCD, they appear to have the potential for identifying high-risk patients for the development of cardiotoxicity.

2793

Indução de disfunção miocárdica e vascular em modelo translacional de Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: o papel fundamental da obesidade

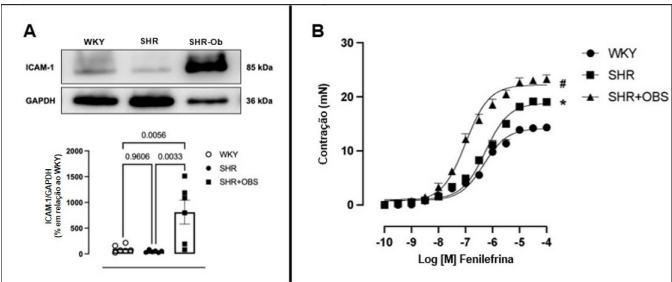
PEDRO OLIVEIRA NETO, MARCUS VINICIUS SIMÕES, ANDRÉ TIMÓTEO SAPALO, DENISE MAYUMI TANAKA, EDUARDO ELIAS VIEIRA CARVALHO, KARINE PEREIRA RODRIGUES, HUGO CELSO DUTRA SOUZA, RITA CÁSSIA TOSTES, RUBENS FAZAN JÚNIOR e MINNA MOREIRA DIAS ROMANO.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, BRASIL.

Fundamento: O estudo de modelos experimentais de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) pode ajudar a compreender os principais mecanismos fisiopatológicos, dessa condição desafiadora. **Objetivo:** Em um modelo translacional, objetivamos avaliar a contribuição da hipertensão e da obesidade na indução de alterações estruturais, funcionais e hemodinâmicas associadas ao fenótipo da ICFEP. **Materiais e Métodos:** Foram investigados 3 grupos de ratos machos com 40 semanas de idade: Wistar Kyoto (WKY, n=10), ratos espontaneamente hipertensos (SHR, n=10) e SHR com obesidade induzida pela dieta de cafeteria por 28 semanas (SHR-Ob, n=9). Os animais foram submetidos às avaliações de peso corporal, pressão arterial sistólica e diastólica; pela Ecocardiografia foram avaliados: diâmetro do átrio esquerdo, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo (VE), parede posterior do VE, espessura relativa do VE, fração de ejeção do VE. A avaliação hemodinâmica invasiva mediu a pressão diastólica final do VE e o cálculo da constante de tempo diastólica do VE. Após a eutanásia, utilizou a aorta torácica para avaliação da função vascular, medindo as curvas cumulativas de efeito de contração à fenilefrina, expressas em Emax. A expressão proteica da Molécula de Adesão Intercelular-1 foi determinada no tecido miocárdico. **Resultados:** Os resultados são apresentados na tabela. Observamos níveis mais elevados de pressão arterial sistólica e diastólica nos SHR e SHR-Ob em comparação com WKY. Nas alterações estruturais do VE, observou-se remodelamento do VE e dilatação do átrio esquerdo nos grupos SHR e SHR-Ob. O grupo SHR-Ob foi o único a apresentar aumento da pressão diastólica final do VE e da constante de tempo diastólica do VE em relação aos demais grupos. O grupo SHR-Ob mostrou o aumento de molécula de adesão intercelular (figura - A) que foi concomitante a uma resposta vascular anormal com aumento da contração à fenilefrina (figura - B) em comparação com os grupos SHR e WKY. **Conclusão:** Neste modelo, as alterações estruturais relacionadas com a remodelação do VE foram semelhantes em SHR e SHR-Ob, provavelmente refletindo os níveis comparáveis de pressão arterial elevados, observados em ambos, mas, a elevação da pressão diastólica final do VE, uma característica marcante da ICFEP, foi observada no grupo SHR-Ob e concomitante à disfunção diastólica, ativação inflamatória endotelial e alteração da função vascular. Os nossos resultados indicam que a obesidade é um fator chave na indução de alterações vasculares e miocárdicas que desencadeiam o fenótipo de ICFEP neste modelo.

	WKY (n=10)	SHR (n=10)	SHR-Ob (n=9)	ANOVA p
Peso corporal (g)	423.8 ± 29.15	387.7 ± 43.4*	502 ± 54.65**†	0.0012
PAS (mmHg)	129.0 ± 3.65	186.8 ± 3.05*	191.0 ± 6.73*	<0.0001
PAD (mmHg)	90.5 ± 4.56	132.3 ± 4.18*	145.6 ± 7.26*	<0.0001
D-AE (mm)	4.6 ± 0.17	6.3 ± 0.19	5.8 ± 0.24	<0.0001
DDVE (mm)	8.2 ± 0.2	8.2 ± 0.1	8.4 ± 0.2	0.0033
PPVE (mm)	2.4 ± 0.1	2.3 ± 0.09	2.5 ± 0.1	0.11
ER	0.58 ± 0.2	1.0 ± 0.06*	0.9 ± 0.07*	0.0098
FVE (%)	66.66 ± 4.7	59.3 ± 3.2	62.2 ± 1.7	0.21
PDF (mmHg)	8.9 ± 0.18	6.2 ± 0.69	12.4 ± 0.33**†	0.00039
Tau (ms)	14.0 ± 0.0003	12.1 ± 0.001	18.1 ± 0.001*	0.04
FEN - Emax (%)	14.1 ± 0.3	18.8 ± 0.3*	22.2 ± 0.4**†	<0.05
ICAM-1 (%)	100.00 ± 29.41	48.24 ± 8.96	809.6 ± 232.3	<0.05

* Diferença significativa em comparação ao grupo WKY; † Diferença significativa em comparação ao grupo SHR; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica; D-AE = diâmetro átrio esquerdo; DDVE = diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo; PPVE = parede posterior do ventrículo esquerdo; ER = espessura relativa do ventrículo esquerdo; FVE = fração de ejeção do ventrículo esquerdo; PDF = pressão diastólica final do ventrículo esquerdo; Tau = constante de tempo diastólica do ventrículo esquerdo; FEN = fenilefrina; ICAM-1 = Moléculas de adesão intercelular 1.



3498

Desenvolvimento e validação de equações de predição da força de preensão palmar em pacientes com insuficiência cardíaca

SUENA MEDEIROS PARAHIBA, ÉDINA CAROLINE TERNUS RIBEIRO, INGRID DA SILVEIRA KNOBLOCH, DÉBORA DAPPER, INGRID SCHWEIGERT PERRY, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL, GABRIELA CORRÊA SOUZA e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL - UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A força de preensão palmar (FPP) é um indicador de força muscular e de capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). No entanto, não há relatos na literatura de equações de referência para essa população. **Objetivo:** Desenvolver e validar equações para a predição da FPP em pacientes com IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal realizado com 288 pacientes com IC estável, diagnosticados há pelo menos 3 meses (ecocardiograma). A FPP máxima foi coletada em três medições utilizando o dinamômetro Jamar, com o paciente sentado e braço flexionado a 90 graus. Dados clínicos foram coletados do prontuário eletrônico e a avaliação antropométrica, peso, altura e circunferência da panturrilha (CP), foi realizada. A amostra foi aleatoriamente dividida em 2/3 para derivação (n=200) e 1/3 para validação (n=88) da equação de predição da FPP, utilizando variáveis associadas dentro de um modelo de regressão multivariada para adultos (18 a 59 anos) e idosos (60 a 79 anos). **Resultados:** As amostras de derivação e validação não apresentaram diferenças basais significativas. Em ambas, os pacientes eram predominantemente homens, idosos e de cor branca. Para derivação em adultos, de acordo com as variáveis elegíveis, a equação para FPP predita (FPPp) foi: $FPPp = -32,855 + 14,945 * \text{sexo (homem} = 1; \text{mulher} = 0) - 0,274 * \text{idade (anos)} + 40,159 * \text{altura (m)}$. O modelo teve um R^2 de 0,578 e um R^2 ajustado de 0,560. Para idosos, a equação de predição para FPP foi: $FPPp = 1,541 + 10,264 * \text{sexo (homem} = 1; \text{mulher} = 0) - 0,482 * \text{idade (anos)} + 20,490 * \text{altura (m)} - 6,087 * \text{fibrilação atrial (sim} = 1; \text{não} = 0) + 0,481 * \text{CP (cm)}$. Esse modelo teve um R^2 de 0,491 e um R^2 ajustado de 0,469. Na amostra de validação, a FPPp subestimou a FPP real em $1,59 \pm 8,75$ kg em adultos, apresentando um coeficiente de correlação de Pearson (r) de 0,801 e um coeficiente de correlação intraclassa (CCI) de 0,768 (IC95% 0,609 a 0,868, $p < 0,001$). Na amostra de validação de idosos, a FPPp superestimou a FPP real em $0,87 \pm 6,73$ kg, com r de 0,692 e CCI de 0,669 (IC95% 0,473 a 0,802, $p < 0,001$). **Conclusão:** Duas equações foram desenvolvidas e validadas para a predição da FPP em pacientes com IC. As equações de predição da FPP podem gerar valores de referência para avaliação da capacidade funcional de pacientes com IC, com implicações para o uso na prática clínica.

3608

Perspectivas sobre miocardite após a vacinação contra a COVID-19: uma análise abrangente

MARIA CLARA BARROS DE SOUSA ARAÚJO, SAMUEL DE ANDRADE COSTA, BENÍCIO DE OLIVEIRA ROMÃO, ANA LETÍCIA DA SILVA CAMPOS, BEATRIZ DE ALMEIDA SAMPAIO, EVELYN GENIELLY CAMILO BEZERRA, ISLAINE SANT'ANNA VALOZ, MARIA EDUARDA BORGES ARAÚJO LEITE, PRISCILA WOLBECK JUNGERMANN, TAINÁ ROCHA GUEDES, YASMIN PAIVA E SILVA AGUIAR DE OLIVEIRA e MARIA LUIZA DA COSTA ARAÚJO.

Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário de Maceió, UNIMA, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário Tiradentes, UNIT, Aracaju, SE, BRASIL - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, HUPAA, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Em detrimento da rápida propagação do coronavírus 2019 (COVID-19), que gerou impactos significativos na saúde mundial em semanas, fez-se necessária a rápida introdução de novos métodos para o tratamento dessa doença. Vacinas com diversas tecnologias foram desenvolvidas, testadas em amplos ensaios clínicos randomizados e distribuídas após a concessão da Autorização de Uso de Emergência, visando reduzir a disseminação da infecção e alcançar a imunidade populacional. Até o momento, já foram administradas mais de 10 bilhões de doses globalmente. No entanto, relatos adversos, como a possibilidade de miocardite, provocaram inquietudes e exigem uma análise minuciosa. **Objetivo:** Este estudo visa proporcionar uma perspectiva abrangente sobre a incidência de miocardite após a vacinação contra a COVID-19, bem como suas implicações clínicas. **Materiais e Métodos:** Revisão sistemática realizada em maio de 2024 nas bases de dados PUBMED e BVS, buscando analisar a incidência de miocardite após a vacinação contra a COVID-19 e suas implicações clínicas. Foram utilizados os termos 'Myocarditis' AND 'Heart Failure' AND 'Incidence' AND 'COVID-19 vaccination'. Estudos duplicados, publicações superiores a 5 anos e estudos que não examinaram a conexão entre a vacinação contra a COVID-19 e o miocardite foram excluídos. **Resultados:** Foram encontrados 8 estudos relevantes. Eles revelaram que a miocardite é uma complicação rara das vacinas de mRNA, com uma taxa de aproximadamente 12,6 casos por milhão de doses de segunda dose em indivíduos de 12 a 39 anos. A incidência é mais alta em homens jovens, especialmente entre 16-24 anos, após a segunda dose da vacina de mRNA, com taxas menores em mulheres e uma diminuição da incidência com a idade. O reconhecimento precoce e tratamento da miocardite por COVID-19 é enfatizado, bem como a necessidade de monitoramento ativo após a vacinação. A maioria dos casos de miocardite após a vacinação com mRNA ocorreu em homens jovens, com uma taxa de resolução completa dos sintomas em torno de 80,5%. Um estudo documentou um aumento nos níveis séricos de troponina entre profissionais de saúde saudáveis que receberam a quarta dose da vacina BNT162b2, com apenas dois casos apresentando sintomas leves ou sendo assintomáticos. A associação entre COVID-19 e miocardite foi evidenciada, destacando um risco aumentado entre os mais jovens. **Conclusão:** Os estudos reforçam a vigilância frente à miocardite pós-vacinação COVID-19. Embora a fisiopatologia seja complexa e não totalmente compreendida, evidências apontam para possíveis mecanismos como ativação imune do mRNA e formação de autoanticorpos cardíacos. Apesar disso, o benefício da vacinação supera os riscos e é preciso ter em vista que outras vacinas podem dispor desse quadro. Mais pesquisas são cruciais para garantir estratégias de vacinação seguras e eficazes.

3645

Reparo borda a borda transcater de da válvula mitral em pacientes com insuficiência cardíaca avançada: experiência de centro de referência no sul do Brasil

LAURA HASTENTEUFEL, FELIPE HOMEM VALLE, FELIPE COSTA FUCHS, PEDRO CRIVELARO, LUIS EDUARDO ROHDE, ANTÔNIO FERNANDO PINOTTI, MARCO VUGMAN WAINSTEIN, JOÃO Z VIESI, NADINE CLAUSELL e LÍVIA ADAMS GOLDRACH.

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

Fundamento: Reparo transcater borda-a-borda (transcatheter edge-to-edge repair, TEER) da válvula mitral tornou-se um importante tratamento para o manejo de insuficiência mitral (IMI) funcional em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), levando à redução de hospitalizações e mortalidade. Em pacientes selecionados com IC avançada, o TEER mitral pode ser uma alternativa para melhora clínica e/ou ponte para candidatura/decisão em casos de transplante, embora estudos nesta população ainda sejam escassos. **Objetivo:** Descrever a experiência com o procedimento de TEER mitral em pacientes com IC avançada e IMI moderada-grave ou grave em centro de referência para terapias avançadas em IC. **Materiais e Métodos:** Série retrospectiva de pacientes consecutivos com IC avançada que realizaram TEER mitral entre jan/21 e mar/24, com sistema MitraClip (Abbott®). Foram revisados dados clínicos, demográficos e desfechos pós procedimento (classificação da IMI, transplante cardíaco e óbito). **Resultados:** Foram incluídos 9 pacientes (idade média 55±15 anos, 66% masculinos, 55% etiologia isquêmica). Pré-procedimento, quatro pacientes estavam em INTERMACS <3, a fração de ejeção média era 26±7%, volume diastólico do ventrículo esquerdo 254±65mL, e o índice cardíaco, 2,5 ±0,6L/min/m2. Cinco pacientes apresentavam IMI 4+/4 e quatro IMI 3+/4. Mediana [p25-p75] de área do orifício regurgitante mitral (EROA) foi 0,46 [0,44-0,48] cm2, e mediana [p25-p75] de volume regurgitante mitral foi 37 [30 - 40,7]mL. Ao fim do procedimento, oito pacientes apresentavam IMI residual grau 1+/4 e um paciente grau 2+/4. Foram implantados 1 (n=4), 2 (n=4) ou 3 (n=1) dispositivos MitraClip, e não houve complicações periprocedimento. A Figura demonstra a estratégia terapêutica e os desfechos alcançados. O tempo de seguimento foi 9,3 ±7,8 meses, e dois óbitos ocorreram com 5 e 8 meses após o procedimento, ambos por morte súbita. Três pacientes realizaram transplante cardíaco de forma eletiva durante o seguimento. **Conclusão:** TEER mitral é um tratamento que promove melhora do grau de IMI e especula-se que pode melhorar desfechos em pacientes selecionados com IC avançada em consideração para terapias avançadas. A discussão multidisciplinar que envolve cardiologistas com experiência em IC avançada, intervencionista, ecocardiografista e anestesista, abrangendo aspectos clínicos e estruturais de cada caso, é fundamental para resultados de sucesso.

3652

Análise epidemiológica da mortalidade por insuficiência cardíaca na cidade do recife durante a pandemia da COVID-19

CLEO SOUSA MARTINS, JADE SOUZA MARTINS e PEDRO HENRIQUE DE ARAUJO.

AFYA Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, Arcoverde, PE, BRASIL - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: O contexto da pandemia da Covid-19 diminuiu o acesso a consultas, exames e cirurgias, inclusive os relacionados aos problemas cardíacos, o qual contribuiu para piores prognósticos e para uma maior letalidade entre os indivíduos que apresentavam Insuficiência Cardíaca (IC), além de um aumento na incidência de casos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por IC na cidade do Recife durante a pandemia da Covid-19. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal com coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A variável foi óbitos na capital de Pernambuco devido a IC por sexo, etnia, faixa etária e escolaridade. O período foi de 2019, ano do primeiro caso de Covid-19 confirmado no Brasil, a 2022, ano que antecedeu o fim da emergência de saúde pública decretado pela Organização Mundial de Saúde, resultando em 4 anos. Para fins comparativos, o período pré-pandemia foi de 2015 a 2018, resultando também em 4 anos. **Resultados:** Observou-se que durante o período de estudo ocorreram 57.270 óbitos por IC na cidade do Recife-PE, sendo 2021 o ano com maior quantidade, resultando em 16.886 casos (29,4%) e 2019 o de menor expressão, com 11.566 (20,1%). Com relação ao sexo, 28.838 (50,3%) eram homens, 28.420 (49,6%) eram mulheres e 12 (0,02%) não tiveram o sexo definido. Dentre os óbitos, 28.752 (50,2%) ocorreram em pessoas pardas, 23.458 (40,9%) em brancos, 4.352 (7,5%) em pretos, 83 (0,1%) em amarelos, 32 (0,05%) em indígenas e 593 (1%) não tiveram a etnia definida. A faixa etária que abrigou os maiores números de óbitos foi 80 anos ou mais, com 17.493 casos de óbitos (30,5%) e a de menor quantidade foi dos 5-9 anos com 75 casos (0,1%). Em relação à escolaridade, 24.559 (42,8%) tinham de 1-7 anos de estudo, 20403 (35,6%) tinham 8 anos ou mais e 6.808 (11,8%) não tinham nenhum grau de escolaridade. **Conclusão:** Constata-se uma maior prevalência de mortes por IC em homens e, em relação à cor, um maior número de óbitos em pessoas pardas. Quanto à idade, observou-se que a grande maioria tinha 80 anos ou mais. Já em relação à escolaridade, a maior parte tinha entre 1 e 7 anos de estudo. Ademais, 2021, um ano de pico da pandemia, foi o de maior quantidade de óbitos, enquanto 2019, um ano inicial, foi o que apresentou menor quantidade de mortes por IC. O presente estudo apresenta limitações, como a subnotificação.

TEMAS LIVRES - 08 e 09/08/2024

APRESENTAÇÃO POSTER

1072

Desenvendando um enigma genético: hipertrofia assimétrica em um receptor de transplante de coração ligado à síndrome de Birt-Hogg-Dubé

SILAS RAMOS FURQUIM, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES, NARA ALVES BURITI, MARIANA LOMBARDI PERES DE CARVALHO, EMANUELLE LEONILIA MARQUES, BIANCA LINNENKAMP, FERNANDA ALMEIDA ANDRADE, LUCIANA SACILOTTO, MÔNICA SAMUEL ÁVILA, SANDRIGO MANGINI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, FERNANDO BACA e JOSÉ EDUARDO KRIEGER.

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

Fundamento: O aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo (VE) não justificado por situações de sobrecarga é conhecido como cardiomiopatia hipertrófica. Esta condição é causada principalmente por variantes em genes sarcoméricos, embora 5-10% dos casos possam envolver outros fatores genéticos. O desenvolvimento de hipertrofia do VE tardiamente pós-transplante cardíaco não é incomum, com causas que incluem hipertensão induzida por inibidores de calcineurina, efeitos de imunossupressão e injúria imunológica. Já o aparecimento precoce merece a investigação de outras causas. **Relato de caso:** Homem, 54 anos, com cardiomiopatia dilatada avançada, foi submetido a transplante cardíaco de um doador de 44 anos, o qual tinha histórico de hipertensão e tabagismo, mas nenhum histórico médico familiar conhecido. Antes do transplante, as avaliações incluíram um ecocardiograma (ECO) à beira-leito realizado no hospital de origem do doador. O laudo não indicou anormalidades estruturais. O procedimento de transplante foi concluído sem complicações e a recuperação do paciente, usual. Porém, o ECO pós-operatório revelou hipertrofia assimétrica do septo interventricular medindo 16mm, com parede posterior de 13mm e fração de ejeção do VE normal, confirmado pela ressonância cardíaca. A rejeição foi descartada após duas biópsias endomiocárdicas realizadas com oito dias de intervalo, que mostraram resultados de 1R e PAMR0. O receptor do coração não apresentou outras complicações. A análise genética do doador, através de célula esplênica, revelou uma mutação no gene da foliculina (FLCN), especificamente c.1285dupC:p. (His429Profs*27), associado à Síndrome de Birt-Hogg-Dubé. **Discussão:** Este relato destaca um caso atípico de hipertrofia assimétrica do VE imediatamente após o transplante, ligado a uma variante genética específica. A Síndrome de Birt-Hogg-Dubé normalmente não está associada à hipertrofia assimétrica, contudo foi realizada triagem da família do doador, que revelou uma hipertrofia semelhante e a mesma variante genética no pai do doador. **Conclusão:** Embora não seja rotineira, a avaliação genética dos tecidos dos doadores pode ser crucial para a compreensão de alterações não relacionadas ao procedimento de transplante e reconhecimento de portadores de variantes patogênicas. Ressalta-se o potencial subdiagnóstico de doenças genéticas e as vantagens significativas de sua identificação, que pode beneficiar não só pacientes, mas também seus familiares.

1079

Bloqueio atrioventricular como manifestação inicial de raro tumor cardíaco maligno

SILAS RAMOS FURQUIM, LUIZ FERNANDO FAGUNDES GOUVEA FILHO, FRANCISCO CARLOS LOURENÇO JÚNIOR, ANA LAURA HALAS COVRE, LAÍS GARCIA LOPES ROSSI, CARLOS OTTO BERLOWITZ FILHO, ANNELISA MOURA GARCIA, TALITA CARLA STRATTI MOREIRA, PAULO FRANCISCO MESQUITA BARROS FILHO, ARTURO ADRIAN DIAZ JARA, ALEXANDRE FRANCISCO SILVA, LEANDRO NEVES MACHADO, CANTÍDIO SOARES LEMOS MARTINS e GERMANO EMÍLIO CONCEIÇÃO SOUZA.

Hospital Regional de São José dos Campos, São José dos Campos, SP, BRASIL - Hospital Regional do Litoral Norte, Caraguatatuba, SP, BRASIL.

Fundamento: Os tumores cardíacos, embora raros, apresentam desafios significativos para diagnóstico e tratamento. As lesões neoplásicas podem ser classificadas em tumores primários ou secundários (metástase para o coração). A incidência de Neoplasias cardíacas primárias clinicamente diagnosticadas é aproximadamente 1.380/100 milhões de pessoas. Mais de 90% das neoplasias primárias do coração são benignas. Relatamos o caso de um paciente que se apresentou inicialmente com bloqueio atrioventricular total (BAVT) em que foi implantado marcapasso e na investigação causal foi descoberto um tumor cardíaco maligno primário. **Relato de caso:** Masculino, 44 anos. Avaliado em fevereiro de 2022 com dor torácica, tonturas e pré-síncope. Sem outros antecedentes relevantes e sem uso de medicação. Ao exame físico demonstrou bradicardia com frequência cardíaca (FC) de 44 batimentos por minuto (bpm) e eletrocardiograma demonstrou bloqueio átrio ventricular total (BAVT). Trazia, de dezembro de 2021, um ecocardiograma sem alterações, Holter com BAV 1º grau todo tempo e períodos de BAVT e teste ergométrico com BAV 2:1 no esforço. Na investigação seguinte, já internado, demonstrou exames laboratoriais sem alterações, sorologias negativas, TSH normal, Chagas negativo, angiogramografia de coronárias normal e ressonância magnética cardíaca com única alteração hipertrofia do septo interatrial, medindo 2,1cm, sugerido como possibilidade de massa lipomatosa. Foi submetido a implante de marcapasso e optado por seguimento ambulatorial com métodos de imagem. Realizou segmento com ECO TE e ressonância sem alteração de tamanho ou características da massa, até que em janeiro de 2024 houve descompensação clínica com derrame pericárdico com necessidade de drenagem e aumento expressivo da massa medido pela ressonância neste momento com 4,4x4,6cm e presença de nódulos pulmonares sugerindo implantes metastáticos. Foi realizada biópsia transbrônquica de um dos nódulos pulmonares com achado sugestivo de sarcoma primário do coração metastático. Paciente foi encaminhado para seguimento oncológico. **Discussão e Conclusão:** A incidência de tumores cardíacos é baixa, sendo raros entre os tumores em geral. Dentre os tumores primários cardíacos, os malignos são mais raros ainda, correspondendo a menos de 10%, sendo os principais: sarcoma, linfoma e mesotelioma. Destaca-se a importância dos métodos de imagem na investigação e diferenciação dos tumores cardíacos, além dos métodos percutâneos para diagnósticos histopatológico como biópsia endomiocárdica e biópsia pulmonar transbronquica neste caso.

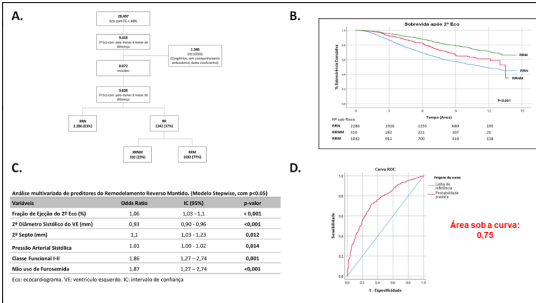
1239

Remissão ou recuperação miocárdica? - modelo de predição do remodelamento reverso mantido

SILAS RAMOS FURQUIM, MARIA TEREZA SAMPAIO LIRA, DANIEL CATTO DE MARCHI, PAMELA CAMERA MACIEL, MAURO ROGERIO DE BARROS WANDERLEY JR., BRUNO BISELLI, PAULO ROBERTO CHIZZOLA, ROBINSON TADEU MUNHOZ, FÁBIO FERNANDES, EDIMAR ALCIDES BOCCHI e SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA.

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

Fundamento: O tratamento para a ICFER, além da melhora em sobrevida e sintomas, tem gerado um novo fenótipo com a melhora da FE, chamado de remodelamento reverso (RR). Apesar do RR estar associado com melhor prognóstico, esses pacientes ainda podem apresentar nova piora da FE e desfechos negativos, sendo então proposto na literatura o termo de remissão miocárdica para aqueles sob o risco de nova piora e recuperação para aqueles que sustentam a melhora. Porém ainda sabe-se pouco sobre esse processo e quais pacientes tem maiores chances de manter a recuperação. **Objetivo:** Avaliar a sobrevida geral entre pacientes que mantiveram o RR, aqueles que não mantiveram e aqueles que não apresentaram o RR. Avaliar e comparar os preditores do RR com os preditores do RR Sustentado. Propor um modelo de avaliação do RR Sustentado. **Delineamento, Materiais, e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, que avaliou o prontuário eletrônico de pacientes com FE inicial reduzida (<40%), acompanhados com a repetição de, pelo menos, 2 ecocardiogramas (Eco) tendo diferença mínima de 6 meses entre os exames. Divididos de acordo com a trajetória da FE em remodelamento reverso mantido (RRM) se 2ª e 3ª FE ≥40%, remodelamento reverso não mantido (RRNM) se 2ª FE ≥40% e 3ª FE <40%, e remodelamento reverso negativo (RRN) se todas FE <40%. Foram analisadas as características ecocardiográficas, clínicas e laboratoriais de cada grupo, na busca de fatores que possam prever a trajetória da FE, através de análises uni e multivariadas. Além da sobrevida dos grupos através da curva de Kaplan-Meier. **Resultados:** Entre 2006 e 2019 foram selecionados 8072 pacientes com pelo menos 2 Eco e 3628 com 3 Eco. Destes pacientes, 1.342 (37%) apresentaram o RR nos critérios adotados e entre estes, 310 (23%) não mantiveram o RR e 1032 (77%) o mantiveram (Figura 1A). Após o 2º Eco a sobrevida média foi de 10,6 (±0,2) anos, maior no grupo RRM (12,2 ±0,3), seguida do RRNM (10,6 ±0,5) e RRN (9,8 ±0,2); p<0,001 (Figura 1B). Os preditores para o RRM foram 2ª FE (OR: 1,06 IC95%: 1,03-1,1; p<0,001), 2º diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (DSVE - OR:0,93 IC95%: 0,90-0,96; p<0,001), medida do 2º Septo (OR: 1,1 IC 95%: 1,03-1,23; p=0,012), Pressão Arterial Sistólica (OR: 1,01 IC95%: 1,00-1,02; p=0,014), Classe Funcional I-II (OR: 1,86 IC95%: 1,27-2,74; p<0,001) e Não uso de Furosemida (OR: 1,87 IC95%: 1,27-2,74; p<0,001) (Figura 1C). O modelo de predição para o RRM apresentou uma boa acurácia, com AUC de 0,75 (Figura 1D). **Conclusão:** O RRM está associado com maior sobrevida a longo prazo nos pacientes com ICFER. Preditores para o RRM incluem 2ªFE, 2ºDSVE, 2ºSepto, PAS, Classe Funcional I-II e Não uso de furosemida. O modelo proposto possui boa acurácia (AUC:0,75), podendo auxiliar na avaliação prognóstica destes pacientes e no entendimento dos mecanismos de remissão e recuperação miocárdica.



1287

Efetividade da videomonitorização na transição do cuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado

OMAR PEREIRA DE ALMEIDA NETO, PARDEEP S JHUND, ENEIDA REJANE RABELO-SILVA, PATRÍCIA MAGNABOSCO, GIANNA FIORI MARCHIORI, IZADORA VIEIRA ARAÚJO, MARIA EDUARDA DE PÁDUA ALCÂNTARA, JÉSSICA SILVA FRANCO, AMANDA SILVA MERINO e ANA PAULA ALVES GOULART.

Glasgow University, ENGLAND - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Um modelo de transição do cuidado baseado em videomonitorização pode otimizar desfechos clínicos de pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada pós alta hospitalar. **Objetivo:** Testar a efetividade de uma estratégia multifacetada baseada em videomonitorização e compartilhamento de informações clínicas entre atenção terciária e primária de pacientes com IC, 180 dias após alta hospitalar. **Materiais e Métodos:** Ensaio clínico randomizado, aleatorizado, duplo cego, realizado com pacientes portadores de IC atendidos no HC da Universidade Federal de Uberlândia, MG. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Controle (GC) e Intervenção (GI). O protocolo baseia-se na avaliação beira leito e aplicação de instrumentos (exame físico cardiovascular, Escala Europeia de Autocuidado; Questionário de Conhecimentos sobre IC; Instrumento de adesão ao tratamento em IC; Instrumento Minnesota de QV; Instrumento de aptidão cardiorrespiratória[ACR]) na alta hospitalar. O GC seguiu os cuidados usuais do serviço de saúde local após alta. No GI, foi realizado o compartilhamento do sumário de alta e discussão do caso clínico entre unidade hospitalar e de atenção primária à saúde com médico e enfermeiro. Ademais, foi aplicado protocolo educativo em IC através de videomonitorização baseado nas diretrizes de da SBC em 7, 30, 60 e 180 dias. A figura 1 esquematiza a metodologia do estudo (link para acesso de figuras e tabelas: <https://encurtador.com.br/dhQVZV>). **Resultados:** Foram randomizados 110 pacientes e até o momento, 43 pacientes (GC=20; GI=23) completaram o seguimento de 180 dias, com idade média de 65,65±12,9 no GC e 66,30±11,65 no GI, a maioria brancos (GC=9; 45%; GI=11; 47,8%), sexo masculino (GC=14; 70%; GI=12; 52,2%) com histórico de diabetes mellitus (GC=11; 55%; GI=11; 47,8%), hipertensão arterial (GC=12; 60%; GI= 22; 95,7%) e infarto do miocárdio (GC=11; 55%; GI=10; 43,5%). A principal etiologia da IC foi isquêmica (GC=7; 35%; 10; 43,5%), perfil B (GC=8, 40%; 10; 43,5%), NYHA II (GC=9; 45%) e NYHA III (GI=12; 52,2%) e FEVE (%) de 29,20±6,80 no GC e 31±5,97% no GI. Observou-se redução de óbitos e reinternação no GI quando comparados ao GC (figuras 2 e 3). Todos os desfechos no GI evidenciaram melhora como demonstra a figura 4 (link na metodologia). O ajuste do modelo estatístico através da regressão linear demonstrou que o protocolo deste ensaio clínico otimizou no GI o desfecho primário autocuidado, que por sua vez prevê melhora na QV em 58%, na adesão ao tratamento em 21%, no conhecimento sobre IC em 44% assim como na ACR em 44%, como evidenciado na tabela 1 (link na metodologia). **Conclusão:** A videomonitorização e educação em saúde cardiovascular associada ao compartilhamento de informações clínicas entre atenção terciária e primária demonstra ser uma estratégia efetiva na otimização do desfechos mensurados.

1300

Caracterização clínico epidemiológica de pessoas afetadas pela doença de Chagas crônica (DCC) acompanhadas em serviço de referência do estado de Pernambuco

CAROLINA DE ARAÚJO MEDEIROS, CRISTINA DE FÁTIMA VELLOSO CARRAZZONE, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, TARCILA FERNANDA ROCHA BARBOZA, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, MARIA DA GLÓRIA AURELIANO MELO CAVALCANTI, MARIA PIEDADE COSTA REIS DE ALBUQUERQUE, ANA MARIA CRONEMBERGER MENDES, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES e WILSON OLIVEIRA JÚNIOR.

Ambulatório de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca, Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Ambulatório de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca, Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL - Centro Universitário Brasileiro, UNIBRA, Recife, PE, BRASIL - Faculdade Nossa Senhora das Graças, FENSG, UEPB, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A doença de Chagas (DC) é considerada uma condição crônica negligenciada (OMS), com grande impacto biopsicossocial, podendo evoluir com elevada carga de morbimortalidade, principalmente na forma cardíaca grave. **Objetivo:** Descrever a caracterização clínico epidemiológica de pessoas afetadas pela DCC acompanhadas em serviço de referência, do estado de Pernambuco. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, envolvendo 976 pessoas afetadas pela DCC, acompanhadas em serviço de referência, (Fev/2016 à Dez/2022). Foram avaliadas variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e clínicas. Foi utilizada para classificação clínica de acordo com "Diretriz SBC/2011: Diagnóstico e Tratamento da Cardiomiopatia da DC" (estágios A, B1, B2, C e D). A caracterização epidemiológica teve como base, o banco de dados, do serviço de referência. Utilizado software Excel 365 e SPSS versão 21.0. **Resultados:** A coorte estudada apresentou idade média de 62 (± 12 anos), com predominância do sexo feminino (67%); natural da Zona da Mata (38,5%), seguida do Agreste (23,5%) e procedência da Região Metropolitana do Recife (45%); raça-cor parda (56%); estado civil casado (53,5%), baixa escolaridade, com menos de quatro anos de estudo (70%), renda de até 1 salário mínimo (76%), com 12% sem nenhuma renda mensal declarada; 43% relatam DC na família; 66,5% já moraram em zona rural, e 90%, em casa de taipa; 75,5% informaram a presença do vetor na moradia, e 7,5% persistem com a presença do vetor até o momento. Quanto à classificação clínica: 21% (A), 45% (B1), 8% (B2) e 26% (C), com os seguintes achados cardiológicos: ECG: BRD 32,5% BDASE 30%, Implante de Marcapasso (MP) 16%, ECO: FEVE média (54 ± 15 %), no estágio C a FE média foi 39 ± 13 % e 25% de MP. Houve presença de megaeosóforo (13,5%), e megacólon (6,5%). Entre as comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (72%), Dislipidemia (42%), Diabetes Mellitus (17,5%), Doença Arterial Coronariana (8%), Acidente Vascular Encefálico (11 %). **Conclusão:** A caracterização clínico epidemiológica dessa coorte, evidencia envelhecimento do grupo, assim como a presença de comorbidades, com maior prevalência nessa faixa etária embora mantendo situação socioeconômica extremamente desfavorável. Embora, o serviço estadual de referência esteja em um hospital terciário e de alta complexidade, as formas clínicas mais prevalentes foram A e B1, traduzindo a necessidade de descentralização dessa população para a rede de Atenção Primária e Secundária. Por outro lado, os portadores de Insuficiência cardíaca (estágio C) presentes em 26% do estudo, diante do perfil registrado, necessitam prioritariamente de atenção multiprofissional, integral e de alta complexidade.

1319

Discalemias e mortalidade intra-hospitalar na insuficiência cardíaca descompensada

PEDRO CASTELLO BRANCO DE MORAES, PEDRO PIMENTA DE MELLO SPINETTI, BRUNO REZNIK WAJSBROT, MARCELO IMBROINISE BITTENCOURT, MARIANA BARROS CASTELLANETA, ANA LUIZA FERREIRA SALES, FELIPE NEVES ALBUQUERQUE, DANIEL XAVIER DE BRITO SETTA, FABIO MAIA ABRAHAO, RODRIGO PAULINO MAGALHÃES SILVA, BRUNA ZANGEROLAME CARVALHO e RICARDO MOURILHE-ROCHA.

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

Fundamento: Distúrbios envolvendo a homeostase do potássio são frequentemente observados em pacientes internados por Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada, e podem estar associados com pior prognóstico intra-hospitalar (IH). **Objetivo:** Identificar qual a medida de potássio sérico ao longo da internação está associada com mortalidade IH: potássio da admissão, maior ou menor potássio. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte observacional, longitudinal, retrospectivo, realizado em hospital universitário quaternário. Incluídos pacientes admitidos com IC descompensada entre setembro de 2019 e setembro de 2021. coletados os dados do potássio na admissão, maior e menor potássio ao longo da internação. Hipercalemia definida como valores de potássio acima de 5,1, enquanto hipocalemia abaixo de 3,5, conforme o valor de referência do laboratório da instituição. O estado vital foi avaliado de acordo com registro de prontuário. Clearance de creatinina foi calculado através do CKD-EPI versão 2021. Dados foram analisados utilizando o programa SPSS, utilizando nível de significância estatística de 5%. A porcentagem de dados de potássio ausentes na análise foi <10%. **Resultados:** 303 pacientes foram admitidos por IC descompensada no período da análise. Destes, 58,4% eram homens, com média de idade de 63,7 $\pm 14,3$ anos; 81,5% apresentavam disfunção sistólica, 31% com etiologia isquêmica e 12,4% etiologia valvar; 66% eram hipertensos, 33,8% diabéticos, 30,7% com fibrilação atrial ou flutter, e 57,9% doença renal crônica (clearance de creatinina menor que 60%). A média de potássio na admissão foi de 4,44 $\pm 2,41$ mEq/L. A incidência de hipercalemia na admissão foi de 13,9% e de 49,5% ao longo da internação, enquanto a de hipocalemia foi de 10,9% na admissão e de 30% ao longo da internação. A mortalidade IH foi de 15,2%. A análise de curva ROC mostrou que a variável que melhor se relacionou com óbito IH foi o menor potássio da internação (AUC 0,73). O valor de corte desta variável encontrado para melhor prever a chance de óbito IH foi de 3,45 (sensibilidade de 74,3% e especificidade de 67,4%). Como esse valor é semelhante ao valor de referência do laboratório de 3,5, optamos por manter este último como ponto de corte para avaliar a associação entre mortalidade e a hipocalemia na internação. Encontrou-se um OR de 5,98 - IC 95% 2,96 - 12,0, p valor <0,001). **Conclusão:** Em nosso estudo os distúrbios do potássio foram frequentes e a hipocalemia durante da internação esteve associada a uma maior chance de óbito intra-hospitalar.

1323

Perfil clínico de pacientes com cardiomiopatia hipertrófica apical (Doença de Yamaguchi): uma série de casos com seguimento de 15 anos

RICARDO DE ANDRADE LIMA AMORIM, EVELINE BARROS CALADO, MANUEL MARKMAN, LUCAS SOARES BEZERRA, CAMILA MARIA MONTEIRO SILVA, ANDRÉ GUSTAVO PONTES MIRANDA, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA ANDRADE BARROS, DAIANE PEREIRA ARRUDA, CLARA CELLY DINIZ OLIVEIRA, BRUNNA GAIÃO CARVALHO TORRES, DÁVILA SUYANE BELÉM LIMA, TAMARA SÁ LOPES GONÇALVES, MARCELO ANTÔNIO OLIVEIRA SANTOS-VELOSO, BRIVALDO MARKMAN-FILHO e ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL.- Hospital das Clínicas, UFPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Cardiomiopatia Hipertrófica Apical (CHA), ou doença de Yamaguchi, é uma rara cardiomiopatia, inicialmente descrita no Japão, na qual a hipertrofia ocorre predominantemente no ápice ventricular e em alguns casos cursa com um alto risco de morte súbita (MS). Sinais de sobrecarga ventricular esquerda (SVE) com onda T invertidas no eletrocardiograma (ECG) são comumente vistos. Algumas variantes podem cursar com aneurisma ventricular e obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo. No Japão a CHA corresponde a 25% dos casos de cardiomiopatia hipertrófica, enquanto em países ocidentais possui incidência de 1-3% dos casos. Embora geralmente seja considerada benigna, possui morbidade cardiovascular de 25 a 30%, enquanto mortalidade de 4 a 29% dos casos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar uma série de casos de paciente com CHA e descrever os principais achados clínicos, características ecocardiográficas e eletrocardiográficas, recomendação de cardiodesfibrilador implantável (CDI) e a frequência de MS. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma série de casos retrospectiva que foi conduzida entre os anos de 2005 e 2020, envolvendo paciente com diagnóstico ecocardiográfico de CHA. Os parâmetros do Colégio Americano de Cardiologia (ACC) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) foram utilizados para calcular o risco de MS. **Resultados:** Foram estudados 11 indivíduos com uma mediana de idade de 55,3 anos, maioria do sexo masculino (54,5%), acompanhamento médio de 41,2 meses, sendo a maioria deles sintomáticos no momento do diagnóstico (apenas três pacientes eram assintomáticos, sendo triados por ECG de rotina). O sintoma mais frequente foi dispnéia (27,3%) e apenas um paciente (9%) iniciou o quadro com MS abortada. Histórico familiar de MS foi descrito em 45,5% dos casos. Sete dos 11 pacientes (63,6%) foram diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica concomitante e um paciente apresentou episódios de Fibrilação Atrial. Nas variáveis ecocardiográficas, a mediana da hipertrofia ventricular máxima foi de 18,4±3,2mm e a mediana da fração de ejeção de ventricular foi de 67,7±4,8%. Apenas dois pacientes possuíam volume de átrio esquerdo dentro da normalidade. Um paciente apresentava a forma obstrutiva da doença, com um gradiente máximo de 113 mmHg. O holter de 24 horas demonstrou a presença de Taquicardia Ventricular Não Sustentada (TVNS) em dois pacientes. Quatro pacientes receberam CDI no período descrito e um paciente apresentou MS após recusar o implante. **Conclusão:** Sintomas e alterações nos exames de imagem são fatores significativos no seguimento clínico e no prognóstico dos pacientes portadores de CHA.

1330

Mulher de 56 anos portadora de comunicação interatrial e hipertensão arterial pulmonar internada por síndrome de Eisenmenger

MARCOS RAFAEL DANTAS SALGUES, BEATRIZ LIMA CORRÊA DE ARAUJO, BRUNO MARIANO RIBEIRO GARCIA DE MEDEIROS, GABRIELA BRITO BEZERRA, ICARO CÉSAR SOARES DE MENEZES, LORENNNA ANDRESSA BATISTA ZACARIAS e PAULO ERNANDO FERRAZ CAVALCANTI.

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL.

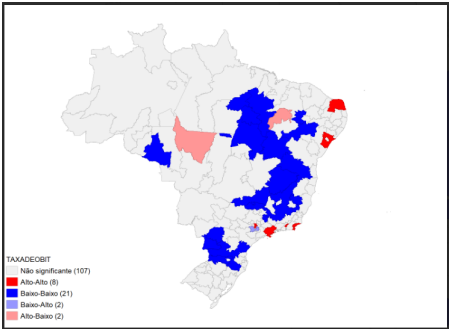
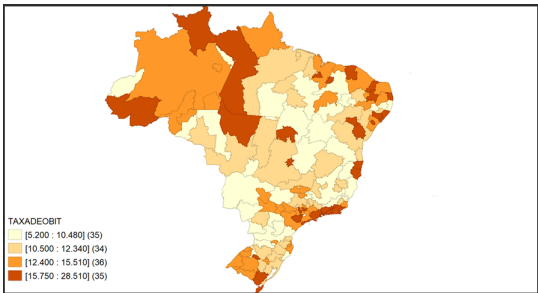
Fundamento: A síndrome de Eisenmenger decorre de defeitos cardíacos congênitos não tratados, como CIV, CIA, DSAV, PCA e T4F. Sem intervenção precoce, há desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar (HAP) levando a reversão do shunt esquerdo-direito, causando um shunt bidirecional ou direito-esquerdo, levando à hipoxemia e cianose. **Relato de caso:** Paciente feminina, 56 anos, de Ipubi-PE, com dispnéia progressiva há cerca de 30 anos. Ecocardiograma diagnosticou CIA ostium secundum, com recomendação de intervenção cirúrgica, porém recusada. Consequentemente, persistiu com sintomas, resultando em internações frequentes devido à piora da dispnéia, bem como no desenvolvimento de cianose oral e de extremidades. Há 16 anos, apresentou hemiparesia e afasia devido a um AVE isquêmico provavelmente cardioembólico. Após o evento isquêmico cardiologista identificou HAP associada à IVD decorrente de CIA OS ampla (30mm) não tratada, que evoluiu com shunt bidirecional, configurando um quadro compatível com a síndrome de Eisenmenger. Durante investigação de HAP, cateterismo cardíaco direito foi prejudicado por obstrução da veia cava inferior. Tomografia de tórax revelou tromboembolismo pulmonar e dilatação da artéria pulmonar (47mm). Exames para trombofilias foram negativos, exceto pela redução da proteína S. Atualmente, a paciente apresenta dispnéia aos pequenos esforços, cianose em repouso agravada pelo esforço e ortopneia. Exame físico revela estalido de abertura na valva pulmonar, hiperfonese e desdobramento fixo de B2, refluxo hepatojugular e edema em membros inferiores, sem hipocratismo digital. Tratamento inclui Furosemida, Sildenafil, Bosentana, Espironolactona e Rivaroxabana. Eletrocardiograma mostra ritmo sinusal regular, desvio de eixo para a direita e sobrecarga de átrio e ventrículo direitos. Ecocardiograma indica CIA OS ampla, dilatação das cavidades direitas, PSAP estimada em 110mmHg e trombos nas artérias pulmonares direita e esquerda. **Discussão e Conclusão:** O transplante cardiopulmonar oferece uma cura para a síndrome de Eisenmenger, mas sua viabilidade é limitada em muitos contextos. Embora a farmacoterapia alivie os sintomas, não reduz a mortalidade. Diuréticos, antiarrítmicos e anticoagulantes são opções de tratamento. O oxigênio suplementar não impacta significativamente na mortalidade. Terapias vasodilatadoras são objeto de estudo e demonstraram melhorar sintomas. A correção cirúrgica de defeitos cardíacos em adultos é desencorajada. Nos casos de HAP, o próprio defeito não corrigido pode atuar como protetor contra a piora da resistência vascular pulmonar. A expectativa de vida é reduzida, com alta mortalidade entre a terceira e quarta décadas, devido a complicações como insuficiência ventricular, hemoptise, complicações na gravidez e acidentes vasculares cerebrais.

1364

Distribuição espacial da mortalidade intra-hospitalar por insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde (SUS)

GIOVANNA MARIA TERTULIANO DOS SANTOS GARCIA DE ARAUJO, LETÍCIA LOPES DO ROSÁRIO, PEDRO AUGUSTO ALEXANDRE DA SILVA e FERDINAND GILBERT SARAIVA DA SILVA MAIA.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Insuficiência cardíaca é uma apresentação comum a várias doenças cardiovasculares e determina elevada morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a distribuição espacial da mortalidade durante internação por insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde (SUS). **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico, utilizando como unidade de análise as 140 regiões intermediárias de articulação urbana (RIAU), conforme proposto pelo IBGE, para avaliar a mortalidade intra-hospitalar por internação decorrente de insuficiência cardíaca no período de 2019 a 2023. Os dados de número de internações, óbitos, valor médio e tempo de internação foram extraídos do Sistema de Internação Hospitalar (SIH)/SUS. A análise descritiva utilizou o software de geolocalização GeoDa para a criação de mapas temáticos. Foi utilizado o Índice Global de Moran para verificar a existência de agregados territoriais. As análises espaciais foram realizadas com uma matriz de primeira ordem com contiguidade tipo "Rainha". **Resultados:** A mortalidade intra-hospitalar variou de 5.20 a 28.5%, com mediana de 12.4% e IQR 10.5-15.6% (Figura 1), com formação de agregados espaciais (Figura 2; I de Moran 0.191, p=0.002). O gasto médio variou de R\$666 a R\$3.304 (mediana de 1.527, IQR 1.158-1.982) com formação de agregados espaciais (I de Moran 0.166, p = 0.002). O tempo médio de internação variou de 3.94 a 13.6 dias (mediana de 6.81 dias, IQR 5.74 a 8.17). **Conclusão:** A mortalidade intra-hospitalar por insuficiência cardíaca no período de 2019-2023 é alta e compatível com a do I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca (BREATHE, de 2015). Há significativas assimetrias entre as taxas de mortalidade e gastos ao longo do território nacional. Estes indicadores permitem o desenvolvimento de estratégias de intervenção e direcionamento de recursos mais eficazes para melhoria da assistência hospitalar ao paciente com insuficiência cardíaca.



1375

Uso de beta-bloqueadores com dobutamina em pacientes com insuficiência cardíaca avançada em fila de transplante cardíaco: um estudo observacional

VICTOR BEMFICA DE MELLO MATTOS, CAROLINA CASADEI, AIRTON SALVIANO, JOÃO MANOEL ROSSI NETO, MARCO AURÉLIO FINGER, CARLO BONASSO FILHO, FLÁVIA POTSCHE CAMARA MATTOS GIRARD, PLÍNIO JOSÉ WHITAKER WOLF e RAPHAEL ROSSI.
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Devido à grande quantidade de receptores para transplante de coração (TxC) e a falta de doadores, a fila de espera mesmo em prioridade por dependência inotrópica pode ser longa. Os beta-bloqueadores (BB) são fármacos de primeira linha no tratamento da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, reduzindo mortalidade global e morte súbita. O efeito da terapia com betabloqueador (BB) na mortalidade de pacientes em prioridade na lista de TxC ainda é pouco conhecido, e a incerteza aumenta com uso concomitante de dobutamina, provavelmente pelos efeitos antagônicos esperados com essa associação. **Objetivo:** O objetivo principal do estudo foi avaliar a relação do uso de BB em associação com dobutamina na mortalidade por todas as causas nestes pacientes. Os objetivos secundários foram: avaliar o tempo para indicação do balão intra-aórtico (BIA), tempo de uso do BIA, realização de TxC, tempo de internação hospitalar e morte cardiovascular no período intra-hospitalar. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional e unicêntrico de pacientes com insuficiência cardíaca avançada que estavam em lista para TxC, em prioridade com uso de dobutamina e BB orais no início da internação, no período entre 01 de Janeiro de 2020 até 31 de Dezembro de 2023. Pacientes foram divididos em grupo óbito e grupo vivo, depois analisamos diferenças entre grupo que suspendeu (BBS) e grupo que manteve (BBM) o BB. Na análise de sobrevida aplicamos o estimador de Kaplan-Meier, teste log-rank, regressão de Cox e teste de Schoenfeld. Significância estatística quando p<0,05. **Resultados:** 61 pacientes foram incluídos, 101 dias de mediana de internação, 19 faleceram na lista de transplante, 34 foram transplantados e oito aguardavam o transplante até o último dia do período do estudo. Nas características basais, somente suspensão de BB (79% vs 19%), dose final de dobutamina em microgramas (20 vs 15) e TxC realizado (0 vs 100%) tiveram diferença significativa (p<0,001) entre os grupos óbito e vivo. O TxC foi realizado em 26% no BBS e em 74% no BBM (p<0,001). Óbito pré-TxC ocorreu em 79% no BBS e 19% no BBM (p<0,001). Análise multivariada mostrou OR=12,4 para óbito com suspensão do BB (p=0,018, após ajustes). Aos 90 dias, a sobrevida total foi de 52% no BBS e de 97% no BBM (p<0,001). A sobrevida cardiovascular em 90 dias foi de 60% (BBS) e 97% (BBM), p<0,001. A relação da sobrevida com suspensão do BB permaneceu significativa após ajustes com HR=9,08 (p=0,032). **Conclusão:** A suspensão do BB em paciente em lista de transplante cardíaco com dobutamina sugere estar relacionado à maior mortalidade nestes pacientes. Estudos maiores e randomizados são necessários para comprovar esta hipótese.

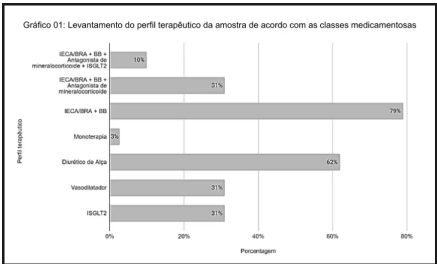
1438

Análise do perfil terapêutico dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca acompanhados por um hospital público de Recife, PE

LÍVIA LEANDRO DE SOUZA PEREIRA, WESLEY JONATHAN LOPES PENHA, LUANA SOUSA LIMA REBOUÇAS, ANTONIO KONRADO SANTANA BATISTA e LUIZ OLIVEIRA NETO.

AFYA, Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - AFYA, Faculdade de Ciências Médicas, Recife, PE, BRASIL - PROCAPE, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa causada por uma anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma adequada. Assim, o tratamento farmacológico é uma das principais abordagens terapêuticas utilizadas em seu manejo, colaborando para controle dos sintomas, melhora da função cardíaca e aumento da sobrevida. **Objetivo:** Analisar o tratamento medicamentoso dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em hospital público de Recife-PE. **Materiais e Métodos:** Este trabalho se trata de um recorte de uma pesquisa realizada com pacientes portadores de IC acompanhados por um hospital de Recife-PE. O estudo teve perfil observacional, transversal e cunho quantitativo. Foram aplicados 3 questionários durante 6 meses: o Minnesota living with Heart Failure Questionnaire e o Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire para avaliação de qualidade de vida, e um questionário contemplando dados clínico-epidemiológicos. A amostra foi do tipo não probabilístico, de 39 pacientes, seguindo os critérios de inclusão: pacientes >18 anos, portadores de IC, acompanhados pelo serviço em questão e sem internamento por descompensação da doença de base nos últimos 03 meses; ecodopplercardiograma transtorácico evidenciando anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional. Critérios de exclusão: paciente sem diagnóstico confirmado de IC por ecodopplercardiograma transtorácico; com limitação cognitiva que impeça aplicação adequada dos questionários e internamento por descompensação da IC nos últimos 03 meses. **Resultados:** No gráfico 01, é observado o perfil terapêutico dos pacientes incluídos no estudo. Desse, apenas 10% faziam a terapia recomendada para ICFe, estando em uso de um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), associado a betabloqueador (BB), antagonista de mineralocorticoide e inibidor do SGLT2 (ISGLT2). Tais medicações são preconizadas para diminuição de morbimortalidade para portadores de ICFe, que representaram 62% da amostra do estudo. O uso de diurético de alça esteve presente em 62% dos entrevistados e foi associado a piores níveis sintomáticos, justificados pelo uso do medicamento para melhora clínica. Em relação à classe dos ISGLT2, foi evidenciado benefício na redução de hospitalizações com melhora da qualidade de vida, 31% dos pacientes estavam em uso dessa droga. Dos entrevistados, 31% de vasodilatador e 3% realizavam monoterapia. A associação de IECA ou BRA com BB foi observada em 79% da população. **Conclusão:** Observa-se que poucos pacientes realizavam o tratamento preconizado para IC, sendo justificado pela dificuldade de adesão terapêutica em razão de déficits financeiros, complexidade do esquema farmacológico ou limitações cognitivas. Contudo, os pacientes em uso do ISGLT2, possuíam importante melhora clínica.



1441

Diagnóstico precoce de Amiloidose por Transtirretina (ATTR) após miocardite por COVID-19

RICARDO DE ANDRADE LIMA AMORIM, CAMILA MARIA MONTEIRO SILVA, RAYANA MARIA CAMINHA MENDES GOMES, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA ANDRADE BARROS, BRUNNA GAIÃO CARVALHO TORRES, TAMARA SÁ LOPES GONÇALVES, DÁVILA SUYANE BELÉM LIMA, CLARA CELLY DINIZ OLIVEIRA, ANA MARIA SOUZA BARRETO, DAIANE PEREIRA ARRUDA, ANDRÉ GUSTAVO PONTES MIRANDA e ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES.

Faculdade Uninassau, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose por transtirretina (ATTR) é uma doença hereditária causada por uma mutação autossômica dominante. A sua fisiopatologia se baseia na deposição tecidual de transtirretina, uma proteína transportadora de retinol e tiroxina produzida pelo fígado, o que leva à disfunção orgânica de múltiplos sistemas. O coração é um dos principais órgãos afetados, gerando uma cardiopatia progressiva e fatal, porém subdiagnosticada. A amiloidose cardíaca possui várias apresentações clínicas, como: insuficiência cardíaca (IC), síncope recorrente, arritmias supraventriculares, cardiomiopatia hipertrófica e estenose aórtica. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 29 anos. Admitida no serviço por quadro de IC descompensada perfil B. Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) evidenciou uma Fração de Ejeção (FE) de 21%, ventrículo esquerdo (VE) aumentado em grau importante, hipocinesia difusa das paredes, função sistólica reduzida em grau importante e disfunção diastólica tipo III. Aumento biatrial de grau importante. A investigação foi complementada com uma ressonância magnética (RNM) cardíaca que relatou dilatação importante de ventrículo esquerdo (FEVE 16%), hipocinesia difusa acentuada em VE com acinesia septal dos segmentos médio-basais, bem como insuficiência mitral moderada funcional. Ocorreu a presença de impregnação miocárdica com contraste de padrão mesocárdico linear septal médio-basal de VE nas sequências de realce tardio compatível com fibrose miocárdica não-isquêmica, sendo essas alterações sugestivas de miocardite. Foi optado por realizar o painel genético, o qual apresentou resultado positivo para uma variante patogênica, ATTR VAL142ILE. Após resultado da RNM, paciente relatou que sintomas iniciaram cerca de 3 semanas após quadro gripal por COVID-19, sendo então realizado diagnóstico de miocardite de etiologia viral, com achado complementar de ATTR que parece não ter relação com sintomas atuais. Em acompanhamento ambulatorial, foi realizado novo ECOTT com evidência de melhora da FEVE e paciente segue em uso de medicações para IC. **Discussão e Conclusão:** A amiloidose cardíaca é caracterizada por uma clínica fenotipicamente heterogênia, originada mais comumente da mutação do gene TTR VAL142ILE, associada a taxas aumentadas de insuficiência cardíaca incidente, com menor sobrevida. Os exames de imagem contribuem para o reconhecimento da infiltração amiloide, além de verificar o grau de função e morfologia cardíaca. É fundamental o diagnóstico precoce para um melhor prognóstico, início de tratamento e aconselhamento genético e familiar. No caso exposto, o diagnóstico precoce de ATTR possibilitou que a paciente fosse acompanhada de forma mais frequente e que fosse realizado estudo genético de familiares para aconselhamento genético.

1443

Cardiotoxicidade por quimioterápicos: uma condição frequentemente esquecida

RICARDO DE ANDRADE LIMA AMORIM, CAMILA MARIA MONTEIRO SILVA, RAYANA MARIA CAMINHA MENDES GOMES, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA ANDRADE BARROS, BRUNNA GAIÃO CARVALHO TORRES, TAMARA SÁ LOPES GONÇALVES, DÁVILA SUYANE BELÉM LIMA, DAIANE PEREIRA ARRUDA, ANDRÉ GUSTAVO PONTES MIRANDA, CLARA CELLY DINIZ OLIVEIRA, ANA MARIA SOUZA BARRETO e ÁNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES.

Faculdade Uninassau, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Cardiotoxicidade por quimioterápicos é definida como qualquer alteração da homeostase do sistema cardiovascular induzida pelo tratamento ao câncer. A manifestação clínica é variável, podendo apresentar diversas manifestações, como: hipertensão arterial sistêmica, arritmias, pericardite, síndromes coronarianas agudas e principalmente insuficiência cardíaca (IC) com disfunção ventricular sistólica. A incidência e a gravidade das lesões dependem do quimioterápico e da dose cumulativa administrada, assim como das comorbidades do paciente. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 41 anos, em tratamento com quimioterápicos para câncer mama há 8 meses, apresenta dispnéia aos mínimos esforços, ortopneia e hipotensão há um mês. Possui histórico de mastectomia total realizada há 4 meses. As medicações em uso atual eram Tamoxifeno, mas afirmou ter utilizado Doxorubicina, Ciclofosfamida, Paclitaxel (antraciclina) e Trastuzumab (terapia anti-HER). O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) fração de ejeção do ventrículo esquerdo 34%, com hipocontratilidade difusa, função diastólica reduzida em grau moderado a importante, com aumento biatrial, bem como insuficiência mitral importante funcional. O ventrículo direito possui diâmetro absoluto normal, mas com função reduzida e imagem de trombo apical. Além de derrame pleural à direita e discreta efusão pericárdica, com alta probabilidade de Hipertensão Arterial Pulmonar. Após estabilização do quadro inicial, foi iniciada anticoagulação plena com Rivaroxabana e início de terapêutica para ICFER com: betabloqueador, diurético e um inibidor da ECA. Em acompanhamento conjunto com cardio-oncologia e oncologia, optado por manter esquema apenas com tamoxifeno até recuperação completa cardíaca. Em retorno ambulatorial paciente assintomática e realizou novo ECOTT com evidência de melhora (FE 46%). **Discussão e Conclusão:** As antraciclina são uma classe quimioterápica muito eficaz, porém com alto potencial de dano cardíaco por causar apoptose, disfunção mitocondrial e desregulação do metabolismo do cálcio e do ferro. Sabe-se que o dano é maior com dose maior cumulativa. A terapia anti-HER diminui a progressão tumoral inibindo os receptores HER2, contudo, esses receptores são fisiologicamente expressos no miócitos realizando a cardioproteção. O trastuzumabe está relacionado com insuficiência cardíaca em até 26% dos casos pela quebra desse mecanismo de homeostase. A detecção da cardiotoxicidade e tratamento com medicamentos para IC precocemente resulta em uma recuperação funcional melhor do que os pacientes manejados tardiamente. Assim, é imprescindível a avaliação cardiovascular do paciente oncológico de forma continuada.

1489

Mortalidade por internação de insuficiência cardíaca de 2014 a 2023: um estudo por regiões brasileiras

IANE DA ROCHA TEMPORAL, TIAGO DE CARVALHO BARBOSA, NÍCOLAS GABRIEL DE OLIVEIRA, EDUARDO MEIRELLES TERRA e MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica grave que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, resultando em significativa morbidade e mortalidade. O estudo BREATHE (Brazilian Registry of Acute Heart Failure) demonstra que a hospitalização por descompensação da insuficiência cardíaca está associada a taxas de mortalidade mais elevadas, tanto durante a internação quanto após a alta hospitalar. Pacientes com IC que necessitam de hospitalização apresentam um maior risco de complicações e de deterioração do quadro clínico, o que pode resultar em desfechos adversos, incluindo óbito. **Objetivo:** Determinar a mortalidade hospitalar da insuficiência cardíaca nas regiões brasileiras no período de 2014 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico, realizado a partir de dados analisados por estatística descritiva e coletados no Sistema de Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) vinculado ao DATASUS, em abril de 2024. Foram analisadas as internações hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil no período de 2014 a 2023 e extraídos os números de óbitos em internações nesse mesmo período, utilizou-se o teste qui-quadrado para comparar percentuais de óbito entre sexos. **Resultados:** No período de 2014 a 2023 foram observadas 1.994.533 internações por insuficiência cardíaca, destas 11,35% resultaram em óbitos. A região Sudeste demonstrou um maior percentual de mortes por internação 12,69%, seguida da região Norte com 11,56%, região Nordeste com 11,00%, região Centro-Oeste com 10,17% e Região Sul com 9,53%. O ano que mais obteve óbitos por internação foi 2021, representando um valor de 13,54% de óbitos por internações. O ano de 2014 foi o que teve uma menor porcentagem de óbitos por internação com um valor de 9,84%. Das internações de pacientes do sexo feminino, 11,71% resultaram em óbitos, já as do sexo masculino, 10,86% resultaram em óbitos. A maior porcentagem de óbitos por internação foi encontrada na faixa etária de mais 80 anos com 17,21% de óbitos a cada internação, seguida pela faixa de 75 a 79 anos com 12,55%, 70 a 74 anos com 11,25%, 65 a 69 com 10,13% e menores de 1 ano com 10,02% respectivamente. **Conclusão:** As porcentagens de óbitos por internações de insuficiência cardíaca demonstraram-se sem grandes variações por região; ademais, não se encontra diferença estatisticamente significativa entre os percentuais de óbitos de mulheres e homens em internações por insuficiência cardíaca, usando o teste de qui-quadrado. Por fim, observa-se maiores percentuais de óbitos em faixas etárias mais elevadas, provavelmente pelo maior número de comorbidades associadas e ao próprio processo do envelhecimento cardíaco; contudo, nota-se ainda uma elevada frequência de óbitos entre os recém-nascidos, quando comparada às demais faixas etárias, com quase certeza, pela complexidade de muitas cardiopatias congênitas.

1561

Perfil clínico-demográfico de pacientes com TINOCA em hospital terciário referência em Cardiologia

LUCAS GUIMARÃES DA ROCHA, LUIZ FLÁVIO ANDRADE PRADO, MARCO PAULO CUNHA CAMPOS, ROBERTO CINTRA AZEVEDO ARAGÃO, TATIANA ALMEIDA BASTOS, CLEVERTON CANUTO ARAGÃO, EMANUELLA MACHADO SILVA, AUGUSTO CESAR MONTE ANDRADE, VICTOR YURI SANTOS RAMOS, MAYRA PEREIRA SOUZA BARROS, ERYCA VANESSA SANTOS JESUS e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO.

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

Fundamento: A ruptura de placas ateroscleróticas é o principal mecanismo de lesão aguda coronariana, elevando enzimas cardíacas, acarretando um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Entretanto, essas enzimas não apenas se elevam nesse contexto, caracterizando uma entidade de alta relevância clínica, com etiologia diversa: TINOCA (Troponin Increase With Nonobstructive Coronary Arteries), ainda com prognósticos incertos e apresentações graves, dividindo-se em causas cardíacas e extracardíacas, sendo imprescindível a identificação de sua etiologia. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-demográfico de pacientes com TINOCA e seu impacto prognóstico em hospital terciário referência em cardiologia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional, descritivo, baseado em registro de prontuários de pacientes admitidos em hospital terciário com diagnóstico de TINOCA (Injúria miocárdica sem lesões coronarianas obstrutivas graves $\geq 50\%$). **Resultados:** Foram 62 pacientes incluídos, 64,5% do sexo feminino, 62,5% de etnia branca, idade média de 54,6 anos, desvio padrão $\pm 4,2$. 24,5% possuíam história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) precoce. 35% tinham IAM prévio há mais de 1 ano, 6,5% tiveram, como primeira manifestação clínica de TINOCA, morte súbita abortada. Do total, 30,5% eram diabéticos, 69,5% hipertensos e 91% dislipidêmicos. 0,2% dos pacientes tinham alteração em função renal. 87,5% tinham Fração de Ejeção (FE) $< 40\%$ após o evento. 10,5% dos pacientes eram tabagistas. 67,5% tinham alterações inespecíficas no eletrocardiograma. **Conclusão:** A literatura mostra que a maioria dos pacientes afetados são do sexo masculino e engloba fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A população do estudo teve uma menor prevalência de HAS, entretanto um maior componente feminino, uma vez que procuram com maior frequência os serviços de saúde, sendo, assim, mais uma comprovação de que o sexo feminino apresenta manifestações atípicas de doença arterial coronariana. Além disso, a alta prevalência de morte súbita como manifestação inicial, mostrando que TINOCA não é uma entidade benigna, e sim com alto impacto em morbimortalidade, portanto a etiologia deve ser investigada a fundo.

1580

Os efeitos dos cuidados paliativos na insuficiência cardíaca no Brasil

ALVARO JORGE TRINDADE MACIEL, GABRIEL NUNES DE ASSUNÇÃO, LEONARDO CABRAL DOS SANTOS, LORENA COSTA DE OLIVEIRA CAVALCANTI, MARIANNA CHRISTINNA MORAIS LEAL COSTA e RAFAELA FERNANDES BARRÊTO.

Universidade Potiguar, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição grave que ameaça a continuidade da vida, demanda um tratamento complexo e pode resultar em sintomas incômodos e frequentes internações hospitalares. Os cuidados paliativos podem propiciar o acesso a uma série de medidas terapêuticas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com IC, nos diferentes estágios da doença. **Objetivo:** Avaliar os efeitos dos cuidados paliativos na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca, em comparação àqueles sem essa intervenção. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foram utilizadas as seguintes bases de dados: BVVS, PubMed, MEDLINE, LILACS e Scielo. Os descritores aplicados foram "Cuidados Paliativos" e "Insuficiência Cardíaca" com o operador booleano "AND", sendo os descritores em inglês na PubMed e na MEDLINE. Os critérios de inclusão foram: textos completos, disponíveis na língua portuguesa, com recorte temporal dos últimos 10 anos, realizados no Brasil. Os critérios de exclusão foram: textos incompletos, pesquisas não conduzidas no Brasil, falta de clareza e rigidez na metodologia, textos não disponíveis em língua portuguesa e artigos duplicados. **Resultados:** As buscas resultaram em 42 artigos encontrados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 artigos. A revisão da literatura indica melhora na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca que receberam cuidados paliativos, em comparação àqueles sem essa abordagem terapêutica. Os benefícios podem ser observados em diferentes estágios da doença até após o falecimento, no suporte emocional aos cuidadores. Dentre os efeitos observados, estão: alívio dos sintomas, bem-estar psicológico e espiritual, consolidação de uma rede de apoio e redução dos custos de tratamento. Os artigos indicaram significativa melhora na depressão, fadiga, ansiedade e redução do risco de distanásia. Não foi apresentada mudança significativa em relação à dispneia, ao comparar com outros tipos de intervenção. As dificuldades encontradas na prestação de cuidados paliativos incluem a falta de diretrizes baseadas em evidências, a compreensão limitada tanto dos prestadores de cuidados quanto dos pacientes sobre quem se beneficiaria desses cuidados, incerteza sobre o prognóstico do paciente e falta de educação e treinamento adequados para os profissionais sobre como discutir e implementar os cuidados paliativos. **Conclusão:** A análise revelou que pacientes acometidos por IC e assistidos por cuidados paliativos apresentaram melhor controle da sintomatologia em comparação àqueles sem essa intervenção e redução do risco de distanásia. No entanto, as evidências para o controle de determinados sintomas, como a dispneia, ainda são limitadas, revelando a necessidade de mais pesquisas nacionais nessa área.

1591

Avaliação das variáveis prognósticas e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca reduzida e melhorada: estudo transversal

MARIA GEYNA GAUDINO DE SIQUEIRA, ZITA AMORIM SANTOS, MAYARA MÔNICA SANTANA E SILVA, MAYARA COSTAS BARROS, CAMILA CAVALCANTE DOS SANTOS, JÚLIA DE LIMA CAVALCANTI ROCHA, MILLENA BEATRIZ FERNANDES MEDEIROS, ALICE MIRANDA DOS SANTOS, ANA CARLA SILVA DOS SANTOS, EVANDRO CABRAL DE BRITO, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, MARIA INÊS REMÍGIO DE AGUIAR, ARMÊLE DORNELAS DE ANDRADE e DANIELLA CUNHA BRANDÃO.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. A principal terminologia usada para definir IC baseia-se na Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE). Nessa abordagem, a IC com FEVE melhorada (ICFEm), é definida por pacientes com FEVE prévia <40% que tiveram um aumento de 10 pontos percentuais atingindo taxas acima de 40% e que tiveram redução do tamanho do ventrículo resultantes de intervenções terapêuticas sobre manejo clínico da IC com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER, FEVE < 40%). O Teste de Exercício Cardiopulmonar (TCPE) destaca-se como uma ferramenta essencial para avaliação da tolerância ao exercício e variáveis prognósticas dessa patologia. Neste estudo, empregamos o Questionário de Minnesota sobre Qualidade de Vida em Insuficiência Cardíaca (MLHF) e o TCPE para analisar e comparar o prognóstico e a qualidade de vida entre pacientes com ICFE reduzida e ICFEm. **Objetivo:** Investigar a qualidade de vida e as variáveis prognósticas entre pacientes diagnosticados IC com FEVEm e FEVER. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal (nº do parecer 6.655.390) conduzido de janeiro a dezembro de 2023. Foram incluídos adultos entre 18 e 65 anos com diagnóstico de IC, classificados como FEVER (FEVE <40%) ou FEVEm (FEVE <40% em um ecocardiograma e FEVE >40% em outro, com diferença de 10 pontos), e de Classes funcionais I, II, III da New York Heart Association (NYHA). Foram excluídos pacientes com IC aguda, descompensada, classe funcional IV, pneumopatas, deficiências cognitivas ou neurológicas. **Resultados:** Foram incluídos 18 participantes, sendo 12 com ICFEr e 6 com ICFEm. A idade média em ambos os grupos 52,2 e 51 anos (P=0,97). Em relação à qualidade de vida (QV), a média dos escores foi de 50,5±28 para ICFEr e 30±25 para ICFEm, sugerindo uma tendência de melhor QV no grupo ICFEm. No entanto, a análise estatística não revelou diferença (P=0,27). O consumo máximo de oxigênio (VO2máx) foi significativamente maior no grupo ICFEm, com uma média de 24,1, em comparação com o grupo ICFEr com média de 16,4 (p<0,01)). A eficiência ventilatória (VE/VC02slope) foi melhor no grupo ICFEm, com uma média de 37,9, em relação ao grupo ICFEr com média de 46,5 (p=0,07)). **Conclusão:** O grupo ICFEm apresentou melhores resultados no MLHF, indicando correlação positiva entre maior fração de ejeção e melhora na QV, entretanto, sem relevância estatística. Os participantes do grupo ICFEm demonstraram melhores respostas cardiorrespiratórias durante o exercício máximo, com melhores valores de consumo de O2, porém com eficiência ventilatória equivalente entre os grupos.

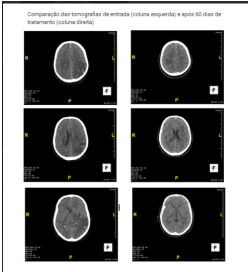
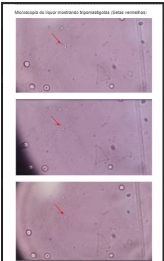
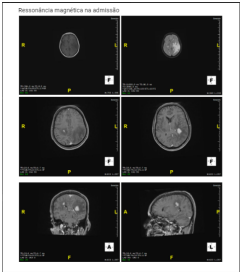
1594

Envolvimento do sistema nervoso central na reativação da Doença de Chagas: um relato de caso em receptor de transplante cardíaco

DANIELLE LOUVET GUZZELLI, VANESSA SIMIONE, FABIANA GOULART MARCONDES-BRAGA, MÔNICA SAMUEL ÁVILA, IASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, SANDRIGO MANGINI, TÂNIA MARA VAREJÃO STRABELLI e FERNANDO BACAL.

INCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A reativação da doença de Chagas em receptores de transplante de órgãos, desafiada pela imunossupressão, transforma significativamente a epidemiologia e as manifestações da infecção pelo Trypanosoma cruzi. Considerada a terceira maior causa de transplantes cardíacos no Brasil, a doença pode reativar de forma severa, incluindo neurochagas, um evento raro e grave com envolvimento do SNC (sistema nervoso central). Este relato descreve um paciente de 64 anos, transplantado cardíaco, com reativação de Chagas no SNC (neurochagas). **Relato de caso:** Homem de 64 anos, submetido a transplante cardíaco em 2021 devido a cardiomiopatia chagásica. Sob imunossupressão com tacrolimus, micofenolato de sódio e prednisona, manteve função enxerto estável (FE 64%). Em 8 de janeiro de 2024, apresentou-se com confusão mental e hemiparesia direita, desenvolvidos 15 dias antes, sem febre ou dor torácica. Avaliação física indicou afasia global, disartria, ataxia (NIHSS 8). Ecocardiograma e níveis séricos de tacrolimus estavam dentro da normalidade. Diante de sintomas neurológicos agudos, uma ressonância magnética (figura 1) evidenciou lesões cerebrais com edema perilesional extenso e realce pós-contraste, levantando suspeita de reativação da doença de Chagas com envolvimento do SNC (neurochagas). Uma punção lombar confirmou a hipótese ao identificar tripomastigotas no líquido cefalorraquidiano (figura2). Iniciou-se tratamento com benznidazol, ajustando o regime imunossupressor para azatioprina. O paciente apresentou rápida melhora, com recuperação neurológica completa em 11 dias (NIHSS 0). Recebeu alta em 15 dias, seguindo plano de manutenção do tratamento com benznidazol por 60 dias. Acompanhamento ambulatorial mostrou ausência de sintomas neurológicos, e TC de seguimento indicou redução significativa do edema e das lesões cerebrais (figura 3). **Discussão e Conclusão:** A reativação da doença de Chagas em transplantados cardíacos, desafiada pela imunossupressão, eleva riscos de manifestações graves como neurochagas. Esta condição, manifesta-se com sintomas neurológicos variados, requer diagnóstico diferencial amplo. A ressonância magnética é vital na caracterização das lesões, enquanto a análise do líquido cefalorraquidiano confirma neurochagas, revelando a presença de tripomastigotas, como no caso aqui descrito. O manejo envolve medicamentos antiparasitários, como o benznidazol, visando a erradicação do parasita e a inibição da progressão da doença. Ajustes no regime imunossupressor do paciente, como a transição do agente antiproliferativo micofenolato para azatioprina, também podem ser justificados, uma vez que o uso de micofenolato parece estar associado a uma maior incidência de reativação da Chagas. Concluindo, o diagnóstico precoce e tratamento adequado do neurochagas são essenciais para prevenir complicações graves.



1619 Fistulas coronarianas para seio venoso repercutindo com disfunção de ventrículo direito DANIELLE LOUVET GUZZELLI, ALINE CARBONERA, CIRO BEZERRA VIEIRA, NATÁLIA CARVALINHO, BRUNO BISELLI, MATHEUS PERCEGONI FIGUEIRA, SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA, PAULO CHIZZOLA, ROBINSON MUNHOZ e EDIMAR ALCIDES BOCCHI. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, BRASIL - INCOR, São Paulo, SP, BRASIL. Fundamento: A fistula de artéria coronária, comunicação rara entre artérias coronárias e câmaras cardíacas/vasos, manifesta-se de forma assintomática ou sintomática por complicações de shunt. Este relato descreve um caso único de adulto com duas fistulas (coronária direita e circunflexa) para o seio venoso, causando hiperfluxo em câmaras cardíacas direitas e disfunção de ventrículo direito. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, com um histórico de infecções recorrentes do trato respiratório inferior e diagnóstico de fibrilação atrial aos 45 anos. Em 2020, foi hospitalizada devido a progressiva dispnéia ao esforço e edema de membros inferiores. Durante a internação, ecocardiograma transtorácico revelou aumento significativo das cavidades direitas, insuficiência tricúspide grave e disfunção moderada do ventrículo direito, enquanto ventrículo esquerdo com função preservada (fração de ejeção de 59%) e sem alterações. Realizada angiografia coronariana, a qual demonstrou fistulas coronarianas de alto débito da artéria coronária direita e da artéria circunflexa para o seio coronário, ambas com dilatação importante (11,61mm e 17,62mm, respectivamente), acompanhadas de hiperfluxo pulmonar (fluxo sanguíneo pulmonar de 6,3 l/min) e aumento das pressões nas câmaras direitas do coração (pressão arterial sistólica no ventrículo direito de 36mmHg e pressão diastólica de 18 mmHg) (figura1). Após a alta hospitalar, permaneceu com dispneia ao realizar atividades extra habituais, com subsequente necessidade de internação devido à descompensação da insuficiência cardíaca. Durante esse período, uma nova angiografia coronariana com cateterismo das câmaras direitas foi realizada, revelando um aumento no diâmetro das coronárias mencionadas anteriormente (11,61mm para 15,86mm na artéria coronária direita e 17,62mm para 25,72mm na artéria circunflexa), além de um aumento no fluxo pulmonar. Um novo ecocardiograma transtorácico mostrou uma deterioração adicional da função ventricular direita, agora com disfunção importante. Discussão e Conclusão: As fistulas coronarianas têm prevalência estimada na população de 0,002%. A apresentação mais rara tem origem na coronária circunflexa e drenagem em câmaras cardíacas esquerdas ou seio venoso, como no caso relatado. A disfunção de ventrículo direito secundária ao hiperfluxo decorrente da fistula coronariana é uma complicação muito rara e não há descrição de prevalência na literatura. O tratamento também é controverso, podendo permanecer expectante, ou correção percutânea ou cirúrgica. Diante da progressão observada no diâmetro das coronárias, no fluxo sanguíneo pulmonar e na disfunção ventricular direita, foi optado por indicação de tratamento cirúrgico das fistulas coronarianas da paciente relatada. Nenhum caso semelhante foi encontrado na literatura.

1621 Análise do perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante cardíaco em Curitiba, PR ALINE CARBONERA, MARCELY GIMENES BONATTO e ANDRESSA OLIVEIRA COIRADAS. Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL. Fundamento: O transplante cardíaco é uma opção terapêutica para pacientes com insuficiência cardíaca avançada refratária ao tratamento clínico otimizado. Apesar do Brasil ter o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo, os dados sobre o perfil epidemiológico dos pacientes transplantados ainda são escassos. Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante cardíaco em Curitiba-PR e comparar com dados internacionais fornecidos pela Internacional Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Delineamento, Materiais e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo, através da análise de prontuários de todos os pacientes submetidos a transplante cardíaco no Hospital Santa Casa de Curitiba no período de 2011 a 2022. Resultados: Foram realizados 130 transplantes cardíacos no período e local selecionado. Prevalence receptores do sexo masculino (75,4%), brancos (80,8%) e tipagem sanguínea O (44,6%). A média de idade dos receptores foi de 50,8 anos, com média de índice de massa corporal (IMC) de 26,2 Kg/m2. O tempo de espera em lista para transplante cardíaco foi variável com uma média de 135,2 dias (máximo de 1288 dias e mínimo 1 dia). Sobre etiologia, a mais comum foi idiopática (39,7%), seguida por isquêmica (15,5%) e chagásica (12,1%). Foram realizados 79 (60,8%) transplantes de pacientes em caráter de priorização, sendo o critério mais comum o uso de droga vasoativa (96,2%). Além desses, 3 pacientes estavam em uso de dispositivos de assistência ventricular (1 em uso de balão intraaórtico e 2 em uso de circulação extracorpórea - ECMO). O tempo médio de isquemia foi de 164,2 minutos. Em comparação aos dados internacionais, o receptor do nosso estudo apresentou-se mais jovem e com prevalência de tipagem sanguínea O (enquanto prevalece tipagem sanguínea A e mediana de idade de 55 anos pelos dados internacionais) e maioria dos procedimentos realizados em caráter de priorização (enquanto apenas 44,6% dos pacientes ISHLT estavam hospitalizados). Conclusão: O perfil epidemiológico do paciente receptor apresentou-se semelhante aos dados internacionais em relação a média de IMC, sexo e etiologia mais comum não isquêmica. Em contrapartida, nossos receptores apresentaram-se mais jovens e com maior prevalência de realização do transplante cardíaco em caráter de priorização.
--

1626
Análise de determinantes de saúde na mortalidade por insuficiência cardíaca no estado de PE entre 2018 e 2022 NICOLLE INTERAMINENSE GATTÁS, MARIA CAROLINA LEAL SILVA, MARIANA LUCENA LOUREIRO, ISABELLE PEREIRA LIMA, YLINA PEREIRA DE MESQUITA, LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, ANA SOFIA REMÍGIO CARVALHEIRA, YASMIN FONTES SCHMIDT, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, KAIKY PEDRO DE SOUZA FREITAS e DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL. Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma causa significativa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, representando um ônus substancial para os sistemas de saúde e uma preocupação crescente de saúde pública. Analisar os determinantes de saúde na mortalidade por IC pode revelar disparidades e desigualdades na distribuição da doença, abrindo caminho para a formulação dos perfis demográficos mais afetados, o que favorece a implementação de políticas de prevenção e promoção de saúde efetivas que garantam a equidade em saúde. Objetivo: Analisar os determinantes de saúde na mortalidade secundária a Insuficiência Cardíaca entre 2018 a 2022 no estado de Pernambuco. Delineamento, Materiais e Métodos: Estudo quantitativo transversal da taxa de mortalidade secundária a Insuficiência Cardíaca de 2018 a 2022, realizado a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), por meio do banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS). Incluíram-se as variáveis: taxa de mortalidade, número de óbitos, etnia, faixa etária, escolaridade e ano de ocorrência. Resultados: No período de 2018 a 2022, ocorreram 4601 mortes por IC no estado de Pernambuco. A distribuição desses óbitos por cada determinante epidemiológico do estudo dividiu-se em: gênero, com mulheres representando 50, 57% dos óbitos e homens 49,38%; raça, com a população branca representando 32,88% dos óbitos, preta 7,56%, amarela 0,39078%; parda 57,55% e indígena 0,2608%. Quanto ao tempo de escolaridade, do total dos óbitos referidos 32,21% não informaram qualquer escolaridade nenhuma escolaridade representou 32,21% dos óbitos, 1 a 3 anos 23,91%, 4 a 7 anos 15,67%, 8 a 11 anos 10,5% e 12 ou mais 2,89%. No que se refere à faixa etária, indivíduos menores que 29 anos representaram 0,67% dos óbitos por IC, 30 a 39 anos 1,56%, 10 a 19 anos 4,02%, 50 a 59 anos 9,11%, 60 a 69 anos 16,76%, 70 a 79 anos 25,28% e acima de 80 anos 42,55%. Por fim, em relação ao estado civil, a população solteira representou 27,65% dos óbitos por IC em PE, casados 31,14%, viúvos 30,12%, separados judicialmente 4,28% e outros 2,15%. Conclusão: De 2018 a 2022, observou-se um maior número de óbitos por IC entre mulheres, além de elevação do número de óbitos de acordo com o aumento da faixa etária acometida, especialmente após os 80 anos de idade. O maior número de óbitos em indivíduos com baixa escolaridade reforça o impacto dos aspectos sociodemográficos na mortalidade por IC no Brasil. Além disso, os dados demonstraram uma disparidade racial, tendo em vista a mortalidade elevada entre indivíduos pardos. Não foi verificada diferença significativa em relação ao estado civil.

1627
Perfil epidemiológico dos pacientes doadores de coração no Paraná, PR ALINE CARBONERA, MARCELY GIMENES BONATTO e ANDRESSA OLIVEIRA COIRADAS. Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL. Fundamento: O Brasil tem o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo com uma média de 340 transplantes de coração por ano. Com objetivo de reduzir as complicações pós-operatórias imediatas ou tardias que resultam em disfunção ou perda do aloenxerto (e necessidade de retransplante) ou evolução para óbito, a seleção criteriosa do paciente doador, bem como do receptor, é fundamental. Apesar disso, poucos dados são publicados sobre o perfil dos pacientes doadores de órgãos. Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes doadores de coração no Paraná-PR e comparar com dados internacionais fornecidos pela Internacional Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Materiais e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo, através da análise de prontuários de pacientes doadores de coração para transplantes cardíacos realizados no Hospital Santa Casa de Curitiba no período de 2011 a 2022. Resultados: Foram analisados 130 doadores de coração. O perfil dos pacientes apresentou homogeneidade, com média de idade de 27,3 anos, média de Índice de massa corporal (IMC) de 25,1 kg/m², prevalência de sexo masculino (89,2%), brancos (78,3%) e tipagem sanguínea O (63,8%). A causa de óbito mais registrada foi trauma craniocerebral (TCE) correspondendo a 80,8%, seguido por acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico (11%) e isquêmico (5%). A comorbidade mais comum foi uso de álcool (17,7%). Com relação à internação, 79% dos doadores estavam em uso de droga vasoativa (98% noradrenalina, 1% dopamina, 1% dobutamina) e 23% apresentaram quadro infeccioso tratado (78,1% foco pulmonar, 6,3% foco indeterminado, 3,1% cutâneo, 3,1% urinário e 3,1% sistema nervoso central). Em comparação aos dados internacionais, os doadores analisados apresentavam-se mais jovens (27,3 anos versus 35 anos), com causa mortis mais comum TCE seguido por AVE (enquanto prevalece AVE na América do Norte e TCE na Europa e outras regiões). Os doadores do nosso estudo registravam uso de álcool em 17,7%, sem outras comorbidades conhecidas, enquanto os dados internacionais registram prevalência de diabetes mellitus, tabagismo, cocaína e outras drogas. Conclusão: O perfil epidemiológico dos pacientes doadores de coração no período analisado foi discrepante em comparação aos dados internacionais com relação a idade, causa mortis e comorbidades. Prevaleceu doadores mais jovens, com causa mortis mais comum TCE e ausência de comorbidades conhecidas.

1673

Dieta cetogênica: potencial para modular processos metabólicos e melhorar a insuficiência cardíaca?

MARIA ISABELE CARNEIRO PESSOA DE SANTANA, RENATO MARTINS PEDROSA e LUIZ GUSTAVO DE LIMA VASCONCELOS GESTEIRA.

Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Entre as estratégias terapêuticas emergentes para gerenciar a insuficiência cardíaca, a dieta cetogênica tem ganhado atenção crescente devido ao potencial para modular processos metabólicos e melhorar a função cardíaca. À medida que a insuficiência cardíaca se desenvolve, o coração utiliza corpos cetônicos em taxas aumentadas, indicando uma resposta adaptativa ao estresse. Assim, o aumento da disponibilidade de cetona no corpo exerce efeitos protetores contra a insuficiência cardíaca. No entanto, embora seja a abordagem amplamente utilizada para aumentar a disponibilidade do corpo de cetonas, a dieta cetogênica mostra efeitos cardioprotetores limitados contra a insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Investigar o potencial da dieta cetogênica na modulação de processos metabólicos e na melhora da insuficiência cardíaca. **Materiais e Métodos:** Revisão integrativa de literatura nas bases de dados MEDLINE (Via PubMed), SciELO e LILACS, como referencial temporal os últimos cinco anos. Foram excluídos os artigos que relacionavam a cetogênese terapêutica com a insuficiência cardíaca associada a outras patologias cardiovasculares. **Resultados:** Foram localizados 26 registros, dos quais 14 foram excluídos após leitura dos títulos e resumos. Após leitura completa, quatro foram excluídos. Assim, oito foram incluídos para esta revisão. As evidências apontaram que a infusão do corpo cetônico β-hidroxibutirato (β-OHB) melhorou a função cardíaca no coração infalido. A infusão aguda de β-OHB exerce uma melhoria hemodinâmica significativa em humanos com insuficiência cardíaca. Entretanto, a alimentação crônica de dieta cetogênica desequilibra o metabolismo dos ácidos graxos, resultando em efeitos adversos. Além disso, o aumento moderado de corpos cetônicos observados em pacientes com insuficiência cardíaca constitui um mecanismo compensatório para neutralizar a hipóxia, devido aos corpos cetônicos exigirem menos oxigênio do que os ácidos graxos para gerar uma quantidade semelhante de Adenosina Trifosfato (ATP), que pode proteger periodicamente órgãos privados de oxigênio, como o coração isquêmico, com uma fonte de energia oxidativamente eficiente. Ocorreu também um aumento dependente da dose no débito cardíaco de até 2L/min e um aumento de 8% na fração de ejeção do ventrículo esquerdo como resultado de uma infusão exógena de corpos de cetona. **Conclusão:** A alimentação de dieta cetogênica por dia alternado é uma estratégia melhor para modular processos metabólicos e melhorar a insuficiência cardíaca do que a alimentação contínua. São necessárias mais pesquisas para elucidar completamente os efeitos a longo prazo da dieta cetogênica na insuficiência cardíaca e identificar quais subgrupos de pacientes podem se beneficiar mais dessa abordagem dietética.

1758

Estratégias anestésicas em pacientes com feocromocitoma: uma revisão integrativa sobre estabilidade hemodinâmica

GISELLE FERNANDA TENORIO MEDEIROS OLIVEIRA, LEVI DE MELO AMORIM, ARTHUR MARTINS CANUTO, THYAGO DOS ANJOS FERREIRA, VÍVIAN EMANUELLE SILVA MARINHO OMENA, GABRIEL SILVA DOS ANJOS, GABRIEL QUIRINO LIMA, VINICIUS SANTANA DE ALENCAR, ALICE ANDRADE ALMEIDA, ANNIE LIS DE LIMA, THOMAS DE CARVALHO LIMA PAIVA, VINICIUS RODRIGUES ALBUQUERQUE, FELICE CAXICO DE ABREU GALDINO, JOÃO VICTOR ROSEDO CAMPOS e WBIATAN DE LIMA SOUZA.

CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - UNIMA, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Introdução: O manejo cirúrgico do feocromocitoma (FEO) apresenta desafios significativos devido à liberação paroxística de catecolaminas durante a cirurgia (adrenalectomia), resultando em picos hipertensivos agudos, exigindo um manejo anestésico preciso para resultados bem-sucedidos. Notavelmente, é crucial antecipar a possibilidade de hipotensão, uma vez que o bloqueio alfa-adrenérgico - prática pré-operatória recorrente no manejo cirúrgico do FEO para estabilizar a pressão arterial - pode levar a uma queda pressórica abrupta durante o procedimento. Tal fato deve ser cautelosamente considerado por anestesistas - uma vez que a própria anestesia pode complicar esse cenário de instabilidade hemodinâmica, tipicamente pela exacerbação do quadro hipotensivo. **Objetivo:** Avaliar estratégias anestésicas para adrenalectomias em FEO, enfatizando a estabilidade hemodinâmica e os desfechos cardiovasculares em geral. **Materiais e Métodos:** Esta revisão integrativa empregou a estratégia PICO para a seleção de literatura relevante, limitando-se aos estudos publicados nos últimos 10 anos. A pesquisa foi conduzida até março de 2024 nas bases de dados PubMed e BVS, utilizando os descritores "Anesthesia", "Pheochromocytoma", "Cardiovascular Disease" e "Hemodynamics". Dentre os 111 estudos inicialmente identificados, 20 foram selecionados e incluídos nesta revisão, com base em critérios de inclusão estabelecidos a priori. **Resultados:** Observou-se que, em relação aos impactos circulatórios, a hipotensão intraoperatória foi alta, especialmente com anestesia epidural (EA) e geral-epidural (GE). A GE resultou em maior hipotensão intraoperatória comparada à anestesia geral isolada (88,7% vs. 64,7%). No pós-operatório, a EA esteve associada a uma maior incidência de hipotensão (58,8% vs. 25,0%). Por outro lado, complicações pós-operatórias foram menos frequentes com a GE do que com anestesia geral isolada (6,0% vs. 23,9%). Embora EA e GE tenham benefícios, aumentam significativamente o risco de hipotensão, destacando a importância da monitorização cuidadosa e preparação para gerenciar esses contratempos. **Conclusão:** O manejo anestésico ótimo requer equilibrar o controle hemodinâmico intraoperatório e minimizar complicações pós-operatórias por meio de abordagens personalizadas. A atenção especial à hipotensão é imperativa, e pesquisas adicionais, especialmente ensaios controlados randomizados, são necessárias para esclarecer o papel das técnicas anestésicas combinadas na melhoria dos resultados, enfatizando a importância da colaboração multidisciplinar no cuidado cirúrgico do FEO. **Palavras-Chave:** feocromocitoma; anestesia; hemodinâmica.

1778

Avaliação de rejeição aguda celular em pacientes transplantados cardíacos com ressonância magnética - MAPA T1: análise parcial

LUIS PAULO DE MIRANDA ARAUJO SOARES, FERNANDO BACAL, CESAR HIGA NOMURA, ROBERTO NERY DANTAS JR, FABIANA G MARCONDES-BRAGA, IASCARA WOZNIAC DE CAMPOS, SANDRIGO MANGINI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO e MÔNICA SAMUEL ÁVILA.

INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Entre as complicações precoces mais frequentes após transplante cardíaco (TxC) está a rejeição aguda celular (RAC). No primeiro ano de seguimento, 20-30% dos pacientes apresentam ao menos um episódio de RAC com necessidade de tratamento específico. O método padrão-ouro para definir o diagnóstico é a biópsia endomiocárdica (BEM). Embora seja considerada segura, apresenta taxa de complicações de até 4%, traz desconforto ao paciente, além de custo elevado. Por isso, nos últimos anos, cresce a procura por métodos capazes de diagnosticar rejeição de forma não invasiva. Dentre os métodos disponíveis, a ressonância magnética cardíaca (RMC) com MAPA T1 tem demonstrado papel promissor na detecção de RAC em TxC. **Objetivo:** Avaliar a acurácia entre a RMC com MAPA T1 e a BEM para diagnóstico de RAC em transplante cardíaco. **Materiais e Métodos:** Foram incluídos pacientes submetidos ao TxC, após realização da primeira BEM e sem rejeição prévia, durante os 3 primeiros meses após a cirurgia. As RMC foram realizadas de forma pareada à BEM de rotina, com 1,5 T scanner (Titan, Canon Medical System Corporation). O mapeamento T1 foi realizado com a sequência Modified Look-Locker Inversion Recovery, com padrão de amostragem 5/3/3. Foram obtidos as variáveis T1 nativo e Volume Extracelular (VEC), que foram utilizados para comparação com o resultado da BEM. A classificação de RAC foi realizada conforme a última revisão da International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Conforme o resultado da BEM, os pacientes foram divididos em 2 grupos: negativo (0R, 1R) e rejeição tratável (2R, 3R). Ambos os grupos foram comparados com um grupo controle de voluntários saudáveis. O tamanho amostral de 40 pacientes foi estimado para um poder de 80% e α de 0,05, baseado nos resultados publicados por Imran e colaboradores (2019). Para avaliar a acurácia das medidas T1 nativo e VEC, obtiveram-se as curvas ROC com determinação de suas perspectivas áreas sob a curva (AUC), a partir da qual foi calculada a sensibilidade e especificidade de cada uma, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram incluídos 45 pacientes, com taxa de rejeição significativa de 33% (n=15). Até o momento, foi obtido o resultado parcial com análise de 23 casos, em que houve diferença significativa entre os grupos controle, biópsia negativa e rejeição tratável, tanto na análise do T1 nativo (p=0,001), quanto do VEC (p=0,001). Obteve-se AUC de 0,87 para o T1 nativo com especificidade e sensibilidade de 94,4% e 80% para um ponto de corte diagnóstico de 1033 ms. Para a VEC foi encontrada a AUC de 0,84 com especificidade de 100% com sensibilidade de 60% para um valor de corte de 40,5%. **Conclusão:** A análise parcial dos dados permite sugerir que o mapa T1 tem boa acurácia diagnóstica para RAC nos pacientes incluídos.

1796

Disautonomia simpática através da cintilografia miocárdica e presença ventilação oscilatória por exercício em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida: um estudo transversal

MILLENA BEATRIZ FERNANDES MEDEIROS, BRUNA T. S ARAÚJO, JESSICA C LEITE, SIMONE C. S BRANDÃO, EVANDRO C BRITO, RODRIGO M.D CARNEIRO, MARIA I. R AGUIAR, SILVIA M. M ALVES, ARMELE D ANDRADE, TALYSSA B S SANTOS, TRYCIA E S PEREIRA, MARIA G A COELHO, ANA C S SANTOS, JULIANA A F SOUZA e DANIELLA C BRANDÃO.

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, BRASIL.

Fundamento: Anormalidades ventilatórias durante o exercício, como a ventilação oscilatória ao exercício (EOV), além da disautonomia simpática (DS), estão presentes em vários pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e podem impactar negativamente a tolerância ao exercício e a mortalidade nesses indivíduos. Apesar da influência tanto da DS quanto da EOV na fisiopatologia da IC, há escassez de estudos que retratem a coexistência de ambas as condições em pacientes com esta doença. **Objetivo:** Verificar se pacientes com IC redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) associada à disfunção autonômica têm maior probabilidade de apresentar EOV e maior ocorrência de eventos cardíacos, e se esses pacientes apresentam pior resposta cardiovascular ao se exercitar. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo piloto transversal com amostra não probabilística conduzido pelas recomendações da Declaração STROBE. A amostra foi composta por indivíduos de 21 a 65 anos, com diagnóstico de IC, com ou sem disautonomia simpática, de ambos os sexos e não praticantes de atividade física. Utilizamos o teste de esforço cardiopulmonar e cintilografia miocárdica com 123I-MIBG para avaliar a função cardíaca e a atividade adrenérgica em pacientes. O teste de esforço foi feito em uma esteira com monitoramento de variáveis respiratórias, enquanto a cintilografia registrou imagens do coração após a administração de 123I-MIBG. Parâmetros como relação coração-mediastino e taxa de washout foram usados para avaliar a hiperatividade adrenérgica. Os pacientes foram divididos em dois grupos com base nesses resultados: com e sem disfunção simpática. A análise estatística foi realizada no SPSS versão 20.0. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a distribuição dos dados. Para associação das variáveis categóricas, foram realizadas correlações de Pearson e o teste exato de Fisher. O nível de significância foi definido como p<0,05. **Resultados:** Foram avaliados 18 (dezoito) pacientes e 80% daqueles com DS apresentaram EOV. Houve uma correlação entre a taxa cardíaca-mediastino tardia e o processo de washout com o número de eventos. (r = -0,66; p = 0,018 e r = 0,65; p = 0,022). **Conclusão:** Observou-se maior percentual de pacientes com EOV naqueles indivíduos com IC que apresentavam DS. Estes dados sugerem a necessidade de uma avaliação precisa dessa população, pois a presença de DS e EOV pode afetar o desempenho cardiorrespiratório destes pacientes. Assim, o conhecimento de tais distúrbios possibilita um melhor direcionamento do tratamento.

1831

Retransplante cardíaco sequencial: uma história de sucesso após 3 enxertos em paciente com Doença de Chagas

PAÔLA CARDOSO PRETO, RAIANA SANTOS LINS, NICOLE MALDONADO GIOVANETTI, VICTOR DE MELLO MATTOS BEMFICA, RAPAHEL ROSSI, PLÍNIO WOLF, AIRTON SALVIANO, MARCO AURÉLIO FINGER, CAROLINA CASADEI e JOÃO MANOEL ROSSI.

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

Fundamento: A sobrevida dos pacientes transplantados aumentou nas últimas décadas, assim como suas complicações agudas e tardias, tornando o retransplante cardíaco (RTxC) uma opção do tratamento, compondo 3% dos transplantes realizados no mundo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 59 anos, portadora de miocardiopatia chagásica com insuficiência cardíaca avançada e transplante cardíaco ortotópico aos 33 anos de idade em 07/1997. Dois meses após, foi reinternada por pericardite constrictiva e rejeição aguda celular grave, evoluindo com critérios para RTxC, que foi realizado com sucesso em 10/1997. Nas biópsias subsequentes, apresentou novos episódios de rejeições, além de associação com miocardite por reativação da Doença de Chagas (DCh), sendo realizadas pulsoterapias com metilprednisolona e tratamento com benzonidazol. Nos 14 anos seguintes, evoluiu com múltiplas reativações de DCh, além de piora da classe funcional e doença vascular do enxerto (DVE), sendo novamente alocada para a fila de transplante cardíaco, que foi realizado em 11/2011. Atualmente, encontra-se assintomática, com função biventricular preservada, com PCR para Chagas e painel imunológico negativos. **Discussão:** Mesmo quatro décadas após o primeiro RTxC em 1977, a literatura ainda é escassa no que diz respeito às indicações e seguimento desses pacientes. Alguns critérios predizem melhores resultados, como: DVE, tempo após o primeiro transplante >1 ano, bem como a ausência de malignidade, hipertensão pulmonar ou demais disfunções orgânicas. Atualmente, a sobrevida no 1º ano dos pacientes submetidos ao RTx cardíaco assemelha-se àqueles submetidos ao transplante primário (80% vs. 85,4%, respectivamente). No Brasil, a cardiomiopatia chagásica é a 3ª causa mais comum de transplante cardíaco. Embora estes pacientes costumam evoluir com melhores desfechos após o transplante, a reativação da DCh e a disfunção ventricular grave são indicações para o RTxC. **Conclusão:** RTxC é uma opção razoável de tratamento para receptores selecionados. Devido à escassez de doadores, a opção de RTxC não é consensual e a seleção deve ser cuidadosa. No caso relatado, o terceiro transplante cardíaco proporcionou, até o momento, uma sobrevida de 13 anos para a paciente, contribuindo para a ideia de que a taxa de mortalidade para o terceiro transplante cardíaco é aceitável e não proibitivo.

1851

Cardiomiopatia dilatada: apresentação da mutação genética da FLN-C em paciente jovem candidato a transplante

CAROLINA CASADEI DOS SANTOS, GUILHERME EGIDIO ROCHA SCATOLA, TATIANE BATALHA DE CASTRO, MARCO AURELIO FINGER, JOÃO MANOEL ROSSI NETO, VICTOR BEMFICA MATTOS e AIRTON SALVIANO.

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

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é comum, com prevalência de 1/250 a 1/500 na população geral. É a principal causa de transplante cardíaco. Quando sua etiologia não é bem definida a investigação de uma causa genética se faz relevante. Em 40% é encontrada uma variante genética que pode explicar o fenótipo cardíaco encontrado. A prevalência de variantes do* gene da filamina-C (FLNC) em pacientes com CMD é de até 4,5%. Tais mutações foram inicialmente relacionadas a uma forma de miopatia miofibrilar esquelética associada, em alguns casos, a uma forma não especificada de "cardiomiopatia". Por isso, desde 2012, o FLNC foi incluído na triagem genética de pacientes com cardiomiopatias hereditárias e morte súbita. **Relato de caso:** Masculino, 15 anos, previamente hígido, deu entrada em pronto-socorro por primo-descompensação de Insuficiência Cardíaca em Perfil C. Relato de apresentar há semanas: fadiga, cansaço e dispnéia aos esforços. A progressiva piora dos sintomas o fez buscar a emergência. Histórico familiar de CMD (mãe), com morte súbita aos 40 anos. O fato levantou hipótese para uma possível hereditariedade genética como etiologia à sua condição cardíaca. Ao ecocardiograma mostrou aumento importante das câmaras cardíacas esquerdas, com hipocontratilidade miocárdica difusa (FEVE=18% pelo Simpson). Disfunção Sistólica do Ventrículo Direito (FAC 18%) e sinais de hipertensão pulmonar. Foi realizada uma Ressonância Magnética Cardíaca, que demonstrou presença de realce tardio com morfologia não isquêmica sugerindo um padrão de cardiomiopatia genética. Após tentativas de otimização do tratamento e falhas no desmame do inotrópico, o transplante cardíaco foi considerado como única proposta terapêutica possível. Foi realizado teste genético para cardiomiopatias hereditárias, apresentando a variante patogênica no gene FLNC. Pacientes segue estável e em lista para o Transplante Cardíaco em uso de inotrópico. **Conclusão:** A pesquisa genética desempenha um papel importante na busca pela etiologia da Insuficiência Cardíaca presumivelmente idiopática. Especialmente por levar a diagnósticos mais específicos e oferecer um manejo mais adequado ao paciente. Em casos em que as alterações genéticas estejam associadas a um alto risco de morte súbita o implante de CDI pode ser indicado conforme a orientação das últimas diretrizes. Por isso, em pacientes com insuficiência cardíaca idiopática, o teste genético deve ser considerado como parte da investigação diagnóstica. Com finalidade de uma estratificação de risco mais precisa e a implementação de medidas terapêuticas de relevância prognóstica.

1887

Desempenho do escore MAGGIC em pacientes com insuficiência cardíaca em hospital brasileiro: uma ferramenta aplicável?

GABRIELA GOMES DE PAULA, MARIA EDUARDA KAMINSKI, DAYANA DIAS MENDONÇA, GABRIELA CORREA SOUZA, LUIS EDUARDO PAIM ROHDE, LUIS BECK DA SILVA NETO e ANDREIA BIOLO.
UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome que resulta em redução da qualidade de vida, custos altos e, apesar de muitos avanços terapêuticos, ainda apresenta elevada mortalidade. A avaliação prognóstica é fundamental para a tomada de decisões no manejo desses pacientes. Porém, antes de serem utilizados na prática clínica, os escores prognósticos precisam ser validados localmente. **Objetivo:** Avaliar o desempenho do escore prognóstico MAGGIC em pacientes brasileiros com IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte em pacientes adultos que consultaram o ambulatório de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre 2012 e 2014. Foram coletados, através dos prontuários médico eletrônicos, dados clínicos e sociodemográficos, e realizado seguimento de até 3 anos. Foi avaliado o desempenho do escore MAGGIC separando os pacientes em 3 grupos de risco: baixo (≤ 20), médio (21-28) e alto (≥ 29). Para cada grupo, foi consultada a mortalidade esperada - conforme escore médio - e comparada com a respectiva mortalidade observada. O desfecho foi mortalidade por todas as causas. A acurácia do escore foi analisada com a construção da curva ROC, e para análise de sobrevivência foi utilizado o método Kaplan-Meier e testes Log-Rank. Todas as análises foram realizadas no Software SPSS - versão 18. **Resultados:** Foram incluídos 344 pacientes (64,8% homens, idade média 61 ± 13 anos, 80,5% brancos), sendo 36,6% de etiologia isquêmica e 19,5%, hipertensiva; 81,7% em classe funcional NYHA I ou II, e a FEVE média foi de $34 \pm 5\%$. Em 3 anos, a mortalidade foi de 27,6%. O escore MAGGIC médio foi de $18,3 \pm 7,5$, sendo $22,7 \pm 7$ nos pacientes que foram a óbito e $16,6 \pm 7$ nos sobreviventes ($p < 0,001$). A mortalidade observada aumentou significativamente conforme o grupo de risco MAGGIC: 17,9% no baixo risco, 40,2% no médio e 58,8% no alto ($p < 0,001$), e foi similar à mortalidade esperada (14,6%, 34,2% e 62,5% nos grupos de baixo, médio e alto risco, respectivamente). A curva ROC teve uma capacidade discriminatória com área sob a curva de 0,737 (0,683-0,792). **Conclusão:** O escore MAGGIC apresentou adequado poder discriminatório para definição de grupos de risco nesta população de pacientes brasileiros com IC. A incorporação desta ferramenta pode auxiliar na avaliação prognóstica, tão essencial à tomada de decisões no contexto desta doença.

1896

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: impactos clínicos e estratégias de manejo em pacientes com comorbidades associadas

FELICE CAXICO DE ABREU GALDINO, JOÃO VICTOR ROSENDO CAMPOS, ALICE ANDRADE ALMEIDA, YURI CAVANCANTI ALBUQUERQUE TENORIO, GISELLE FERNANDA TENÓRIO MEDEIROS OLIVEIRA, ARTHUR MARTINS CANUTO, LEVI DE MELO AMORIM, VÍVIAN EMANUELLE SILVA MARINHO DE OMENA, THYAGO DOS ANJOS FERREIRA, VINÍCIUS SANTANA DE ALENCAR, GABRIEL SILVA DOS ANJOS, GABRIEL QUIRINO LIMA, ANNIE LIS DE LIMA FERREIRA, THOMAZ DE CARVALHO LIMA PAIVA e VINÍCIUS RODRIGUES ALBUQUERQUE.
CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - UNIMA, Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), corresponde a mais da metade de todas as insuficiências cardíacas diagnosticadas e a sua prevalência está em constante crescimento. Tal condição apresenta baixa qualidade de vida com alta intolerância a exercícios, hospitalizações frequentes e aumento da mortalidade. Contudo, apesar da incidência da doença estar elevada, o seu prognóstico vem apresentando piora importante, uma vez que sua fisiopatologia não está totalmente compreendida e os seus recursos para o tratamento não apresentam consenso. É importante ressaltar que o risco de morte em pacientes com ICFEP aumenta de acordo com a carga das comorbidades apresentadas pelo paciente, dentre elas incluindo obesidade, diabetes e hipertensão, associados a idades avançadas. Visto isso, fica claro a necessidade da discussão sobre o tema, tendo em vista que a população atual apresenta aumento das comorbidades e a ICFEP é uma causa tão presente nos dias de hoje e com tantos desafios a serem superados. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo investigar os desafios de diagnóstico e prognóstico e discutir o manejo da ICFEP em Pacientes com Comorbidades. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foram realizadas buscas na base de dados PubMed, entre os anos de 2019 e 2024, com a combinação dos descritores "PRESERVED" EJECTION FRACTION"; "HEART FAILURE" and COMORBIDITIES, com operador booleano "AND". Foram encontrados 74 artigos no total, sem artigos duplicados. Com base na leitura dos títulos e resumos, foram escolhidos 4 artigos que se adequam ao objetivo do trabalho. **Resultados:** Além da alta frequência de diagnósticos "falsos positivos", existe uma grande parcela de pacientes, especialmente idosos, que são diagnosticados de forma equivocada devido à semelhança dos sintomas da ICFEP com o envelhecimento fisiológico e a presença de comorbidades. Tal obstáculo é crítico para um bom prognóstico dos paciente, que apesar de não possuir tratamento específico, atualmente concentram-se em diuréticos, para reduzir a congestão, e recentemente, temos os inibidores do co-transportador 2 de sódio-glicose (ISGLT2) como medicação que melhora sintomas da ICFEP, embora não reduzam a mortalidade. Juntamente a, intervenções no estilo de vida, com práticas de exercício físico assistidas, perda de peso e o manejo das comorbidades associadas, como doença arterial coronariana e fibrilação atrial, vem resultando em um bom desenvolvimento e melhora da morbimortalidade da doença, contudo, se faz necessário a realização do diagnóstico precoce para que a doença não evolua. **Conclusão:** Conclui-se que, o diagnóstico precoce, especialmente para os pacientes com idade mais avançada, garante um melhor prognóstico, mesmo que o tratamento para a ICFEP ainda não seja tão específico.

1909

Compreensão da experiência de finitude de sujeitos acometidos por insuficiência cardíaca

THIAGO MARTINS DE SOUSA, LORENA CAMPOS DE SOUSA, AMANDA CABOCLO FLOR, LÚCIA DE FÁTIMA DA SILVA, VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, MARINA DE GÓES SALVETTI e VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA.

Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca lidera as internações e taxas de morbi-mortalidade entre as doenças cardiovasculares, constituindo, assim, um problema de saúde pública. O sujeito acometido pela insuficiência cardíaca refratária enfrenta limitações físicas, com perda de autonomia, quadros de exacerbação dos sintomas e a experiência de fim de vida. **Objetivo:** Descrever a experiência de pacientes em fim de vida decorrente de insuficiência cardíaca refratária. **Materiais e Métodos:** Estudo compreensivo, elaborado a partir de uma abordagem qualitativa. Teve como local e cenário do estudo um hospital de referência no Norte-Nordeste do Brasil, em unidade de internação exclusiva para tratamento clínico de pacientes com insuficiência cardíaca. Participaram do estudo pacientes internados em estágio D, sem proposta modificadora do curso da doença, ou seja, não responsivos ao arsenal terapêutico disponível. As informações foram obtidas por meio de entrevista semi-estruturada, gravadas e posteriormente transcritas para análise compreensiva com o apoio de referências relacionadas aos temas emergentes. O estudo foi aprovado pelo CEP competente com parecer de número 4.975.015. **Resultados:** Onze pacientes foram entrevistados. Todos estavam internados há mais de 15 dias, sendo a internação mais longa de 60 dias. Nove já haviam sido internados outras vezes e apenas dois estavam na primeira internação. A renda dos participantes variou de nenhuma a três salários mínimos. Nove sujeitos tinham acompanhantes no hospital, com predomínio de esposas e filhas. A partir dos discursos, foram construídas duas categorias: 1) Viver com insuficiência cardíaca e finitude; e 2) Construção da compreensão sobre a morte e o morrer. Na categoria 1, a experiência de finitude é formada pelos significados atribuídos pelo sujeito às suas condições físicas, limitações e possibilidades decorrentes da insuficiência cardíaca, como a dependência para realização das atividades cotidianas. Algumas falas remetem à solidão, decorrente da ausência da oportunidade de diálogo, o que resulta em silêncio e desinformação sobre seu estado de saúde. Já na categoria 2, os participantes relatam seus medos, angústias, percepções e preocupações diante da morte; o temor sobre o morrer está presente nos discursos, com o resgate de arrependimentos e frustrações. **Conclusão:** Compreende-se que o sujeito acometido pela insuficiência cardíaca, sem opção terapêutica, apresenta dificuldade para entender sua condição de finitude, agravada pela ausência de informações sobre seu quadro clínico. Para vivenciar essa experiência de forma autêntica, o sujeito necessita conhecer seu estado atual e suas possibilidades.

1918

Como o conhecimento do paciente e a importância do encaminhamento pelo cardiologista podem impactar na adesão e participação nos serviços de reabilitação cardíaca?

MAYARA MÔNICA SANTANA E SILVA, ZITA AMORIM SANTOS, MARIA GEYNA GAUDINO SIQUEIRA, EVANDRO CABRAL BRITO, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, MARIA INÊS REMÍGIO AGUIAR, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES, ARMÉLE DORNELAS ANDRADE, CATARINA MARIA GONÇALVES DUARTE, LARA LEITE DA GAMA OLIVEIRA, PEDRO GABRYEL DOS SANTOS BEZERRA, HUGO SERRANO BARBOSA FILHO, SHIRLEY LIMA CAMPOS, ALICE MIRANDA SANTOS e DANIELLA CUNHA BRANDÃO.

Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes, Recife, PE, BRASIL - Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - IMIP, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Cabo de Santo Agostinho, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - University of Exeter, ENGLAND.

Fundamento: A Reabilitação Cardíaca (RC) constitui um dos tratamentos mais promissores no acompanhamento de pacientes cardiopatas, por ser um tratamento de baixo custo e não invasivo. Dentre seus benefícios estão a melhora na capacidade funcional, melhora na qualidade de vida, diminuição dos eventos de internação e procedimentos cirúrgicos necessários. Apesar disso, os índices de adesão e participação dos pacientes na reabilitação cardíaca estão muito abaixo do que seria o recomendado. De acordo com a literatura, fatores socioeconômicos, como nível de escolaridade, exercem grande influência nas decisões sobre os cuidados com a saúde associado a isto o desconhecimento sobre o tratamento podem influenciar negativamente as taxas de adesão e participação. Sendo assim, o conhecimento sobre a existência destas barreiras pode contribuir para o aprimoramento do serviço ofertado. **Objetivo:** Avaliar se o nível de conhecimento dos pacientes sobre a Reabilitação Cardíaca e a decisão de encaminhamento do médico constituem barreiras para que este paciente realize o tratamento. **Delineamento e Métodos:** Estudo transversal (nº do parecer 6.492.334), realizado no período de Julho/2023 a Abril/2024 nos centros de referência de atendimento em reabilitação cardíaca na cidade de Recife/PE. Foi aplicado o questionário da Escala de Barreiras com 27 perguntas aos pacientes cardiopatas atendidos nestes centros de referência. **Resultados:** Participaram desta pesquisa 65 pacientes. Sendo 24 homens (36,9%) e 41 mulheres (63,1%), dentre as comorbidades associadas mais encontradas estão a hipertensão arterial sistêmica (78,5%) e a diabetes mellitus (29,2%). Quanto ao grau de escolaridade, 29 (47,7%) dos pacientes não chegaram a iniciar o ensino médio, demonstrando que grande parte dos pacientes atendidos nos principais centros de referência de reabilitação cardíaca tem carência educacional. O questionário em questão explora os possíveis motivos pelos quais os participantes da RC procurariam o programa, dentre os principais resultados estão que: 37 (56,9%) dos participantes afirmaram que não iriam aderir à RC caso não recebessem orientações adequadas do profissional da saúde que o encaminhou. 50 participantes (76,9%) afirmaram que não iriam aderir ao programa de RC caso não fossem encaminhados pelo médico, enquanto 6 (9,2%) afirmaram que iriam procurar a opinião de outros especialistas sobre a necessidade de realizar a RC e 8 (12,3%) disseram que iriam fazer mesmo sem a indicação médica. **Conclusão:** A falta de informações para o paciente constitui uma barreira substancial para a adesão e participação na reabilitação cardíaca. Assim como também, realizar o encaminhamento em tempo hábil e fornecer informações adequadas para os pacientes influencia positivamente nos índices de adesão e participação.

1920

Redução do tempo de exposição à radiação ionizante no implante de cardiodesfibrilador multisítio guiado por acesso venoso femoral. Resultados em 822 implantes

LUCAS BRANDÃO CAVALCANTE, MARIA CLARA XAVIER, MARIANA BRANDAO CAVALCANTE BULHOES, LETICIA TORRES, MARCELO RUSSO, JORGE FRANCISCO SILVA, FABIAN FERNANDES, LENINE ANGELO, RICARDO FONSECA OLIVEIRA SURUAGY MOTTA, SERGIO CARNEIRO, ALFREDO AURELIO MARINHO ROSA FILHO e EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR.

Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A terapia com implante de cardiodesfibrilador implantável multisítio (CDI+CR-T) para cardiopatia dilatada associado a bloqueio completo do ramo esquerdo (BRE) e taquicardia ventricular está consagrada, no entanto, o tempo do procedimento pode ser maior devido a dificuldade no acesso do seio coronário (SC). **Objetivo:** Apresentar nossa experiência em 822 casos utilizando a punção femoral para o SC, facilitando a abordagem para introdução da bainha pela veia subclávia esquerda ou direita. **Materiais e Métodos:** Entre março de 2010 a abril de 2024 foram implantados 822 CDI+CR-T, dos quais 534 pacientes (PT) eram do sexo masculino (64,9%). Os PT apresentavam insuficiência cardíaca (IC) com tratamento otimizado sem resposta adequada, fração de ejeção menor ou igual a 35%, BRE e taquicardia ventricular. Nesta amostra os PT foram submetidos ao implante do CDI+CR-T com o acesso do SC por via femoral. Como critério de sucesso imediato, estreitamento do complexo QRS, todos os pacientes eram submetidos a punção de veia femoral e introdução de cateter quadripolar no SC, servindo como guia para a abordagem do mesmo e introdução de um segundo cateter quadripolar por dentro bainha, direcionando-a facilmente para o SC, com realização de venograma e escolha da veia ideal para inserção do eletrodo ventricular esquerdo. **Resultados:** Em todos os 822 casos (100%) houve a abordagem do SC sem complicações, como: perfuração, ruptura ou tamponamento. Em 74% dos PT houve o estreitamento do complexo QRS com a média de 110 ms de duração. Quatro PT (0,48%) apresentaram deslocamento do eletrodo do ventrículo esquerdo no pós-operatório tardio, sendo abordado num segundo tempo. Em oito PT (0,97%) o implante foi realizado pela subclávia direita; quatro PT possuíam persistência de veia cava superior esquerda (0,48%). Em 30 PT (3,64%) ocorreu estimulação frênica no pós-operatório imediato, sendo reprogramado os parâmetros de estimulação. O tempo de procedimento médio desde a punção femoral e sutura da loja variou de 1h20min 2h30min, com uma média de duração de 1h30min. Não houve problemas no acesso femoral, como hematomas e/ou infecções. **Conclusão:** Evidencia-se portanto na amostra analisada, que a utilização do acesso pela veia femoral para facilitação da introdução da bainha na veia subclávia, diminuiu o tempo de duração do procedimento, com a média baixa (1h30min) e consequentemente diminuindo a emissão de radiação ionizante tanto para o médico operador como para o paciente.

1927

Implante do modulador da contratilidade cardíaca (optimizer smart) para o tratamento de insuficiência cardíaca avançada: os quatro primeiros implantes na América Latina

LUCAS BRANDÃO CAVALCANTE, MARIA CLARA XAVIER, MARIANA BRANDAO CAVALCANTE BULHOES, LETICIA TORRES, MARCELO RUSSO, JORGE FRANCISCO SILVA, GUSTAVO SANTIAGO, LENINE ANGELO, RICARDO FONSECA OLIVEIRA SURUAGY MOTTA, FLÁVIO LOUREIRO, ALFREDO AURELIO MARINHO ROSA e EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR.

Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença grave, progressiva, causada por disfunção ventricular, levando a piora na qualidade e redução na expectativa de vida. Existe um grupo de pacientes com IC ineleáveis para ressincronização cardíaca e para transplante cardíaco ou mesmo pacientes não responsivos ao ressincronizador cardíaco que podem se beneficiar com a Modulação da Contratilidade Cardíaca (CCM). A CCM é um tratamento eficaz para a IC em pacientes que permanecem sintomáticos em terapia médica otimizada e que possuem complexo QRS estreito. **Objetivo:** Apresentar a técnica do implante do modulador da contratilidade cardíaca e os resultados iniciais do tratamento no follow-up de 48 meses. **Materiais e Métodos:** Entre dezembro de 2020 e abril de 2024, foram realizados 4 implantes de MCC. Os quatro pacientes eram portadores de terapia de ressincronização cardíaca há 9 anos. Encontravam-se na classe funcional III/IV da NYHA, mesmo com terapia médica otimizada. Todos eram do sexo masculino. A idade variou de 48 a 55 anos (média de 51 anos). Os pacientes apresentavam BNP pré-procedimento acima de 400pg/ml e ao ecocardiograma, mostravam Fração de Ejeção <35%, apresentando ainda complexo QRS entre 100 a 116ms. Encaminhados ao setor de Eletrofisiologia, submetidos à sedação leve, deixado a terapia do CR-T em off, realizado uma loja infraclavicular à direita e realizadas 2 punções de veia subclávia direita e introdução de 2 eletrodos solia S60 de fixação ativa (Biotronik) e um gerador Optimizer Smart (Impulse Dynamics). Os dois eletrodos foram inseridos na região septal do ventrículo direito em sítios diferentes com distância acima de 2cm, com parâmetros de impedância e sensibilidade nos padrões aceitáveis, sendo programados: 7,5 Volts de energia com 22 ms de largura de pulso. Tempo médio do procedimento realizado com 60 minutos. **Resultados:** Nos quatro pacientes, o ato cirúrgico foi realizado com sucesso, não apresentaram dor precordial apesar da alta voltagem da estimulação, não apresentaram deslocamento dos eletrodos, obtendo alta hospitalar com 24 horas após o procedimento. No seguimento clínico, houve aumento de Fração de Ejeção com melhora da classe funcional para II da NYHA e diminuição no número de internações hospitalares. **Conclusão:** A experiência com a (CCM) se mostrou positiva, pois tem se apresentado como opção segura e eficaz na redução de internações e na melhora dos sintomas, da capacidade funcional e melhora na qualidade de vida.

1931

Punção transeptal guiada pelo método Angiográfico para tratamento de fibrilação atrial. Experiência em 589 casos

LUCAS BRANDÃO CAVALCANTE, MARIA CLARA XAVIER, MARIANA BRANDAO CAVALCANTE BULHOES, LETICIA TORRES, MARCELO RUSSO, JORGE FRANCISCO SILVA, ALFREDO AURELIO MARINHO ROSA, LENINE ANGELO, RICARDO FONSECA OLIVEIRA SURUAGY MOTTA, FLAVIO LOUREIRO, ALFREDO AURELIO MARINHO ROSA FILHO e EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR.

Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas,Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: O isolamento das veias pulmonares para o tratamento da fibrilação atrial (FA) é um método consagrada e superior no controle do ritmo, independente da metodologia empregada. O acesso as veias pulmonares(VP) é sempre realizado por punção transeptal guiada ou não pelo ecotransesofágico. **Objetivo:** Apresentar a casuística em nosso serviço utilizando apenas o método angiográfico em 589 punções transeptais. **Materiais e Métodos:** Entre março de 2006 a abril de 2024, 392 pacientes (PT) foram submetidos ao isolamento das VP. Em 100% dos (PT) a punção transeptal foi guiada pelo método angiográfico. O paciente é colocado em estado sedativo, submetido a introdução de um cateter em seio coronário e um cateter "pig tail" no plano valvar aórtico, em seguida posicionado a fluoroscopia na projeção em oblíqua lateral esquerda 45°. A agulha de punção é posicionada na fossa oval, marcando o septo com injeção de contraste, após a punção é introduzido a bainha. Nos procedimentos com método convencional e EnSite, eram realizadas duas punções transeptais em cada pt, após a punção transeptal, realiza-se infusão de heparina 5000 unidades. Os cateteres eram retirados após confirmação do isolamento das veias e em seguida realizado curativo local compressivo. **Resultados:** A idade variou de 23 a 83 anos, a predominancia foi do sexo masculino 72,9%, quanto a classificação da fibrilação atrial (FA) foi abordado na FA paroxística 67% dos casos, na FA persistente 16,37% e na FA permanente 16,63%. No início da experiência foram realizadas o isolamento das VP pelo método convencional (angiográfico) 14 PT (3,7%), pelo método EnSite (tridimensional) 183 PT (46,8%), Pulmonary Vein Ablation Catheter (PVAC) 42 PT (10,8%) e pela crioablação 151 PT (38,7%). Como complicação ocorreu um caso de tamponamento (0,25%) sendo realizado a drenagem imediata do saco pericárdico sem maior gravidade. Em dois pacientes (0,5%) não foi possível realizar a punção transeptal devido a anatomia cardíaca alterada por cirurgia cardíaca prévia. Não foi registrado nenhum caso de lesão esofágica. Ocorreram dois casos (1,3%) de lesão transitória do nervo frênico quando utilizado o método de crioablação. **Conclusão:** Apesar da evolução tecnológica para punção transeptal utilizando a sonda do ecotracardiaco ou ecotransesofágico, o método angiográfico quando utilizado em centros com vasta experiência mostrou nesta amostra ser seguro com baixo índice de complicações, além de diminuir o custo total do procedimento.

1996

Relação entre os fatores que dificultam a adesão terapêutica dos pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca acompanhados em um hospital público de Recife, PE e o impacto na qualidade de vida

ANTONIO KONRADO SANTANA BATISTA, WESLEY JONATHAN LOPES PENHA, LÍVIA LEANDRO SOUZA PEREIRA, LUANA SOUSA LIMA REBOUÇAS e LUIZ OLIVEIRA NETO.

Afya Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - Brasil,Hospital Maria Lucinda, Recife, PE, BRASIL - PROCAPE, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: De acordo com a literatura, a principal causa de episódios de exacerbação de insuficiência cardíaca é a má adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Neste contexto, entender quais os principais obstáculos enfrentados é de fundamental importância para estabelecer o planejamento terapêutico de forma a atender as principais metas preconizadas pelas diretrizes mundiais. **Objetivo:** Avaliar os fatores que dificultam a adesão terapêutica dos pacientes e relacioná-los com a qualidade de vida por meio dos questionários Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) e Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). **Materiais e Métodos:** Trata-se de um recorte de uma pesquisa realizada no ambulatório de clínica médica de um hospital público de Recife-PE. O estudo contou com cerca de 39 pacientes, com um perfil observacional, transversal e caráter quantitativo. Cerca de três questionários foram utilizados: as versões validadas em português do MLHFQ e do KCCQ e um questionário elaborado pelos pesquisadores com dados clínicos-epidemiológicos. No questionário de dados clínicos-epidemiológicos, foram listados alguns fatores, citados na literatura, que dificultam a adesão medicamentosa, e estes foram questionados ativamente aos pacientes. Os critérios de inclusão foram: Pacientes >18 anos com diagnóstico de IC por ecocardiograma transtorácico, sem histórico de internamento por exacerbação da IC nos últimos 03 meses. Critérios de exclusão: pacientes sem diagnóstico confirmado, pacientes com limitação cognitiva incapazes de responderem ao questionário e pacientes internados nos últimos 03 meses. **Resultados:** Os resultados dos índices de qualidade de vida pelos questionários KCCQ e MLHFQ, atrelados aos fatores que dificultam a adesão terapêutica dos pacientes estão expostos abaixo nas tabelas 1 e 2, respectivamente. Dentre os entrevistados, as principais dificuldades relatadas foram a financeira (62%), de transporte (41%) e de cognição (28%). Dentre esses fatores, as dificuldades financeiras e os problemas de cognição se destacaram por apresentar os piores índices em ambos os questionários. Cerca de 71% dos pacientes apresentaram uma qualidade de vida baixa a moderada no KCCQ e cerca de 68% foram classificados com uma qualidade de vida ruim pelo MLHFQ. **Conclusão:** A falta de poder aquisitivo é um dos principais fatores que dificultam a adesão terapêutica dos pacientes, sobretudo pela situação vulnerabilidade social associada. Desta forma, a prescrição de medicamentos de baixo custo financeiro ou disponibilizados gratuitamente pelo SUS, assim como a divulgação de programas governamentais como a farmácia popular, são estratégias importantes no planejamento terapêutico que podem aumentar a adesão medicamentosa por parte do paciente.

2014

Sarcoidose cardíaca em adolescente: relato de caso

TAIANA ALVES DE ALCANTARA ANDRADE, NATALIA DIDIER NUNES MOSER e MARIANA PEIXOTO CARVALHO DE ALENCAR.

Real Hospital Português, Olinda, PE, BRASIL.

Fundamento: A Sarcoidose cardíaca (SC) é uma cardiomiopatia infiltrativa resultante de inflamação granulomatosa do miocárdio, mais prevalente em mulheres. Alterações clínicas comumente encontradas são doenças de condução elétrica de alto grau, arritmias ventriculares e disfunção sistólica do ventrículo esquerdo (VE). Em indivíduos com sarcoidose sistêmica, 90% têm acometimento em pulmões, 20% têm acometimento cardíaco, com manifestação clínica cardiovascular em apenas 5%. **Relato de caso:** HSB, 14 anos, sexo feminino, com epigastralgia de característica mal definida, associada a vômitos. Era acompanhada desde os 9 anos pela Dermatologia com diagnóstico de granuloma anular. Apresentava taquicardia no exame físico da admissão e sinais de baixo débito, hepatomegalia em torno de 4cm, sendo iniciada dobutamina e diurético venoso, com melhora do quadro. Realizado radiografia de tórax que evidenciou área cardíaca aumentada. Ecocardiograma mostrou cardiomiopatia dilatada do VE com disfunção sistólica de grau importante, fração de ejeção do VE (FEVE) por Teicholz 25,8% e Simpson 23%. Dilatação e disfunção sistólica do ventrículo direito (VD), FAC 25%. Sinais de hipertensão venocapilar pulmonar. Trombo em ventrículo direito. Colhido NT-pro BNP de 14.155pg/ml. Iniciadas medicações para tratamento de insuficiência cardíaca (IC) com Enalapril, Carvedilol, Furosemida, Espironolactona e anticoagulação com Rivaroxabana 20mg devido aos trombos no VD. Ressonância magnética evidenciou VE com aumento importante, com disfunção sistólica e FEVE de 14%. Havia discreto derrame pericárdio e realce tardio difuso e extenso no VE, exibindo padrão em anel (ring light), observado na face ventricular direita de todo o septo interventricular compatível com fibrose miocárdica de padrão não isquêmico e sugestivo de sarcoidose cardíaca. Havia dilatação do ventrículo direito e disfunção sistólica importante com FE 20%. Presença de imagens sugestivas de trombos. Complementado diagnóstico com PET -CT com FDG -18 também foi sugestivo de sarcoidose cardíaca e provavelmente processo inflamatório granulomatoso nos linfonodos. Holter sem alterações. **Discussão e Conclusão:** Doença de acometimento cardíaco raro, existem cenários de alerta para diagnóstico de SC: bloqueio atrioventricular de alto grau em <60 anos, arritmia ventricular inexplicada, FEVE reduzida em ECO, aneurisma de parede ventricular regional ou espessamento de septo na ausência de doença coronariana ou outra explicação. RM cardíaca e PET com FDG 18 são exames de maior acurácia no diagnóstico da doença. O crescente reconhecimento da SC oferece a oportunidade de iniciar terapias eficazes e realizar a verificação sistemática de casos. Do ponto de vista médico, os esforços educativos contínuos são essenciais para aumentar o reconhecimento da doença.

2033

Impacto e eficácia do TAVI (Implante Transcateter de Válvula Aórtica) na reabilitação cardíaca: uma análise dos resultados da implantação pelo SUS

LETICIA DA FONTE PORTO CARREIRO DE PAULA, NATHÁLIA SIMÕES DE MEDEIROS RUFINO FERREIRA, LARA CASIMIRO BRITTO, MARINA DE ARAÚJO LEITE, CECÍLIA AVELLAR DINIZ REBÊLO TÁVORA e LUIZA DE VASCONSELOS FEITOSA.

Faculdade Maurício de Nassau Medicina, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A prevalência da estenose aórtica cresceu devido ao envelhecimento da população, pois a patologia acomete, principalmente, os idosos. A valvopatia é caracterizada pelo estreitamento da válvula aórtica, em razão do depósito de cálcio em sua abertura, decorrente do sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes e envelhecimento. A estenose aórtica reduz a ejeção sanguínea ventricular esquerda, responsável pelo quadro sintomatológico da doença identificado por fadiga, síncope, angina e insuficiência cardíaca. O curso de tratamento dessa doença pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é a intervenção cirúrgica de troca da válvula aórtica (SARV). Entretanto, o procedimento é invasivo e contra-indicado em pacientes graves, por alta taxa de mortalidade. Diante disso, foi desenvolvido um tratamento alternativo para pacientes sintomáticos e inoperáveis: o Implante Transcateter de Válvula Aórtica (TAVI). O método apresenta aumento da expectativa de vida, redução dos sintomas relacionados à insuficiência cardíaca e melhor recuperação pós-operatória. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do TAVI na reabilitação cardíaca, com ênfase na análise do impacto da sua implantação pelo SUS. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura com análise de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos nas bases de dados PUBMED e LILACS, durante os meses de março e abril. Utilizou-se os descritores “Estenosis Aórtica Supravalvar”, “Valva Aórtica” e “Reabilitação Cardiovascular” com o Operador Booleano “AND”. **Resultados:** O implante por cateter de bioprótese, realizado em pacientes com estenose aórtica, é um tratamento que pode realizar a troca da válvula aórtica sem a abertura da cavidade torácica, sendo realizado via transapical ou transfemoral. O TAVI apresentou resultados positivos, havendo redução da mortalidade em 14% quando comparada aos pacientes que não realizaram o procedimento. Além disso, 95,4% dos pacientes tiveram sucesso na reabilitação, com melhora de sintomas e valores ínfimos de complicações pós-operatórias. Este foi implantado nas redes de saúde pública do Brasil, apesar de seu alto custo e tecnologia. **Conclusão:** A análise dos resultados evidencia a eficácia do TAVI na reabilitação cardíaca dos pacientes, tendo em vista que é uma alternativa eficaz e menos invasiva para pacientes inoperáveis com estenose aórtica grave, proporcionando melhorias na qualidade de vida e redução da mortalidade. No entanto, é crucial continuar apoiando e aprimorando a implementação do TAVI pelo SUS, garantindo sua disponibilidade e acessibilidade a todos os pacientes que necessitam desse tratamento.

2034

Taxa de mortalidade após estudo eletrofisiológico terapêutico no brasil: análise quantitativa dos casos de 2009 a 2023

EUGÊNIA DE SOUZA LINS, TATYANE TARGINO MORAIS, PEDRO HENRIQUE GODEIRO INÁCIO, MATEUS BRAZ MAYER DE OLIVEIRA, REBEKA LIRA SOUZA BRITO, GEISSIANE DOS SANTOS MATIAS, JOÃO VÍCTOR OLIVEIRA MENDONÇA, MARIA EVELYN CARNEIRO RAMOS, STÉFANE DA SILVA LIMA, ALYSSON GABRIEL BRAGA FIGUEIREDO, MARIA CLARA OLIVEIRA MEDEIROS, YARLEY DE SOUSA LEITÃO, RAFAELLA PEREIRA DA SILVA, ALLYCIA CRISTINA SILVEIRA NEVES GALDINO e MARIA VICTÓRIA SOARES TAVARES.

UNIFACISA, Campina Grande, PB, BRASIL.

Fundamento: Por o estudo eletrofisiológico (EEF) ser um procedimento invasivo, mesmo que minimamente, há complicações inerentes, sendo necessária uma avaliação da taxa de mortalidade associada a ele. **Objetivo:** O estudo eletrofisiológico é um procedimento percutâneo utilizado no manejo de defeitos na condução elétrica cardíaca, podendo ser diagnóstico, por avaliação do mecanismo da arritmia, ou terapêutico, principalmente por ablação do circuito aberrante. Todavia, há complicações intrínsecas, como o risco de dano vascular, hemorragia, bloqueio atrioventricular, tamponamento pericárdico, infarto do miocárdio, acidente cerebrovascular, mas com um risco <1% em geral. Logo, é relevante ter uma maior compreensão acerca da taxa de mortalidade pós EEF para uma melhor avaliação da segurança do procedimento. Desse modo, esse estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da taxa de mortalidade decorrente de estudo eletrofisiológico terapêutico no Brasil, no período de 2009 a 2023. **Materiais e Métodos:** Estudo epidemiológico, de perfil descritivo e quantitativo, realizado a partir de dados coletados do Sistema de Procedimentos Hospitalares do SUS, em Março de 2023, por meio da plataforma DATASUS. Foi analisada a progressão temporal da taxa de mortalidade após EEF terapêutico no período de 2009 a 2023 no Brasil. Não houve submissão ao comitê de ética por se tratar do uso de dados secundários. **Resultados:** No Brasil, a taxa de mortalidade após EEF terapêutico nos últimos 15 anos (2009-2023) teve uma média de 0,20% (135 óbitos em um total de 69.072 internações). Os dados refletem aumento quase linear da taxa de mortalidade do ano de 2019 (0,18%) até o ano de 2013 (0,28%), maior valor registrado até então. Após, houve queda significativa nos números de 2014 a 2018, atingindo em 2016 a menor taxa de mortalidade do período analisado (0,08%). Posteriormente, foi registrado aumento da taxa de mortalidade no ano de 2019, mantendo-se em uma média de 0,23% até o ano de 2023, quando atingiu novamente o pico de 0,28%. **GRÁFICO 01** - Taxa de mortalidade por estudo eletrofisiológico no Brasil entre 2009 e 2013 (dados em porcentagem). **Conclusão:** Os achados desse estudo mostram que a taxa de mortalidade, apesar de variável, mantém-se baixa ao longo dos anos, reforçando a segurança do EEF terapêutico, sobretudo se levado em consideração o risco x benefício inerente. Os dados obtidos provocam o questionamento sobre o motivo da queda na taxa de mortalidade entre 2014 e 2018 seguida de um aumento mantido nos anos posteriores, o que motiva estudos mais robustos a respeito do tema, para entender melhor o perfil de segurança do procedimento e adotar medidas que reduzam a taxa de mortalidade associada a ele.

2048

Impacto da reabilitação cardiovascular na tolerância ao exercício submáximo e na qualidade de vida em paciente com insuficiência cardíaca grave refratária ao tratamento medicamentoso: relato de caso

MARIA CECÍLIA CAVALCANTI DE LIMA, MAYARA COSTA BARROS, CAMILA CAVALVANTE DOS SANTOS, ALICE MIRANDA DOS SANTOS, EVANDRO CABRAL DE BRITO, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, MARIA INÊS REMÍGIO DE AGUIAR, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES, ARMÊLE DORNELAS DE ANDRADE, MARIA GEYNA GAUDINO DE SIQUEIRA, SHIRLEY LIMA CAMPOS, TRYCIA ELLEN SILVA PEREIRA, JULIANA CRISPINO DE FRANÇA, TALYSSA BIA SANTOS E SANTOS e DANIELLA CUNHA BRANDÃO.

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A IC caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, os quais resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço. Se não tratada adequadamente, a IC pode levar a complicações graves, tais como morte súbita ou infarto cardíaco. A RC oferece um tratamento eficaz para as pessoas com IC, pois trata-se de uma prática orientada focada na redução da carga de sintomas para pacientes com IC, podendo melhorar sua qualidade de vida e reduzir a morbidade e hospitalizações dispendiosas. **Relato de caso:** Paciente de 38 anos, sexo feminino, sem comorbidades, após crises de dores abdominais, procurou o serviço de urgência em 18/01/2018. Foi internada para investigação e após exames foi diagnosticada com Colelitíase, Hepatomegalia e Cardiomegalia. Foi submetida a procedimento invasivo para retirada dos cálculos biliares e encaminhada ao Cardiologista. Após exames, em Fevereiro do mesmo ano, foi diagnosticada com Miocardite. O ecocardiograma mostrou ventrículo direito com dilatação importante, disfunção sistólica ventricular direita importante com formação de microaneurismas, ventrículo esquerdo com dilatação moderada, disfunção sistólica ventricular esquerda de grau moderado e FEVE de 23%. O tratamento medicamentoso (Bisoprolol; Furosemida; Entresto e Digoxina) foi iniciado em 25/02/2018. No período entre os anos de 2019 e 2020, foi submetida a 17 internações por diversos motivos, como elevados níveis de creatinina, infecção pulmonar, trombozes, infecção urinária, desconforto respiratório e dessaturação. Encaminhada para reabilitação cardíaca (RC) em 09/11/2022, iniciou o protocolo de tratamento. **Discussão e Conclusão:** As avaliações pré e pós-tratamento incluíram o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF), Teste de Esforço Cardiopulmonar (TCPE), Ecocardiograma e Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6). O protocolo de reabilitação consistiu em 36 sessões de alongamento, treinamento aeróbico e exercício resistido. Houve redução significativa no escore do MLHF após a reabilitação cardiopulmonar (de 51 para 17), e aumento da FEVE (de 23% para 34%). No TCPE, houve melhora no consumo máximo de oxigênio (VO2 máximo) (de 15,75ml/(kgmin) para 23,72ml/(kgmin)) e aumento da frequência cardíaca máxima (de 80 bpm para 136bpm). A paciente passou da classe funcional II para I da New York Heart Association (NYHA). No TC6, a paciente percorreu 353m, 58,88% do previsto no início. Após a reabilitação, essa distância foi de 420m, 70% do previsto, indicando melhora expressiva na capacidade funcional. Após o protocolo, evidencia-se uma melhora significativa na função cardíaca, capacidade funcional e qualidade de vida da paciente, destacando a importância da reabilitação cardiopulmonar como parte integrante do manejo terapêutico da insuficiência cardíaca.

2053

Transplante cardíaco em paciente com situs inversus totalis: um relato de caso

LARISSA DE OLIVEIRA BELTRÃO, DIOGO LUIZ DE MAGALHÃES FERRAZ, FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA, BRUNA GOMES CASTRO, CRISTIANO BERARDO CARNEIRO DA CUNHA, IGOR TIAGO CORREIA SILVA e VÍCTOR FRANÇA DE OLIVEIRA.

Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS, Recife, PE, BRASIL - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Situs inversus totalis consiste em uma condição clínica em que o coração, e os demais órgãos toracoabdominais, se posicionam em uma imagem espelhada da anatomia normal. O transplante cardíaco (TxC) nessa população se torna cirurgicamente desafiador por necessitar da reconstrução das vias venosas dentro deste padrão. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 15 anos, classificação sanguínea O+, com histórico de miocardite, sem outras comorbidades, evoluiu com insuficiência cardíaca refratária e necessidade de internamento em UTI com o uso de dobutamina 10 mcg/kg/min, milrinone 0,375mcg/kg/min, epinefrina 0,1 mcg/kg/min e balão intra-aórtico 1:1. Nesse contexto, foi realizado TxC ortotópico bicaval, com captação do coração realizada a distância (675km) em um doador de 23 anos, e teve como principal modificação a secção da veia denominada ao nível da veia jugular esquerda e da aorta ao final dos vasos supra aórticos. No preparo do coração doado, houve o fechamento das veias pulmonares esquerdas e a abertura do átrio esquerdo entre as veias pulmonares direitas. No implante, além das anastomoses habituais, foi utilizada a técnica de tunelização com parte do átrio direito para prolongamento da veia cava inferior, tendo como molde a vela de Hega n 15. O tempo de anóxia foi de 268 minutos e a saída de circulação extracorpórea ocorreu sem intercorrências, em uso de dobutamina 10mcg/kg/min, milrinone 0,75mcg/kg/min, adrenalina 0,1mcg/kg/min e nifedipina. **Discussão e Conclusão:** Situs inversus totalis consiste em uma condição rara, com frequência de 1:10.000, sendo uma malformação embriológica que não se correlaciona com outras anormalidades. Dessa forma, há poucos relatos na literatura da realização de TxC nessa população. A reconstrução das vias venosas sistêmicas e pulmonares consiste na maior dificuldade do TxC, uma vez que encontrar um doador com dextrocardia é algo extremamente improvável. Dessa maneira, se faz necessário o uso de adaptações cirúrgicas para o sucesso do procedimento, como a que o relato apresentado demonstra.

2064

Nova mutação no gene DSP associada à cardiomiopatia dilatada: relato de caso de paciente com insuficiência cardíaca diagnosticada durante a gravidez

LUIS FELIPE DE LUCENA FABRICIO, JOÃO GUILHERME FONTENELE GAMA, ROSIANE VIANA ZUZA DINIZ, DANIEL VINICIUS RODRIGUES PINTO e GEOVANNA ESTHER PASSARINI.

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

Fundamento: A cardiomiopatia periparto consiste em uma frequente causa de Insuficiência Cardíaca (IC) na gravidez, apresentando potencial risco de mortalidade materna. Em muitos casos, as alterações hemodinâmicas fisiológicas desse período podem mascarar a IC, especialmente quando associada à Cardiomiopatia Dilatada (CMD). Contudo, ainda que esta seja frequentemente diagnosticada como idiopática, sua origem genética heterogênea requer investigação, especialmente nos pacientes com história clínica sugestiva. Assim, os testes genéticos são cruciais para o rastreamento, reconhecimento etiológico e prevenção de complicações graves durante a gravidez, garantindo uma gestação saudável para mãe e filho, ao minimizar os riscos associados às condições cardíacas. **Relato de caso:** MDCP, 30 anos, parda, encaminhada para seguimento em ambulatório especializado em IC na 14ª semana de gestação (G4P4A0), após quadro de IC descompensada necessitando internação hospitalar, sem demanda de droga vasoativa. Referia início de dispnéia progressiva há dois anos, atualmente aos esforços habituais, em classe funcional II, além de palpitações sem relação com esforços, sem síncope ou pré-síncope. A pressão arterial era 90/60, FC: 75bpm, com RCI e presença de sopro holossistólico de regurgitação mitral e tricúspide, sem evidência de congestão sistêmica ou pulmonar. Apresentava histórico familiar de Morte Súbita (MS), pai, aos 50 e irmão, aos 22 anos. Eletrocardiograma com baixa voltagem no plano frontal e ES isoladas. Ecocardiograma Transtorácico indicando fração de ejeção por Simpson de 38%, disfunção diastólica tipo I e acinesia inferior. Sorologias para Chagas negativas. Foi iniciado tratamento para IC e teste genético que identificou a variante c.1234C>T no gene DSP. O parto ocorreu com 37 semanas de gestação, sem intercorrências. **Discussão e Conclusão:** Variantes patogênicas no gene DSP estão associadas ao desenvolvimento de cardiomiopatia dilatada com herança autossômica dominante (PMID: 33831308, 31078652). Esse gene codifica a desmoplacina, que ancora os filamentos intermediários nos desmossomos dos cardiomiócitos, entretanto a variante c.1234C>T no DSP, encontrada em heterozigose não está presente no banco de dados populacionais, sendo inicialmente classificada como VUS. Contudo, a identificação da mesma variante em outro indivíduo com CMD, também em seguimento no mesmo ambulatório, chama atenção para a eventual patogenidade da variante encontrada. A variante detectada pode ter provável significado patogênico. O rastreamento familiar será importante para elucidação do caso especialmente considerando os casos de MS na família. A heterogeneidade genética associada à CDM reforçam a necessidade da avaliação genética em casos como o relatado.

2076

Levantamento da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados pelo ambulatório de um centro público de Pernambuco

LUANA S L REBOUCAS, LIVIA LEANDRO SOUZA PEREIRA, WESLEY JONATHAN LOPES PENHA, LUIZ OLIVEIRA NETO e ANTONIO KONRADO SANTANA BATISTA.

AFYA, Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - PROCAPE, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é uma construção multidimensional que apresenta três pilares principais: funções física, psicológica e social, que podem ser afetadas pela doença ou pelo tratamento. A QVRS em doentes com insuficiência cardíaca (IC) está reduzida em relação à população geral e causa um prejuízo maior do que outras doenças crônicas, estando equiparada a doenças oncológicas. Ainda, existem poucos estudos nacionais sobre a temática, sendo necessário maiores investigações sobre o impacto da IC na vida desse grupo. **Objetivo:** Investigação da qualidade de vida dos pacientes assistidos por um hospital público de Pernambuco através dos questionários de avaliação: Minnesota living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) e o Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este estudo teve perfil observacional, transversal e quantitativo, realizado com pacientes portadores de IC acompanhados por um hospital público de Pernambuco. A aplicação de questionários foi realizada após consulta habitual em ambulatório, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram aplicados 3 instrumentos: a versão validada em português do KCCQ e do MLHFQ para avaliação de qualidade de vida e, um questionário voltado a dados clínico-epidemiológicos. Os questionários KCCQ e MLHFQ são utilizados para avaliar a QVRS de pacientes com IC no atendimento ambulatorial e foram escolhidos por apresentarem boa confiabilidade (análise teste/reteste) e responsividade às alterações clínicas. A amostra contempla 39 pacientes, seguindo os critérios de inclusão: maiores de 18 anos, portadores de IC, acompanhados pelo serviço em questão e sem internamento por descompensação da doença de base nos últimos 03 meses; ecodopplercardiograma transtorácico evidenciando anomalia cardíaca estrutural e/ou funcional. Critérios de exclusão: paciente sem diagnóstico confirmado de IC por ecodopplercardiograma transtorácico; limitação cognitiva que impeça aplicação adequada dos questionários. **Resultados:** Como observado na tabela 01, a média do KCCQ nessa população foi de 55 pontos, sendo 13% dos participantes enquadrados em uma QVRS muito ruim a ruim e 36% de baixa a moderada. Ainda, 11 pacientes, representando 28% da amostra, obtiveram QVRS boa a excelente, enquanto 9 (23%) pontuaram QVRS moderada a boa. Já o escore de MLHFQ apresentou média de 44 pontos, com a maioria dos entrevistados com QVRS enquadrada como ruim, constituindo 56% da amostra. Por conseguinte, 31% da amostra obtiveram uma boa QVRS e 13% moderada. **Conclusão:** Foi observada uma média de QVRS inferior ao encontrado em literatura nacional. Porém, a prevalência de escores indicativos de QVRS ruim ou moderada em ambos os questionários sugere a necessidade de intervenções direcionadas para melhorar o manejo da IC e suporte oferecido ao paciente.

Tabela 01: Análise da qualidade de vida de acordo com as qualificações do KCCQ e MLHFQ.

Características	N = 39
Escore KCCQ	
Média (Desvio Padrão)	55 (29)
Mediana [AIQ]	54 [29, 83]
KCCQ, n / N (%)	
1 - Muito baixa a baixa	5 / 39 (13%)
2 - Baixa a moderada	14 / 39 (36%)
3 - Moderada a boa	9 / 39 (23%)
4 - Boa a excelente	11 / 39 (28%)
Escore MLHFQ	
Média (Desvio Padrão)	44 (23)
Mediana [AIQ]	50 [24, 61]
MLHFQ, n / N (%)	
1 - Boa	12 / 39 (31%)
2 - Moderada	5 / 39 (13%)
3 - Ruim	22 / 39 (56%)

Legenda: n – Frequência absoluta. N – Dados válidos. % – Percentual. DP – Desvio Padrão. AIQ – Amplitude Interquartil.

2093

Perfil epidemiológico da mortalidade por insuficiência cardíaca nos últimos cinco anos nas regiões brasileiras

LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, AUGUSTO PESSOLI FRIZZO, MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS, ÍRIS CAROLINE DE OLIVEIRA MOURA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARIA CAROLINA LEAL SILVA, JULIA COSTA EVANGELISTA, LUAN FERNANDES LINS, MARIANA LUCENA LOUREIRO, ISABELLE PEREIRA LIMA e DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença cardiovascular que compromete o enchimento ventricular e a ejeção de sangue. É considerada a principal causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde, com taxa de mortalidade (TM) de 11,4 (óbitos/ 100 mil habitantes) no Brasil. Indicadores individuais, sociais e econômicos estão associados a essa mortalidade, levando a discrepâncias regionais. Diante disso, justifica-se a necessidade de traçar um perfil epidemiológico das regiões brasileiras acerca da mortalidade por IC, contribuindo com o direcionamento de recursos financeiros e educativos. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico de mortalidade por IC durante os anos de 2019 a 2023 segundo as regiões brasileiras. **Materiais e Métodos:** Estudo ecológico de análise de série temporal da mortalidade por IC entre 2019 e 2023 segundo as regiões brasileiras. Utilizou-se o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis de interesse foram a idade, o sexo e a raça/etnia. **Resultados:** Tem-se na região Norte: TM geral de 12,49; TM no sexo masculino de 12,20 e de 12,91 no sexo feminino; raças com maior TM: branca (12,97), preta (13,84) e amarela (13,60); aumento progressivo na TM a partir de 50 anos. Na região Nordeste, tem-se: TM geral de 11,96; TM no sexo masculino de 11,40 e de 12,63 no sexo feminino; raças com maior TM: branca (12,12), preta (11,3) e parda (11,3); aumento progressivo da TM a partir de 45 anos. Na Sudeste, observou-se: TM geral de 13,54; TM no sexo masculino de 13 e de 14,1 no sexo feminino; raças com maior TM: branca (13,85), preta (13,58) e amarela (12,73); aumento progressivo na TM a partir de 35 anos. Na região Sul, tem-se: TM geral de 10,47; TM no sexo masculino de 10,06 e de 10,87 no sexo feminino; raças com maior TM: amarela (14,83), indígena (11,64) e branca (10,65); aumento progressivo na TM a partir de 45 anos. Na região Centro-Oeste, constatou-se: TM geral de 10,61; TM no sexo masculino de 10,17 e de 11,13 no sexo feminino; raças com maior TM: parda (10,88), indígena (10,13) e branca (10,11); aumento progressivo da taxa a partir de 40 anos. No gráfico a seguir, detalha-se a taxa de mortalidade de acordo com cada região brasileira. **Conclusão:** O perfil epidemiológico da mortalidade por IC na região Norte é de mulheres pretas acima de 50 anos; na região Nordeste é de mulheres brancas acima de 45 anos; na região Sudeste é de mulheres brancas acima de 35 anos; na região Sul é de mulheres amarelas acima de 45 anos; na região Centro-Oeste é de mulheres pardas acima de 40 anos. Diante disso, tais perfis podem contribuir com o direcionamento de campanhas de rastreamento de fatores de risco a fim de prevenir e de diagnosticar precocemente, bem como com o encaminhamento de recursos para as regiões e para a população mais acometidas.

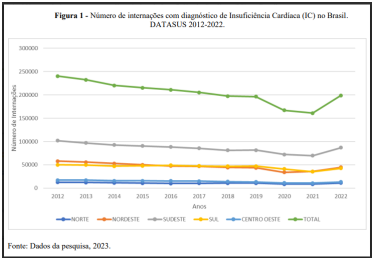
2099

Caracterização das internações por insuficiência cardíaca nas regiões do Brasil: análise dos aspectos sociodemográficos nos últimos dez anos

MARIA VICTORIA OLIVEIRA PEREIRA REGO, DEBORAH KARINE DE SOUZA LIMA, ANA CLARA DA COSTA MAGALHÃES, ANDREZA APARECIDA COSTA DA SILVA, GABRIELA SOARES DO NASCIMENTO, MARIA FERNANDA FERREIRA DA SILVA, CAROLINA PEREIRA VERÇOSA, GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO-MONTEIRO, JANINE MELO DE OLIVEIRA e CHRISTEFANY RÉGIA BRAZ COSTA.

Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: O crescimento da população idosa, a miscigenação, as desigualdades sociais e culturais são características que podem afetar o traçado epidemiológico da insuficiência cardíaca. Assim, ao descrever a tendência temporal da IC e qual o perfil dos indivíduos que convivem com a síndrome constrói-se base para a elaboração de políticas voltadas à prevenção e tratamento adequado. **Objetivo:** Descrever o número de casos de internações por Insuficiência Cardíaca de acordo com a faixa etária, sexo e cor/raça nas regiões do Brasil entre 2012 e 2022. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. A população foi construída por meio dos números de casos de internações hospitalares com o Código Internacional de Doenças (CID-10) diagnosticados com insuficiência cardíaca. Os dados considerados para o presente estudo fazem parte da morbidade hospitalar registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por local de residência. As variáveis utilizadas para análise foram: Internações, Faixa etária, Sexo e Cor/raça, entre 2012 e 2022, consultadas em 2023. **Resultados:** No período avaliado, o Brasil apresentou um total de 2.245.388 casos de internações com diagnóstico de IC. Observa-se o predomínio da Região Sudeste que representou 42,2% (n=948.339) do total de casos, seguido do Nordeste com 22,9% (n=514.424), Sul, Centro-Oeste e Norte (figura 1). A evolução dos casos de internações por IC nas grandes regiões do Brasil apresentou queda gradual desde o ano de 2012. Para a faixa etária, há aumento dos números de internações de acordo com o aumento da idade, havendo maior ocorrência em pessoas acima dos 50 anos. No que tange ao sexo, o masculino se sobressai em comparação ao feminino, totalizando 51,3% (n=123.188) dos casos no ano de 2012 e 52,2% (n=103.635) dos casos em 2022. Quanto à raça/cor, ocorreu uma inversão nos números, em 2022 a cor parda passou a liderar os números de casos e representa 38,9% (n=77.255) deles, enquanto branca corresponde a 36,7% (n=72.916). Ademais, chama-se atenção para a cor amarela que apresenta o aumento mais expressivo entre os anos analisados, 266,05% (n=1.619). **Conclusão:** O perfil epidemiológico da IC nas regiões do Brasil apresentou variações sobretudo quanto à cor. Sexo e idade a maioria das regiões possuem características semelhantes. Ademais, apesar do comprometimento cardíaco provocado pelo COVID-19, o número de internações por IC no Brasil em 2019 foi maior do que no ano de 2020, que pode ser reflexo da generalização dos atendimentos decorrentes da pandemia. Diante do exposto, faz-se necessário políticas de prevenção com ênfase nas demandas de cada região, a fim de potencializar a efetividade das ações.



2105

Cardiomiopatia induzida por esteroides anabolizantes em curto intervalo de tempo: um relato de caso

ALINE SILVA AZEVEDO DA SILVEIRA RENKE.

Hospital Universitário Reitor Hésio Cordeiro, Cabo Frio, RJ, BRASIL.

Fundamento: Dentre os efeitos adversos do uso indevido de Esteroides Anabolizantes Androgênicos (EAA) destaca-se a Cardiotoxicidade com diferentes espectros clínicos incluindo a Insuficiência Cardíaca Congestiva. Estudos pré-clínicos relatam cardiomiopatia com altas doses (>100mg por 100g de peso corporal) de terapia com testosterona (TT) após 14 dias, porém estudos clínicos demonstram disfunção ventricular após longos períodos, com evidências na literatura limitadas quanto aos níveis mínimos de EAA e o tempo para Cardiomiopatia. **Relato de caso:** Homem 39 anos, com antecedente familiar de doença arterial coronariana, iniciou quadro de dispnéia aos pequenos esforços e edema de membros inferiores, em classe funcional III NYHA, de início há 2 meses, com piora nas últimas 48 horas. Relatava administração de TT 250mg e de Nandrolona 200mg intramuscular (IM) semanal por 6 meses consecutivos. Essa dose é 5 vezes superior a dose geralmente administrada como TT em homens com hipogonadismo. As doses recomendadas IM de TT pelas diretrizes de Endocrinologia variam de 100mg semanal a 200mg a cada 15 dias. Na avaliação laboratorial, níveis de hematócrito de 56% (VR 36,0 - 46,0%), LDL colesterol 160mg/dl (VR <130mg/dl) e níveis de T total de 1450ng/dl (VR 249 - 846ng/dl). Ao Ecocardiograma transtorácico (ETT), disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo com FE: 29% (Simpson) e aumento das câmaras esquerda, não sendo possível a realização do Strain Global Longitudinal pela limitação do aparelho disponível. Submetido a Cineangiogramiografia, sem lesões ateroscleróticas. Iniciado tratamento com Enalapril 10mg/d, Carvedilol 25mg 12/12 hrs, Espironolactona 25mg/d e Dapagliflozina 10mg/d e suspensão do uso de EAA. Após 8 meses, ele encontrava-se em Classe funcional I, com ETT demonstrando FE 42% (Simpson), Hematócrito 50%, LDL colesterol 100mg/d e níveis séricos de testosterona 340ng/dl. **Discussão:** Relatamos o caso de um paciente jovem que evoluiu com Insuficiência cardíaca congestiva após uso indevido de EAA, após curto período de uso. Ao contrário dos estudos prévios que demonstram alterações cardiovasculares tardias após uso dos EAA, demonstramos nesse caso, disfunção ventricular precoce (6 meses uso), com reversibilidade parcial após a suspensão. Pode ser interessante interrogar os pacientes sobre o uso de EAA, assim como proceder avaliação cardiovascular de pacientes usuários em altas doses, antes do início e durante manutenção da terapia. Mais estudos são necessários para compreender quais as doses mínimas e o tempo que levam a disfunção cardíaca, assim como o grau de reversibilidade com a TT implementada.

2145

Avaliação morfológica e funcional com o mavacanteno. experiência inicial

LUKAS OLIVEIRA COELHO, ANNY BEATRIZ DE JESUZ, LUCAS NORDHOFF BARCELOS CUNHA, SONARA SANTOS MIRANDA, GABRIEL RODRIGUES BRITO, FRANCISCO DE SOUSA HOLANDA, BERNARDO KREMER DINIZ, MARCELLO AUGUSTUS DE SENA, ANDRE RODRIGUES DURAES e WALLACE ANDRÉ PEDRO DA SILVA.

Hospital do Coração Paraíso do Tocantins, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL - HCORT, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL - UNIRG, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL.

Fundamento: Uma parte dos acometidos por Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) pode se manifestar através de um fenótipo obstrutivo denominado Cardiomiopatia Hipertrofica Obstrutiva (CHO), onde observa-se obstrução da Via de Saída do Ventrículo Esquerdo (VSVE). A obstrução significativa em repouso é um fator independente para um pior prognóstico e progressão à insuficiência cardíaca. Mavacanteno, o primeiro inibidor de miosina cardíaca da classe, é um inibidor alostérico da miosina β -cardíaca, que apresentou resultados promissores em ensaios clínicos de fase 3 (EXPLORER-HCM e VALOR-HCM), melhorando o gradiente de VSVE, os sintomas, o condicionamento físico e reduzindo significativamente a necessidade de intervenção para redução septal. **Relato de caso:** MDN 65 anos, portadora CMH assimétrica com grave obstrução ao trato de saída do VE de padrão fibrótico multifocal não isquêmico, em classe funcional II da NYHA + fibrilação atrial recorrente (CHADSVASC) com remodelamento atrial esquerdo + hipotireoidismo + hipertensão arterial classe 2B da SBC + Sobre peso. Os parâmetros ecocardiográficos antes do tratamento mavacanteno estão descritos na tabela 1. A paciente supracitada apresenta ecodopplercardiograma transtorácico de 19/10/23 com Septo de 23 e PPVE de 11mm. HVE importante assimétrico com gradiente de saída do trato do VE indo para 90mmHg após manobra de valsa, sugerindo padrão obstrutivo. Dados acima já haviam sido confirmados pela Ressonância nuclear magnética do coração realizada em 21/02/2023, demonstrando uma FEVE de 63% com Hipertrofia Ventricular Esquerda Grave às custas de aumento importante septo cardíaco de 24mm (normal até 11mm) em segmento inferosseptal medial + presença de realce tardio mesocárdico multifocal com padrão não coronariano e massa fibrótica de 12,3g, representando aproximadamente 6% da massa ventricular. Paciente fazia uso contínuo de Levotiroxina 50mcg, Rivaroxabana 20mg, Amiodarona 200mg, Bisoprolol 2,5mg, Escitalopram 30mg, Dapaglifozina 10mg, Rosvastatina 10mg. Tratou por 10 anos, mas mostrou nenhuma melhora da redução da CMH assimétrica obstrutiva, com evolução desfavorável e classificada como refratária ao tratamento clínico otimizado. Tratamento iniciado por Mavacanteno, na dose inicial de 5mg 01x/dia. Após 28 dias de uso do Mavacanteno pela paciente o ecodopplercardiograma já demonstrou redução significativa dos marcadores de mortalidade quando comparado ao exame antes do início do tratamento. Houve diminuição da espessura septal de 23mm para 19mm e FEVE para 60%, antes era de 72%. **Discussão e Conclusão:** Após o uso de Mavacanteno pela paciente o ecodopplercardiograma já demonstrou redução significativa dos marcadores de mortalidade quando comparado ao exame antes do início do tratamento. Uma melhora da espessura do septo em 17% e o FEVE uma redução de 10%.

Tabela 1: Parâmetros ecocardiográficos antes do tratamento com mavacanteno

RAIZ DA AORTA	35 mm	ASC	2,11 m ²
ATRIO ESQUERDO	50 mm	FEVE	72,8 %
VD	22 mm	ENCURTAMENTO VE	41,5%
VE DIASTOLE	41 mm	VOL DIASTOLICO VE	74 ml
VE SISTOLE	24 mm	VOL SISTOLICO VE	20 ml
SEPTO IV	23 mm	VOL EJETIVO	54 ml
PAREDE POSTERIOR	11 mm	INDICE DE MASSA	139,2 g/m ²

Na tabela 2 segue-se os valores da FEVE, Gradiente e Septo

ANTES DO USO	5 MÊS	3 MESES
FEVE 72,8 %	FEVE 60,0 %	FEVE 64,4 %
SEPTO IV 23 mm	SEPTO IV 19 mm	SEPTO IV 18 mm
GRADIENTE 58 mmHg	GRADIENTE 43 mmHg	GRADIENTE 20 mmHg

2153

Resposta da terapia de ressincronização cardíaca sobre a FMR, PFE, tolerância ao exercício e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca

CHRISTIANE RODRIGUES ALVES, SERGIO LUIZ SOARES MARCOS DA CUNHA CHERMONT, CHRISTIANE WIEFELS REIS, ERIVELTON NASCIMENTO, MARIO LUIZ RIBEIRO, FERNANDA RIBEIRO, EVANDRO TINOCO MESQUITA e CLAUDIO TINOCO MESQUITA.

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) podem apresentar distúrbio de condução do complexo QRS e assincronia ventricular esquerda com indicação para Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC). Alterações na tolerância ao exercício e nos músculos inspiratórios e a fadiga também são comuns na IC e mostram piora na qualidade de vida. A TRC determina melhora na tolerância ao exercício e torna-se relevante o estudo de indivíduos com IC submetidos a TRC. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é investigar o efeito da TRC sobre valores funcionais tais como distância percorrida (DP6M) no teste de caminhada (TC6M), na força muscular respiratória (FMR), no pico de fluxo expiratório (PFE) e qualidade de vida através do Questionário de Qualidade de Vida de Minnesota (QQVM). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, longitudinal, de pacientes com IC submetidos a TRC em um Hospital Universitário (RJ). Foi realizada uma avaliação funcional nos momentos pré TRC (TRC1) e após 6 meses de TRC (TRC2), constituída de TC6M (protocolo da ATS), avaliação da FMR, do PFE, do QQVM, além de avaliação de eletrocardiograma, ecocardiograma, cintilografia e exames laboratoriais. **Análise Estatística:** Teste t-student e coeficiente de correlação de Pearson foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram convidados 17 pacientes com IC e com indicação de TRC. 3 pacientes não completaram o protocolo do estudo e 3 pacientes foram a óbito antes do término do estudo. Completaram o protocolo de acompanhamento 11 pacientes, 4 homens com idade entre 64,6±6,7, peso =69,6±19,9kg e fração de ejeção <35%. Ocorreu aumento na DP6M: TRC1 = 347,3±/-70,5 vs TRC2 = 395,2±68,2m com valor de $p = 0,001$. No PFE também ocorreu melhora significativa TRC1 =280±89ml vs TRC2 =323±/-103,1ml com valor de $p = 0,01$. Na Pimáx ocorreu melhora significativa, TRC1 =35±11 vs TRC2 =46±17cmH₂O com valor de $p = 0,01$. No QQVM também houve resposta significativa pois na TRC1 =65±13,8 pontos vs TRC2 =32,5±14,8 pontos com valor de $p = 0,001$. **Conclusão:** Os pacientes submetidos a TRC apresentaram um déficit na DP6M, no PFE, na FMR e no QQVM e após receber a TRC ocorreu melhora na tolerância ao exercício refletida pelo aumento significativo da DP6M, na Pimáx, no PFE, e no QQVM, sugerindo ganho da FMR após a TRC. Portanto, é importante aumentar a amostra para determinar a magnitude dos achados.

2166

Estudo epidemiológico para diagnóstico de ICfEP pelos escores HFA-PEFF e HFpEF

MICHELLI TAYER LEMOS SCHUMANN, FERNANDO DE AGUIAR NADUR, FELIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES e CAROLINA CASADEI DOS SANTOS.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A prevalência de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICfEP), de acordo com o Estudo Rotterdam, varia em torno de 14% em pessoas entre 85 e 94 anos. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo a análise retrospectiva de pacientes internados no Hospital Samaritano Paulista entre os meses de Julho a Dezembro de 2023 a fim de buscar o diagnóstico de ICfEP e descrever o seu perfil epidemiológico. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, com 38 pacientes, internados no Hospital Samaritano Paulista, no segundo semestre de 2023. Foi realizado através da análise de prontuário eletrônico e coleta de dados preconizados pelos escores HFA-PEFF e HFpEF. Assim, obtendo como resultado quais pacientes receberão o diagnóstico de ICfEP. **Resultados:** Como resultado, foi possível obter dados relevantes a respeito dos pacientes analisados, sendo que 71% do total de pacientes tem o diagnóstico de ICfEP quando usados os 2 escores em associação, 48% quando usado apenas o HFA-PEFF e 52% quando utilizado o HFpEF. Quanto ao perfil epidemiológico destes pacientes, 96,3% são hipertensos; 92,6% idosos (≥65 anos); 81,5% portadores de fibrilação atrial; 51,8% diabéticos; 48% homens; 33,3% obesos e 29,6% com doença renal crônica (ClCr ≤30). **Conclusão:** Assim, conclui-se que a maioria dos pacientes avaliados pelos escores HFA-PEFF e HFpEF diagnosticados com ICfEP são idosos (maior que 65 anos) e hipertensos.

2171

Avaliação genética levando a indicação de cdi em paciente com cardiomiopatia hipertrófica

PEDRO DAVI DA FONSECA CARVALHO TENORIO, ICARO CESAR SOARES DE MENEZES, THAYNA ALMEIDA BATISTA, DAVISON NOELY SALVINO DE OLIVEIRA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, JAQUELINE DE ANDRADE FONSECA, BRUNO MARIANO RIBEIRO GARCIA DE MEDEIROS, MAGDA SUENNY ROCHA SILVA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, PATRICIA BEZERRA ROCHA MONTENEGRO e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) caracteriza-se por um aumento da espessura das paredes do ventrículo esquerdo (VE), estando ausente outras doenças cardíacas ou sistêmicas que levem a uma hipertrofia secundária. Uma das apresentações consiste na hipertrofia predominantemente septal, podendo ser assimétrica. Pode ocorrer obstrução da via de saída do VE (25% dos casos) levando a sintomas de dispneia, baixo débito ou dor torácica. A CMH tem prevalência de 1:500 pessoas, o que a torna uma patologia relevante, visto que pacientes com este quadro estão sob um risco de morte súbita (MS), sendo a principal causa de MS em jovens. O HCM-Risk é um dos escores desenvolvidos para estimar o risco de MS nos pacientes portadores de CHM. **Relato de caso:** F.S.M.A, feminino, 53 anos, em seguimento ambulatorial devido a cardiomiopatia hipertrófica. Admitida na emergência devido quadro de dor torácica e dispneia progressivas há 1 mes. Paciente em uso de betabloqueador em dose otimizada e com pressão arterial controlada. Ecocardiograma realizado durante o internamento evidenciou septo de 19mm, com um gradiente da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) de 50mmHg no repouso. Optado por realizar alcoolização septal. Após o procedimento a paciente melhorou dos sintomas e apresentou uma queda do gradiente em VSVE para 10mmHg. O risco de MS calculado pelo HCM-risk foi de 2,6% (baixo), entretanto teste genético realizado veio positivo para o gene da alfa tropomiosina tipo 1 - TPM1, em heterozigose, o qual está correlacionado com alto risco de MS, sendo então indicado CDI após definição de genótipo. **Discussão e Conclusão:** Dessa forma, mesmo a paciente apresentando u baixo escore quando calculado o HCM -risk, a identificação de uma mutação rara, responsável por menos de 5% dos casos de CMH, modificou a indicação de CDI para prevenção primária. A análise genética nos quadros de CMH é algo novo na cardiologia, mas de grande relevância, ajudando na melhor condução e estabelecimento de prognósticos.

2187

Avaliação do percentual de pacientes com ICfEp em uso de ISGLT2 internados no Hospital Samaritano Paulista

MICHELLI TAYER LEMOS SCHUMANN, FERNANDO DE AGUIAR NADUR, FELIX JOSÉ ALVAREZ RAMIRES e CAROLINA CASADEI DOS SANTOS.

Hospital Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os inibidores do co-transportador de sódio-glicose-2 (ISGLT2) são indicados, segundo diretrizes, para tratamento de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICfEP). De acordo com os estudos EMPEROR- Preserved e Deliver foram demonstrados redução na hospitalização com uso de Empagliflozina e Dapagliflozina, respectivamente. **Objetivo:** Este trabalho tem por objetivo a análise retrospectiva a porcentagem dos pacientes com diagnóstico de ICfEP estão em uso de ISGLT2 internados no Hospital Samaritano Paulista entre os meses de Julho a Dezembro de 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de com 38 pacientes, internados no Hospital Samaritano Paulista no segundo semestre de 2023, através da análise de prontuário eletrônico e coleta de dados, buscando quantificar quantos pacientes diagnosticados com ICfEP estão em uso de ISGLT2. **Resultados:** Após análise dos dados coletados, observamos que, de 27 pacientes diagnosticados com ICfEP apenas 8 deles estão em uso de ISGLT2, o que significa apenas 29,6% dos pacientes analisados. **Conclusão:** Embora as diretrizes preconizem o uso de inibidores do SGLT2, ainda possuímos uma baixa prescrição desta classe de medicamento em portadores de ICfEP internados no Hospital Samaritano Paulista.

2188

Insuficiência cardíaca avançada em homem jovem de etiologia genética com deficiência no filamento C

THIAGO BURGARELLI, LOUISE FREIRE, MARCELO WESTERLUND MONTERA, FERNANDO OSWALDO DIAS RANGEL e ARNALDO RABISCHOFFSKY.

Hospital Pro Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca avançada é caracterizada pela refratariedade do tratamento medicamentoso otimizado, terapias avançadas, sendo indicado, em alguns casos, transplante cardíaco. A etiologia da doença é de extrema relevância para seguimento do caso, sendo que mutação no gene do FLNC é a principal causa das cardiomiopatias dilatadas de origem genética. **Relato de caso:** Paciente, masculino, negro, 23 anos, natural do Rio de Janeiro, história patológica pregressa de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICfER) com teste genético evidenciando doença autossômica dominante com alteração no gene FLNC (Filamento C), AVC isquêmico sem etiologia definida (abril de 2022), implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) Outubro de 2022, em acompanhamento ambulatorial. Durante a realização do teste de ergoespirometria, na fase de esforço, apresentou disparo do dispositivo seguido de lipotímia, apresentando novamente um segundo choque. Trazido de ambulância a emergência no hospital quaternário, já assintomático, e estável hemodinamicamente. Interrogado CDI, detectando taquicardia ventricular sustentada seguida de ATP, posteriormente mantendo TV com menor frequência, com reversão espontânea da taquiarritmia, não sendo detectado disparo do dispositivo. Eletrocardiograma ritmo sinusal, inversão de onda T em D1 e AVL e V3-V6. Extra-sístole ventricular polimórfica, Pro-BNP:10.500pg/ml, ecocardiograma transtoracico disfunção sistólica global grave do VE. Hipocinesia difusa. FE estimada por Simpson em 22% e disfunção do VD. Cintilografia miocárdica sugestivo de disfunção sistólica biventricular, ergoespirometria com VO2 máximo 16.67ml/kg/min. Retorna após 7 meses de alta médica com síndrome gripal (influenza e covid negativos), associado piora de classe funcional NYHA III, congesto. Após estabilização clínica, recebe alta. Iniciado Levosimendana (dose inicial 0.5mcg/kg/h) por 24h, 15 dias após a última alta médica, NT-Pro-BNP:5631pg/ml com sinais clínicos de baixo débito. Após reunião com Heart Time foi indicado transplante cardíaco pelo quadro de IC avançada na dependência de drogas inotrópicas, No momento, paciente se encontra internado nesta unidade, assintomático, classe funcional NYHA II para realização de exames pré-operatórios para transplante cardíaco. **Discussão e Conclusão:** A importância de centros e profissionais capacitados para manejo de pacientes com IC avançada é de suma importância no seguimento do paciente. Dessa forma, o diagnóstico etiológico de origem genética é um campo pouco explorado na maioria dos países pelo custo do exame, mas traz novas perspectivas no campo médico.

2292

Análise de tempo de espera de priorização de transplante cardíaco em um hospital de referência no Rio de Janeiro

LUISA WAGNER DO REGO BARROS, JACQUELINE SAMPAIO DOS SANTOS MIRANDA, ANTONIO FELICIANO FATORELLI, ANA LUIZA FERREIRA SALES, ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI, CAROLINE SILVA GOUVEA MARQUES, LIGIA BEATRIZ CHAVES ESPINOSO SCHTRUK, MARIANE DE OLIVEIRA LAURÊNCIO e TEREZA CRISTINA FELIPPE GUIMARÃES.

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

Fundamento: O transplante cardíaco representa uma importante modalidade terapêutica para pacientes com insuficiência cardíaca avançada, oferecendo uma chance de sobrevida e melhora da qualidade de vida. No Brasil, o programa de transplante cardíaco começou na década de 80 e o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é referência nacional nesse campo. A priorização de tempo em transplante cardíaco é um processo complexo e crucial para garantir a alocação de órgãos de forma justa e eficiente. Apesar disso, ainda não existem análises sobre o tempo de espera de priorização de transplante no Rio de Janeiro. **Objetivo:** Descrever o tempo de espera de priorização de transplante cardíaco em um hospital de referência no Rio de Janeiro. **Delineamento e Métodos:** Estudo observacional, transversal com pacientes com insuficiência cardíaca avançada que foram priorizados para a realização de transplante cardíaco de 2014 a 2024 no INC. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, tempo de espera na lista de transplante, mortalidade e tempo de sobrevida pós-transplante. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial. **Resultados:** De 2014 a 2024, 48 (30%) pacientes foram priorizados na fila de espera por transplante cardíaco, com mediana de tempo de espera após a priorização de 13,5 (03-39,5) dias. Os pacientes tinham média de idade de 43 ±15, sexo predominantemente masculino para receptor (77,1%) e doador (71,7%), etnia autodeclarada branca (55,8%). As etiologias mais frequentes foram idiopática (34,8%) e por miocárdite (26,1%). A mortalidade pós-transplante foi de 51,1%, tempo de sobrevida pós-transplante 365 (27,5-1095) dias. Com relação ao tipo sanguíneo, 41,3% tinham tipo O e 37% tipo A, com 90,5% fator RH positivo. As variáveis clínicas e sociodemográficas não foram associadas ao tempo de espera de priorização. **Conclusão:** A análise detalhada do tempo de espera na lista de transplante cardíaco e seus desfechos clínicos revelou informações cruciais para aprimorar a prática de alocação de órgãos e a gestão de pacientes com IC avançada. A identificação de disparidades no acesso aos cuidados de saúde, a alta taxa de mortalidade pós-transplante e o tempo de sobrevida variável pós-transplante destacam a importância de políticas de intervenção direcionadas para garantir uma distribuição mais equitativa dos órgãos disponíveis.

2304

Sobrevida em seguimento de 15 anos em pacientes com cardiomiopatia chagásica: análise de uma coorte no Brasil

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

INCOR, HC/FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC) é uma das principais etiologias da insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) no Brasil, impactando significativamente a saúde pública em regiões endêmicas. Este estudo visa investigar a sobrevida em 15 anos de seguimento em pacientes afetados pela CCDC, oferecendo insights valiosos para estratégias de manejo e tratamento. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é avaliar a sobrevida da CCDC em um centro de referência. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trabalho retrospectivo, observacional e unicêntrico que avaliou o prontuário de 8072 pacientes com ICFER, entre janeiro de 2006 e setembro de 2021. Os pacientes foram divididos em dois grupos: 1084 (13,4%) apresentavam CCDC e 6988 (86,6%) cardiomiopatia não-chagásica (NCCDC). O desfecho avaliado foi mortalidade por todas as causas ou transplante cardíaco. Para dados basais, utilizou-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para variáveis numéricas e o teste Qui-quadrado para as categóricas. Foram elaborados gráficos de sobrevida cumulativa (Kaplan-Meier) para ilustrar a sobrevida livre de eventos por etiologia da ICFER. Valores de p < 0,05 foram considerados significativos. **Resultados:** Entre os NCCDC, 2748 (34,0%) possuíam etiologia isquêmica, 1504 (18,6%) idiopática, 1015 (12,6%) hipertensiva e 782 (9,7%) valva. Ocorreram 2348 (33,6%) desfechos no grupo NCCDC e 567 (52,7%) no grupo CCDC. Os pacientes com CCDC possuíam menor mediana de idade [65 (57 - 73) anos versus 68 (59 - 77) anos; p <0,001] e de FEVE [30,0 (25,0 - 35,0)% versus 30,0 (25,0 - 35,0)% ; p<0,001] do que os NCCDC, assim como menor percentual de homens [615 (56,7%) versus 4568 (65,4%); p <0,001] e de comorbidades [920 (84,8%) versus 6589 (94,3%); p<0,001]. Além disso, o grupo CCDC possuía maior prevalência de pacientes em classe funcional III e IV [316 (29,1%) versus 1293 (18,5%); p<0,001] e em uso de terapia tripla [604 (55,7%) versus 3096 (44,3%); p<0,001]. A mediana de sobrevida geral foi de 8,917 (5,667 - 12,083) anos, sendo menor no grupo CCDC quando comparado ao NCCDC [7,083 (4,354 - 10,333) anos versus 9,167 (5,917 - 12,333) anos; p<0,001]. O grupo CCDC apresentou uma sobrevivência livre de eventos menor do que as demais etiologias para ICFER (10,407 anos; IC 95% 9,080 - 9,735 versus 11,711 anos; IC 95% 11,596 - 11,826; p < 0,001). **Conclusão:** A CCDC apresenta um pior prognóstico em comparação com a NCCDC, apesar de serem mais jovens e terem uma taxa maior de tratamento tripla. O estudo ressalta a complexidade da CCDC, evidenciado por uma maior taxa de mortalidade e transplante cardíaco ao longo de 15 anos.

2312

A evolução da taxa de mortalidade no tratamento de insuficiência cardíaca no Brasil na última década

ANA SOFIA REMÍGIO CARVALHEIRA, YASMIN FONTES SCHMIDT, JULIA COSTA EVANGELISTA, LUAN FERNANDES LINS, KAIKY PEDRO DE SOUZA FREITAS, AUGUSTO PESSOLI FRIZZO, MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS, YLINA PEREIRA DE MESQUITA, IRIS CAROLINE DE OLIVEIRA MOURA, NICOLLE INTERAMINENSE GATTÁS e DÁRIO CESLESTINO SOBRAL FILHO.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é extremamente prevalente no Brasil, com cerca de 2 milhões de indivíduos vivendo com a doença, além de apresentar também elevada taxa de mortalidade, com uma sobrevida após 5 anos do diagnóstico podendo chegar a apenas 35%. No Brasil, esse desfecho se acentua de forma expressiva no ambiente intra-hospitalar durante o curso de tratamento da IC. **Objetivo:** Analisar a evolução da taxa de mortalidade no tratamento de insuficiência cardíaca no Brasil durante a última década. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Um estudo coorte transversal retrospectivo foi realizado utilizando informações do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), contido na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram coletados levando em consideração a taxa de mortalidade no tratamento de insuficiência cardíaca no período entre janeiro de 2013 a dezembro de 2023 no Brasil, segundo Região/Unidade da Federação. Após a coleta de informações, foi realizada uma análise de relação entre as variáveis, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** No período de 2013 a 2023, a taxa de mortalidade por IC no Brasil teve um aumento de 23% (de 9,54% para 11,74%). Este aumento se repete em todas as regiões, especialmente na região Nordeste, com 31,67% de aumento, seguido pela região Norte, com 27,27%, pela região Sul, com 22,24% e pela Sudeste, que persiste com a maior taxa de mortalidade (13,10 em 2023), com aumento de 20,07%. Por fim, a região Centro-Oeste registrou a menor elevação das taxas de mortalidade entre as regiões, com 7,95%. Ao analisar os valores anuais, percebe-se que houve uma crescente de 2013 até 2021, quando, em 2021, atingiu-se o ápice com uma taxa de mortalidade total de 13,47, seguido por um decréscimo nestes valores de 2021 a 2023 com uma queda de 12,84% nesses três anos. Diante da análise de um intervalo de tempo equivalente, dos três anos anteriores a 2021 (2019 a 2021), observa-se um aumento de 18,76% nestes valores. **Conclusão:** A mortalidade por Insuficiência Cardíaca progrediu na última década no país, atingindo seu ápice no período pós-pandemia da Covid-19. Esses dados indicam uma relação entre a qualidade do serviço de saúde ofertado pelo SUS em um cenário pré, pós e durante a pandemia. Serviço tal que se mostra sobrecarregado e incapaz de conter a mortalidade por IC, em razão da limitação dos leitos disponíveis e seleção de casos mais graves para internação. Tais dados confirmam a subestimação perante a IC descompensada em comparação a outras doenças e seu manejo durante o período de quarentena. Portanto, revela-se dados significativos sobre a evolução da mortalidade por insuficiência cardíaca no país, notando-se a urgência por uma maior mobilização governamental no tratamento e contenção dos casos no âmbito público.

2320

Alterações do coração direito e o pior prognóstico da insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada

CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, ENZO MACÊDO NUNES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, MARIA EDUARDA XAVIER DAS CHAGAS FERREIRA, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL - UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) direita é mais frequente na presença de IC esquerda. A disfunção do coração direito é evidenciada como importante marcador de mau prognóstico da IC. No entanto, essa relação é pouco descrita e explorada, especialmente em casos de IC de fração de ejeção preservada (ICFEP). **Objetivo:** Avaliar a associação entre alterações do coração direito e a mortalidade dos pacientes internados por ICFEP descompensada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal e analítico, o qual avaliou pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, internados por ICFEP descompensada em hospital terciário de cardiologia durante todo o ano de 2021. Como critério de inclusão, o motivo do internamento foi IC descompensada e registro de informações ecocardiográficas além dos desfechos. Para avaliar a associação das variáveis, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5%. Estudo aprovado no comitê de ética local. **Resultados:** Analisado um total de 165 pacientes. A média de idade foi 63±16 anos, sendo 58% mulheres. Do total, 86% dos pacientes eram portadores de hipertensão, 61% de sobrepeso ou obesidade, 36% de diabetes mellitus tipo 2 e 32% de fibrilação atrial. À admissão hospitalar, 85% dos pacientes estavam em classe funcional NYHA III ou IV; além disso, o perfil de descompensação da IC mais comum foi o perfil B, 70%. A fração de ejeção média da amostra foi de 63±8%. Dentre os pacientes, 75% receberam alta hospitalar e 25% evoluíram para óbito. Para os pacientes internados com ICFEP descompensada, houve relação entre alterações de parâmetros ecocardiográficos do coração direito e seus desfechos. Primeiramente, em relação ao diâmetro das câmaras direitas: dos pacientes que foram a óbito, 65% possuíam átrio direito (AD) aumentado e 55% ventrículo direito (VD) aumentado; enquanto daqueles que receberam alta, apenas 38% apresentavam aumento de AD ($p=0,003$) e 28% de VD ($p=0,002$). A hipertensão pulmonar esteve presente em 68% dos pacientes que evoluíram para óbito e em 42% daqueles que receberam alta hospitalar ($p=0,006$). A presença de insuficiência tricúspide moderada ou grave também apresentou significância estatística em relação à mortalidade, presente em 60% dos pacientes que morreram e apenas em 27% daqueles que receberam alta hospitalar ($p<0,001$). **Conclusão:** De acordo com os dados da amostra, as sobrecargas volumétrica (aumento de câmaras) e pressórica (hipertensão pulmonar) direitas em pacientes internados por ICFEP descompensada foi sinal de pior prognóstico. Este estudo ratifica a associação entre alterações das câmaras cardíacas direitas e mortalidade em pacientes internados por IC.

2364

Perfil das internações de insuficiência cardíaca no Brasil: um estudo de séries temporais

IANE DA ROCHA TEMPORAL, NÍCOLAS GABRIEL DE OLIVEIRA, TIAGO DE CARVALHO BARBOSA e MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica complexa e progressiva, caracterizada pela incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para atender às necessidades metabólicas do corpo. Apesar de ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, estudos recentes sugerem uma tendência de redução na mortalidade por IC, inclusive no Brasil. No entanto, a IC ainda representa um desafio importante para os sistemas de saúde. **Objetivo:** Avaliar as mudanças nos perfis das internações de pacientes com IC no Brasil no período de 2013 a dezembro de 2022. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo que envolve a análise de séries temporais da taxa de internações de pacientes com IC no âmbito do SUS. As informações relacionadas aos pacientes, caráter do atendimento foram coletadas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, bem como as informações para o cálculo da taxa de internação. A variação percentual anual (VPA) média das taxas de internação foi estimada através de uma regressão linear generalizada de Prais-Winsten. **Resultados:** No período selecionado, foram registrados ao todo 2.244.753 internações de pacientes com IC no Brasil, dos quais 1.160.016 (51,6%) foram do sexo masculino. No geral, a taxa de internação apresentou uma tendência de decréscimo de -2,74% (p = 0,004), refletida também entre os pacientes do sexo masculino (-2,48%; p =0,006) e feminino (-2,81%; p =0,014). Houve uma tendência de queda nas internações em todas as faixas etárias: abaixo de 25 anos (-4,40%; p <0,001), entre 25 e 50 anos (-2,58%; p =0,029) e acima de 50 anos (-2,68%; p =0,004). Em relação ao caráter dos atendimentos, as internações eletivas mostraram uma leve tendência de aumento (0,57%; p =0,499), enquanto as de urgência apresentaram uma tendência de decréscimo (-2,91%; p =0,003). **Conclusão:** Os dados indicam uma redução nas internações por IC no Brasil ao longo do período analisado, tanto globalmente quanto em diferentes grupos demográficos, sugerindo melhorias na prevenção e manejo da condição. O aumento nas internações eletivas, em contraposição a queda internações de urgência, sugere eficácia nas medidas preventivas e, muito provavelmente, na disponibilidade das drogas redutoras de mortalidade na IC. Em suma, as estratégias da saúde pública no Brasil mostram redução da incidência e internação de urgência por insuficiência cardíaca.

2372

Choque cardiogênico por rejeição humoral por anticorpos não-HLA?: relato de caso

BIANCA ALICE SOUZA, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, MARIA DE FATIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA e RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO.

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

Fundamento: Estudos demonstram que a persistência de anticorpos anti-HLA (antígeno leucocitário humano) pré-formados no pós-transplante está associada ao maior risco de desenvolvimento de DSA (donor specific antibody). Além dos DSA, os anticorpos não HLA podem contribuir para os mecanismos da rejeição mediada por anticorpos. Os mais comuns são os anticorpos contra células endoteliais, autoantígenos (ativimentina e antimiosina), aloantígenos polimórficos, como MICA e MICB, e anticorpos antirreceptor AT1, no entanto eles não são medidos rotineiramente no ambiente clínico. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 24 anos, no 4o ano do pós-operatório de transplante cardíaco, com diagnóstico prévio de cardiomiopatia periparto e PRA Classe I 61%/ Classe II 0%, admitida em enfermaria com queixa de dor abdominal e dispnéia há 02 semanas. Apresentava sinais clínicos compatíveis com choque cardiogênico e relato de suspensão de imunossupressores. Em unidade de terapia intensiva, paciente em uso de dobutamina e posterior associação com milrinone. Optado pelo início de pulsoterapia com metilprednisolona, por 5 dias, no entanto, por persistência do choque, realizado implante de balão intra-aórtico e seguido tratamento com pulsoterapia com timoglobulina. Para ajustes volêmicos e metabólicos, iniciado hemodiálise. Em laudo de biópsia, coletada na admissão, rejeição celular grau 2R, mas ausência de sinais histopatológicos e imuno-histoquímicas de rejeição humoral; e em novo painel, ausência de DSA. Na refratariedade do caso, decidido por terapia com plasmáfereze e imunoglobulina após 18 dias de internamento. Durante sessões, paciente evoluiu com infecção de corrente sanguínea, com choque vasoplégico e necessidade de interrupção do tratamento. Após compensação infecciosa, retornado sessões de plasmáfereze, com posterior melhora de choque cardiogênico e desmame de drogas vasoativas. Realizada nova biópsia, com resultado de grau 0R e ausência de sinais histopatológicos e imuno-histoquímicos de rejeição humoral. Atualmente, paciente acompanhada em ambulatório de insuficiência cardíaca em uso de tacrolimus 8mg/d, micofenolato sódico 720mg/d, prednisona 20mg/d e persiste terapia renal substitutiva em clínica de hemodiálise. **Discussão e Conclusão:** A pesquisa imunopatológica de rejeição humoral deve ser realizada de forma seriada, na avaliação da presença de anticorpos, que são base da ativação da resposta imune e lesão do enxerto. O sistema HLA é o mais comumente envolvido, no entanto outros sistemas devem ser considerados na presença de rejeição humoral do ponto de vista clínico e anatomopatológico, na ausência de anticorpos anti-HLA. Nesses casos, orienta-se tratamento incluindo supressão das células T, eliminação de anticorpos circulantes e supressão das células com corticosteroide, plasmáfereze, imunoglobulina e rituximabe.

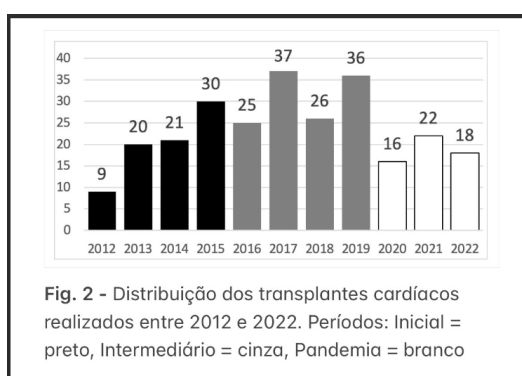
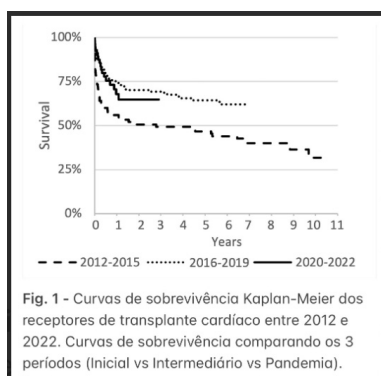
2381

Impacto da COVID-19 na mortalidade dos indivíduos submetidos à transplante cardíaco em um centro do nordeste brasileiro: um coorte retrospectivo de 10 anos

LARISSA DE OLIVEIRA BELTRÃO, DIOGO LUIZ DE MAGALHÃES FERRAZ, FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA, VERÔNICA SOARES MONTEIRO, CRISTIANO BERARDO CARNEIRO DA CUNHA, IGOR TIAGO CORREIA SILVA, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO e BRUNA GOMES CASTRO.

Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS, Recife, PE, BRASIL - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A pandemia do vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) impactou profundamente o funcionamento dos sistemas de saúde, levando a uma redução no número de doadores de órgãos, ao aumento da mortalidade nas listas de espera para transplantes e a uma alta taxa de mortalidade entre pacientes infectados por COVID-19. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar a mortalidade por COVID-19 e a sobrevida global no Nordeste do Brasil. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo coorte retrospectivo, envolvendo 255 indivíduos submetidos a transplante cardíaco entre julho de 2012 e dezembro de 2022. Os dados foram analisados estatisticamente através do software STATA versão 18. A sobrevida global foi gerada por meio do método de Kaplan-Meier. **Resultados:** A pandemia da COVID-19 no Brasil começou em março de 2020, quando 184 pacientes ainda estavam vivos. Destes, 38 indivíduos contraíram o SARS-CoV-2 resultando numa taxa de mortalidade de 39,5% (15 pacientes). Dezenove pacientes faleceram no mesmo período por outras causas. COVID-19 foi responsável por 44% de todas as mortes durante este período. Embora sem significância estatística, esses dados alteraram a curva de sobrevivência da população transplantada (Figura 1). O número de transplantes realizados por ano também foi afetado pelas doações de órgãos nesse período. Categorizamos os períodos de transplante em três grupos em nosso centro: o período Inicial (2012-2015) com média de 20 HTx/ano, o período Intermediário (2016-2019) com média de 31 HTx/ano, e o período Pandêmico (2020-2022) com média de 18,7 HTx/ano (Figura 2). **Conclusão:** Observou-se elevada taxa de mortalidade entre a população infectada pela COVID-19 em nossa região, superando a de outras coortes brasileiras. Fatores socioeconômicos e acesso limitado à saúde podem ter contribuído para esse desfecho.



2387

Perfil de pacientes com insuficiência cardíaca avançada em hospital terciário de cardiologia em 2021

GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, MARIA EDUARDA XAVIER DAS CHAGAS FERREIRA, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: Com o avançar das terapias para insuficiência cardíaca (IC) e a consequente redução da mortalidade, o número de indivíduos convivendo com o estágio avançado da doença é crescente. Assim, a hospitalização por descompensações agudas é frequente. Mapear o perfil dos pacientes internados, suas comorbidades e a gravidade do quadro são essenciais para estimular o tratamento otimizado global e reduzir a recorrência de internações futuras. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a gravidade da descompensação de pacientes hospitalizados por IC avançada. **Materiais e Métodos:** Coorte retrospectiva que analisou indivíduos internados por agudização de IC avançada durante todo o ano de 2021. O estudo foi realizado em centro de referência em Cardiologia do Norte/Nordeste. Análise aprovada pelo comitê de ética local. **Resultados:** Amostra composta por 47 pacientes, 70,2% homens. Média de idade de 56,8 anos, mínimo de 22 e máximo de 81 anos. Dentre as etiologias, destacou-se a isquêmica com 41,1%, seguida da valvar, 11,7% e doença de chagas, 8,8%; as miocardites foram responsáveis por menos de 3%. Dos pacientes analisados, ao chegar à emergência, 61,7% apresentavam classe funcional NYHA IV, 23,4% NYHA III, 6,3% NYHA II e 10,6% NYHA I. Quanto ao perfil de descompensação da IC, 64,4% estavam em perfil B, 31,1% perfil C, 4,4% perfil A e nenhum em perfil L. Sobre as comorbidades, encontrou-se: hipertensão arterial (68%), tabagismo (47,5%), etilismo (41,4%), diabetes mellitus tipo 2 (34,7%), fibrilação atrial (25,5%), doença coronariana (23,4%), doença de chagas (10,6%) e febre reumática (4,2%). De antecedentes relevantes obteve-se troca valvar: 8,5%, angioplastia: 4,2%, presença de marcapasso definitivo: 6,3% e cirurgia de revascularização miocárdica: 6,3%. Ademais, 44,6% dos pacientes necessitaram de cuidados intensivos. Do total de pacientes, 84% receberam alta hospitalar e 16% evoluíram para óbito. **Conclusão:** Na amostra estudada, houve mais homens em sua sexta década de vida internados por IC avançada descompensada. A etiologia mais frequente foi a isquêmica e o perfil de pacientes é grave, porém com mortalidade menor que a esperada.

2400 Aplicativo cuidativo-educacional para pessoa com insuficiência cardíaca em situação de vulnerabilidade em saúde VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO, JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES, THIAGO SANTOS GARCES, THIAGO MARTINS DE SOUSA, VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA e THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL. Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é um dos maiores problemas de saúde mundiais, com repercussões negativas para pacientes, familiares, profissionais e sistemas de saúde, dado caráter progressivo da doença e descompensações. Nesse ínterim, as tecnologias cuidativo-educacionais têm se mostrado promissoras na IC, destacando-se os aplicativos em plataforma móveis, por constituírem uma forma de cuidar contínua, autônoma e dialógica. Objetivo: Desenvolver aplicativo para pessoa com insuficiência cardíaca em situação de vulnerabilidade, com evidências de validade de conteúdo, aparência e leitura. Materiais e Métodos: Estudo metodológico, conduzido pelo Codesign. O aplicativo foi desenvolvido com o auxílio de 72 atores (15 pessoas com a doença; 19 familiares e cuidadores; 35 profissionais da equipe de saúde; dois pesquisadores e um design e desenvolvedor). Já nas evidências de validade de conteúdo e aparência do aplicativo ocorreu com a participação de 56 atores (20 pacientes com IC; nove familiares e dois cuidadores; 21 profissionais pesquisadores, docentes e assistenciais; e 15 profissionais das tecnologias da informação e comunicação). Calculou-se o Content Validity Ratio (CVR) para avaliação do conteúdo e Índice de Validade de Aparência (IVA) para aparência. Para avaliar a confiabilidade, realizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI). A leitura foi avaliada pelo Índice de Facilidade de Leitura de Flesch. O estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de Parecer 4.234.508. Resultados: A partir da construção do aplicativo com base na literatura científica, lojas virtuais e a percepção de profissionais da equipe de saúde e pessoas com IC e seus familiares/cuidadores, a tecnologia organizou-se em cinco sessões: Conteúdo educativo (funcionamento cardíaco; definição, causas, classificação, exames diagnósticos, sinais e sintomas, complicações e tratamentos da IC; vulnerabilidade em saúde; (auto)cuidado e atividades diárias; atividade sexual e planejamento familiar; vacinações; alimentação e controle hídrico; redes de apoio; suporte emocional, social e familiar; a equipe multiprofissional; cuidados paliativos e alta hospitalar); Monitoramento (cardíaco, comportamento saudáveis, sintomas de alarme, medicamentos, bem-estar e qualidade do sono); Exames (laboratoriais, de traçado, imagem e testes), Alarmes (consultas, medicamentos e exames) e Contatos. O aplicativo apresentou-se adequado quanto ao conteúdo (CVR=0,99; p>0,05; CCI=0,77[IC95%=0,71-0,84]), aparência (IVA=0,94; p>0,05; CCI=0,95[IC95%=0,90-0,98]) e escore de leitura indicando a fácil compreensão dos tópicos educativos (62,2±14,2; p<0,001). Conclusão: O aplicativo revelou evidências de validade e de fácil leitura para promover educação e (auto)cuidado dos participantes do estudo.

2406 Perfil clínico dos pacientes com Takotsubo e choque cardiogênico com evolução para óbito: Registro Brasileiro de Takotsubo, Takosubo Br-R MARCELO WESTERLUND MONTERA, VICTOR SALVATORI BARZILAI, FABIO FERNANDES, VERA MARIA SALAMI COURY, ESTEVAO LANA FIGUEIREDO, MARCUS VINICIUS SIMOES, ADRIANO MENDES CAIXETA, MARCO ANTONIO MATTOS e LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA. Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - INCOR, São Paulo, SP, BRASIL. Fundamento: Os pacientes com Takotsubo (Tk) embora sejam considerados com bom prognóstico, podem evoluir com Choque Cardiogênico(CC),com aumento na mortalidade intra-hospitalar (MIH).Não esta bem definido no Brasil e em registros internacionais o perfil clínico dos pacientes com Tk-CC que evoluem para o óbito (Tk-CC-O). Objetivo: Determinar o perfil clínico dos pacientes com Tk-CC que evoluíram para o óbito intra-hospitalar. Delineamento, Materiais e Métodos: Este é um estudo retrospectivo, observacional,multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram comparadas as variáveis clínicas,terapêuticas,ECG, ecocardiograma (ECO) e coronariografia (CAT) dos pacientes que evoluíram com Tk-CC-O versus Tk-CC-fo. Foi realizado análise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk-CC-O. Resultados: 448 pacientes hospitalizados com Tk sendo que 66 pacientes (16,6%) evoluíram com Tk-CC, com uma MIH de 25,8% cerca de seis vezes em relação aos pacientes com Tk sem CC (4%). Os pacientes que evoluíram com Tk-CC-O apresentaram significativa associação EAP (70% VS 18%; P<0,0007) e HAS (34% vs 12,5%;p=0,05), sem diferenças nas demais variáveis clínicas. Não foram observados associações significativas nas alterações no ECG,ecocardiograma e CAT,com Tk-CC-O. Na terapêutica utilizada durante a internação, os pacientes que conseguiram usar BB (8,8% VS 43%; P=0,001) e IECA/BRA (12% vs 39%;p=0,01) apresentaram uma associação com Tk-CC-fo. O uso de Vasopressina demonstrou estar associados a evolução para Tk-CC-O (47% vs 18%; p=0,02). Na regressão logística a presença de EAP(OR:16;IC95%:3,8-68;p=0,0001) demonstrou associação de Tk c/ CC-O e o uso de BB (OR:0,18;IC 95%:0,03-0,9;p=0,03) e IECA/BRA (OR:0,17;IC 95%:0,03-0,9;p=0,0003),com associação de Tk-CC-fo. Conclusão: O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou que os pacientes com Tk-CC associado com EAP apresentaram uma significativa associação de evolução para Óbito. Os pacientes que conseguiram utilizar a terapêutica com IECA/BRA e BB apresentaram uma significativa associação com sobrevida, demonstraram serem fator protetor ou indicador de um melhor prognóstico em pacientes com TK-CC.
--

2435

Avaliação diagnóstica de Takotsubo versus Miocardite pela ressonância magnética cardíaca

MARCELO WESTERLUND MONTERA, FABIO FERNANDES, ADRIANO MENDES CAIXETA, VERA MARIA SALEMI COURY, AMARINO OLIVEIRA, JULIANA SERAFIM e HANZ PETER SCHULTHEISS.

Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - IIKDT, Berlim, GERMANY - INCOR, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A diferenciação dos pacientes com Takotsubo (Tk) com Miocardite (MC) é um desafio pois apresentam muitas semelhanças na apresentação clínica e nos exames complementares. A Ressonância Magnética cardíaca (RMC) pode ser um importante instrumento para diferenciar a Tk da MC. **Objetivo:** Determinar o perfil dos achados da RMC dos pacientes com Tk e MC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, comparativo entre pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria), com pacientes com diagnóstico de MC aguda e sub-aguda comprovado por biopsia endomiocárdica. Foram comparadas as características clínicas e achados da RMC de ambos os grupos, com análise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk e MC. **Resultados:** 220 pacientes foram avaliados, sendo 130 com Tk e 90 com MC. Os pacientes com Tk apresentavam maior prevalência de mulheres (P<0,0001), idade média 65±14 VS 43±13; P<0,0001, e associação de IDADE >48 anos pela curva ROC: AUC=0,8; P<0,0001. Na análise da RMC os pacientes com Tk apresentavam menor grau de disfunção ventricular com FEVE: 52±12,8%; P<0,0001 e a associação de FEVE> 37% pela curva ROC: AUC=0,8/P<0,0001. Os pacientes com MC apresentavam Realce tardio positivo (RT+) em 70,6% (P <0,0001), com significativo acometimento de paredes anterior (P=0,0006), septal (p<0,0001), inferior (p<0,0001) e lateral (p<0,0001) e distribuição do RT+ transmural P=0,01; mesocárdico (P<0,001); e epicárdico (0,03). Edema: 29,2% vs 10%; p<0,0006 demonstrou maior associação com Tk. Na análise da alteração segmentar 33,8% dos pacientes com Tk apresentavam balonamento (p<0,0001), e hipocinesia ou acinesia em 89,4% anterior (p<0,0001), e 87% apical (p<0,0001). Hipocinesia difusa foi observada somente nos pacientes com MC (p<0,0001). Na regressão logística as variáveis mulher (OR:72; p<0,0001) idade>48 anos (OR:59,2; p<0,0001) FEVE>37% (OR:20,3; p=0,0002) alteração segmentar Anterior (OR:14,9; p=0,008) demonstraram associação com Tk. A presença de RT + em parede Lateral (OR:0,07; p=0,008) e Septal (OR:0,01; p<0,0001) demonstram associação com MC. **Conclusão:** A RMC em pacientes mulheres com idade >48 anos e FEVE>37%, com alteração segmentar em parede anterior e balonamento fortemente estão associados com diagnóstico de Tk. A presença de RT+, e hipocinesia difusa estão significativamente associados ao diagnóstico de MC.

2443

Análise do desfecho clínico de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada a partir do grau de fração de ejeção do ventrículo esquerdo em hospital cardiológico terciário

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, ENZO MACÊDO NUNES, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS, MARIA EDUARDA XAVIER DAS CHAGAS FERREIRA, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa de distribuição global, com elevada morbimortalidade associada. A partir da determinação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), pode-se classificar a IC em três fenótipos: IC com FE reduzida (ICFER) para FE<40%, IC com FE levemente reduzida (ICFEIr) quando FE entre 40% e 49,99% e IC com FE preservada (ICFEp), em casos de pacientes com FE≥50%. Tal parâmetro é importante na avaliação prognóstica desses pacientes e influencia diretamente no manejo clínico da IC. **Objetivo:** Analisar o desfecho clínico de pacientes internados por IC descompensada baseando-se no grau da FEVE. **Delineamento** **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal analítico, realizado em centro cardiológico terciário, a partir de uma amostra de pacientes, sem limitação de faixa etária, internados por descompensação de IC quaisquer etiologias. A coleta de dados foi realizada durante doze meses mediante acesso a prontuário eletrônico. O nível de significância utilizado foi 5%, adotando o teste Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Amostra total de 562 pacientes, com idade média de 63±14,5 anos, variando de 19 a 102 anos, sendo 57,8% homens. Dos pacientes internados, 309 possuíam ICFER; 88, ICFEIr; e 165, ICFEp. Analisando o desfecho "tempo de hospitalização", predominou nos três grupos tempo de internamento ≤15 dias, correspondendo à 61,2% dos ICFER, 61,4% dos ICFEIr e 52,1% dos ICFEp (p=0,138). Por sua vez, 20,4% dos pacientes com ICFER, 15,9% do grupo ICFEIr e 26,1% do grupo ICFEp passaram > 30 dias hospitalizados (p=0,142). Quanto à taxa de reinternamento por IC descompensada, dentro de 1 ano após a alta, tem-se os seguintes valores: 26,7% daqueles pacientes com ICFER, 25,3% daqueles com ICFEIr e 23,6% daqueles com ICFEp. Em termos de evolução para alta ou óbito, tem-se que: dos pacientes com ICFER, 83,1% receberam alta, enquanto 16,9% foram a óbito. Dos pacientes com ICFEIr, 82,8% receberam alta, enquanto 17,2% foram a óbito. Já nos pacientes com ICFEp, 75,2% receberam alta, enquanto 24,8% foram a óbito (p=0,101). **Conclusão:** Dentre os três fenótipos, o grupo ICFEp, apesar de associado a um período de hospitalização mais prolongado, apresentou um menor índice de reinternamento que os demais. Além disso, pacientes ICFEp internados por descompensação tiveram maior taxa de óbito em comparação com os pacientes com ICFER e com ICFEIr, os quais tiveram taxas semelhantes entre si. Esses resultados, entretanto, não foram estatisticamente significativos, pois p>0,05. Tal achado diverge de dados presentes na literatura, que indicam maior mortalidade em pacientes com FEVE reduzida.

2446

Perfil clínico dos pacientes com Takotsubo que evoluíram com choque cardiogênico: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WESTERLUND MONTERA, FABIO FERNANDES, ADRIANO MESNDES CAIXETA, LOUISE FREIRE, PEDRO GABRIEL MELO BARROS, BERNARDO ABREU, DANIELLI OLIVIERA LINO e VICTOR SALVATORI BARZILAI.

Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Incor, São Paulo, SP, BRASIL - Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Os pacientes com Takotsubo (Tk) usualmente evoluem com bom prognóstico intra-hospitalar. O perfil clínico dos pacientes que evoluem com Choque Cardiogênico (CC), não estão bem definido no Brasil e nos grandes registros internacionais. **Objetivo:** Definir o perfil dos pacientes hospitalizados com Tk que evoluíram com CC e sem CC (Tk-ñCC). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Os pacientes foram separados em Tk-CC e Tk-ñCC, onde foram avaliadas as variáveis clínicas, ECG, ecocardiograma (ECO) e coronariografia (CAT) na admissão hospitalar. Foi realizado análise univariada com qui-quadrado e regressão logística-stepwise para identificação das variáveis associadas a Tk-CC. **Resultados:** 448 pacientes hospitalizados com Tk sendo que 66 pacientes (16,6%) evoluíram com Tk-CC. Os pacientes com Tk-CC demonstraram maior prevalência de sexo masculino (20% VS 9,7%; P=0,01); apresentação clínica de PCR (17% VS 1%; P< 0,0001); EAP(15,4%% VS 5,5%; P<0,003); Infecção (20% vs 9,9%;p=0,01.No ECG a presença de FA/Flutter (19,7% vs 6,3%;p=0,0003) foi o única variável associada com Tk-CC. No ECO a alteração segmentar de Balonamento (44% VS 33%;P=0,07) e disfunção do VD(10,8% VS 3,8%; P=0,01) apresentaram associação Tk-CC. A presença de Dor torácica (29% VS 80%; P<0,0001), Inversão de onda T(15,2% VS 32%; P=0,006) no ECG e de DAC obstrutiva no CAT (26% vs 36% ; p=0,03) demonstraram associação com Tk-ñCC. Na regressão logística as variáveis PCR(OR:16;IC95%:3,8-68;p=0,0001) Gatilho pós-procedimento(OR:7,9;IC 95%:3,0-20;p<0,0001); Gatilho Físico(OR:4;IC95%:1,8-8,7;p=0,0003), FA/Flutter(OR:2,8;IC 95%:1,0-5,8;p=0,03) demonstram associação de Tk c/CC. E as variáveis Dor torácica (OR:0,2;IC 95%:0,1-0,4; P<0,0001) e inversão de onda T (OR:0,31;IC95%:013-07;P=0,008) com Tk-ñCC. **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou uma significativa associação de Tk com evolução para CC os pacientes com apresentação clínica de PCR, gatilho pós-procedimento, gatilho físico e com FA/Flutter atrial na admissão hospitalar. A presença de dor torácica e inversão de onda T no ECG demonstraram associação com menor desenvolvimento de CC.

2448

Mortalidade intra-hospitalar dos pacientes com Takotsubo: Registro Brasileiro de Takotsubo (Takosubo Br-R)

MARCELO WESTERLUND MONTERA, FABIO FERNANDES, MARCUS VINICIUS SIMOES, BERNARDO NOYAABREU, LOUISE FREIRE, WOLNEY MARTINS, JOSE RIBAMAR COSTA e LIDIA ANA ZYTYNSKI MOURA.

Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Incor, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A Takotsubo tem como característica um balonamento apical do ventrículo esquerdo agudo e reversível. Não estão bem caracterizados nos grandes registros assim como no Brasil as características dos pacientes com Tk que evoluem com mortalidade hospitalar(MIH). **Objetivo:** Determinar a taxa de MIH e o perfil dos pacientes com Tk que evoluíram com MIH. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com diagnóstico de Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram comparadas as variáveis clínicas, terapêutica pré e intra-hospitalar), ECG, ecocardiograma e coronariografia(presença de doença coronariana obstrutiva) dos pacientes que evoluíram com MIH versus os que sobreviveram. Foi realizado análise univariada com qui-quadrado e teste de T para amostras independentes, para definição das variáveis significativas e regressão logística-stepwise (para p<0,1) na identificação das variáveis associadas a MIH. **Resultados:** 448 pacientes foram admitidos com Tk, onde foi observado uma taxa de MIH de 7,5 %. Os pacientes do sexo masculino (15,4% vs 6,3%; P=0,01) e idade mais avançada (73,4vs 67±14;P = 0,01), apresentaram uma maior MIH. Na análise de regressão logística, foram identificadas as variáveis relacionadas a MIH: EAP (OR:5,6;IC-95%:1,8-16;p=0,001); Idade>61anos ((OR:4,5;IC-95%:1,1-17;p=0,02) uso de vasopressina (OR:4,2;IC-95%:1,4-15,1; p=0,02) e NE (OR:3,0;IC-95%:1,1-10;p=0,03). O uso durante a internação de Betabloqueador (OR:0,4;IC-95%:0,1-1,1,p=0,08) e IECA/BRA (OR:0,3;IC-95%:0,1-1,0;p=0,02) demonstram serem variáveis relacionadas a menor MIH. **Conclusão:** O Registro Brasileiro de Takotsubo demonstrou que os pacientes de sexo masculino com idade mais avançada, com apresentação de EAP e que fizeram de uso de Vasopressina e NE, demonstraram associação com maior MIH. Os pacientes que fizeram uso de BB ou IECA/BRA apresentaram menor MIH, indicando que estes fármacos poderiam ter ação cardioprotetora ou como indicadores de melhor prognóstico na Tk.

2452

Questionário de vulnerabilidade em saúde na insuficiência cardíaca: evidências de validade de estrutura interna

VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES, 'RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO, THIAGO SANTOS GARCES, THIAGO MARTINS DE SOUSA, CAROLINE ARAÚJO LOPES, VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA e THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA.

Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca se revela mediante descompensações hemodinâmicas associadas a exacerbações de sinais e sintomas, perda da autonomia, diminuição da saúde mental - manifestada pela ansiedade, depressão, sensação de incertezas e fracasso, e pior diagnóstico, que intensificam a vulnerabilidade em saúde. A literatura científica ostenta diversos instrumentos relacionados à IC, seja para pacientes, familiares/cuidadores ou profissionais da saúde, nas mais variadas temáticas, contudo, inexistem instrumentos que avaliem a vulnerabilidade em saúde desses pacientes, demonstrando haver lacuna nesse conhecimento. **Objetivo:** Avaliar evidências de validade de estrutura interna do questionário de mensuração da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca. **Materiais e Métodos:** Estudo psicométrico conduzido com 1.008 pessoas com IC, acompanhadas em instituição de saúde terciária, no período de junho de 2019 a janeiro de 2020. A estrutura interna foi avaliada por meio de análise fatorial exploratória e confirmatória, com matriz de correlação policórica; a dimensionalidade pela análise paralela e testagem de fatores pelos indicadores de unidimensionalidade e a confiabilidade pelo alfa de Cronbach (α) e fidedignidade composta (FC). **Resultados:** Os parâmetros psicométricos revelaram um modelo de 29 itens, distribuídos em seis fatores, que envolveram particularidades do sujeito, suas relações sociais e de cuidado: Sono e atividades diárias; Ingesta hídrica e hábitos alimentares; Letramento funcional em saúde; Relações de cuidado; Suporte social e Sinais e sintomas. Todos os fatores apresentaram indicadores aceitáveis de precisão ($0,82 \leq \text{ORION} \leq 0,98$; $0,90 \leq \text{FDI} \leq 0,99$), replicabilidade e qualidade aceitáveis ($\text{TLI} = 0,99$; $\text{CFI} = 0,99$; $\text{GFI} = 0,99$; $\text{RMSEA} = 0,04$ e $\text{RMSR} = 0,04$), com boa confiabilidade ($\alpha = 0,75$) e fidedignidade ($\text{FC} = 0,84$). **Conclusão:** Foi gerado um modelo multidimensional, com evidências de validade quanto à estrutura interna e refinamento teórico e bons níveis adequação, qualidade, confiabilidade e precisão. O Questionário de Vulnerabilidade em Saúde no contexto da Insuficiência Cardíaca (QVSI) compreendeu indícios de estrutura interna consistentes para mensuração do construto vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca.

2473

Mixoma atrial esquerdo gigante como diagnóstico diferencial de estenose mitral grave e dispnéia na sala de emergência

LUKAS OLIVEIRA COELHO, GABRIEL RODRIGUES BRITO, FRANCISCO DE SOUSA HOLANDA, SONARA SANTOS MIRANDA, ANNY BEATRIZ FERREIRA DE JESUZ, LUCAS NORDHOFF BARCELOS CUNHA, SALOMON BEN PEREZ e WALLACE ANDRÉ PEDRO DA SILVA.

Hospital do Coração do Tocantins, HCORT, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL - UNIRG, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL - UNIRG, Paraíso do Tocantins, TO, BRASIL.

Fundamento: O mixoma cardíaco é o tipo mais comum de tumor benigno no coração, originado de células-tronco mesenquimais pluripotentes ou multipotentes. Ele geralmente é encontrado no átrio esquerdo e os sintomas podem variar dependendo do tamanho e localização do tumor. Normalmente, os sintomas se manifestam como obstrução dentro do coração, eventos embólicos e sintomas gerais. O mixoma afeta principalmente mulheres entre 30 e 60 anos. Dependendo do seu tamanho, pode ocasionar a obstrução do fluxo sanguíneo, podendo simular uma estenose mitral. Este relato de caso tem como objetivo destacar o diagnóstico de um mixoma atrial esquerdo com diagnóstico diferencial de estenose mitral e o tratamento eficaz a melhora do paciente. **Relato de caso:** Paciente de 64 anos, feminino, portadora de bócio nodular atóxico sem mais comemorativos, moradora de Fortaleza do Tabocão, dá entrada na sala de emergência do Hospital do Coração do Tocantins em 10/08/2023, com quadro de dispneia em repouso, turgência jugular, B4 de VE, sopro sistólico de ejeção em foco mitral 2/6+, porém com telerradiografia de tórax em PA/P sem cardiomegalia, pneumonia, pneumotórax e com índice torácico preservado. ECG basal em Ritmo de taquicardia Sinusal com FC 115bpm, sem sobrecargas ventriculares ou sinais de isquemia. Índice de Morris em V1, sugerindo SAE. Laboratório com troponinas seriadas negativas, NT pró BPN point of care normal, função renal normal, eletrólitos normais com leucograma normal. Lactato elevado 20mg/dl. Durante a internação, após realização do ecodopplercardiograma transtorácico, foi evidenciado volumosa massa que ocupava 90% do AE, medindo 3,9x6,5cm, e aderida à parede pósterio-superior do átrio esquerdo. O diâmetro do átrio esquerdo era de 5,2cm, e o volume estimado, de 92cm³. Parte da massa projetava-se através da valva mitral ao ventrículo esquerdo durante a sístole atrial, sendo a área valvar estimada em 1cm², levando a restrição ao fluxo mitral, sugerindo estenose grave (Estenose mitral grave). Feito cineangiocoronariografia + cateterismo cardíaco + ventriculografia esquerda e descartado doença arterial coronariana obstrutiva. Duplex scan de carótidas e vertebrais sem DAOP. Foi levantada a hipótese de Mixoma atrial gigante com agendamento cirúrgico cardíaco eletivo, para exérese da massa. A paciente foi submetida a esternotomia com circulação extra-corpórea. O seguimento clínico pós-operatório ocorreu sem complicações, e o paciente teve alta hospitalar cinco dias após a cirurgia. **Discussão e Conclusão:** O caso apresentado neste clinical report, vai de encontro com a literatura, em relação ao gênero e à idade da paciente, ressaltando a importância da adequada implementação da propedêutica cardiovascular e do tratamento cirúrgico precoce para a exérese da massa intracardiaca.

2475

Distribuição estadual das internações e do valor dos serviços hospitalares para insuficiência cardíaca na região nordeste

DANGILLA RIBEIRO DOS SANTOS, LUCAS QUARESMA MARTINS, GABRIEL CANTO BANDEIRA DE SOUSA, THAISSA AFONSO BARROS DA VEIGA, MANUEL VITOR SOUZA RIBEIRO DE AZEVEDO, ROBERTO CHAMMA FARIAS DE SOUZA, ANTÔNIA EVELYN ALBUQUERQUE COSTA, RAFAELA ROTHBARTH DE CARVALHO, LÍRIA PAOLA COSTA GOUVEIA, LUCAS GUIMARÃES DIAS, MARIA CLARA HOLLANDA CECIM e ANTONIO MARIA ZACARIAS ARAÚJO MONTEIRO.

Centro Universitário do Estado do Pará, CESUPA, Belém, PA, BRASIL - Universidade do Estado do Pará, UEPA, Belém, PA, BRASIL- Universidade Federal do Pará, UFPA, Belém, PA, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência cardíaca (IC) é uma doença cardiovascular na qual o coração pode apresentar alterações em sua funcionalidade ou em sua estrutura, causando incapacidade de enchimento ventricular e a ejeção de sangue para o organismo. Muitos indivíduos acometidos pela insuficiência cardíaca são idosos e, usualmente, possuem múltiplas comorbidades, como: doença renal crônica, diabetes e doença arterial coronariana, que também podem contribuir para o aumento do risco de hospitalização desses pacientes. Por conta da alta capacidade de descompensação da doença, caso o tratamento da insuficiência cardíaca não seja feito corretamente, há maior risco de internação e, consequentemente, aumento dos custos hospitalares necessários para que esses pacientes sejam estabilizados e tenham melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a distribuição estadual das internações e dos valores dos serviços hospitalares para insuficiência cardíaca na Região Nordeste no período de 2019 a 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional e transversal com dados notificados coletados do Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS no setor de internações e do custo de serviços hospitalares para insuficiência cardíaca (IC) na região Nordeste dos anos de 2019 a 2023. As variáveis analisadas foram: número de internações por ano e o valor dos serviços hospitalares para IC a nível regional, avaliadas com estatística descritiva por meio do software Microsoft Excel 2016. **Resultados:** Foram registradas 209.643 internações por IC na Região Nordeste no período analisado, com uma Taxa de Incidência (TI) de 383,65 hospitalizações/100 mil habitantes e um Valor Médio de Serviços Hospitalares (VMSH)/internação de 1704,95 reais. Em relação à distribuição intrarregional, o estado da Bahia lidera o ranking de hospitalizações, com 66.216 registros, enquanto o Piauí possui a maior TI: 587,79. No que diz respeito ao aspecto financeiro, o estado do Rio Grande do Norte é responsável pelo maior VMSH, de 2697,03 reais, e o Piauí, pelo menor: 948,19 reais. **Conclusão:** Portanto, nos últimos 5 anos analisados, observou-se um total de 209.643 internações por insuficiência cardíaca na região Nordeste, sendo o estado da Bahia onde ocorreram a maior parte dos agravos. Em relação ao valor, foi registrado que os estados do Rio Grande do Norte e Piauí foram responsáveis pelo maior e menor, respectivamente, VMSH. Ademais, esse estudo pode ser utilizado por profissionais de saúde e autoridades governamentais, a fim de elaborar planos para o controle das internações e gastos por IC. Por fim, ressalta-se a importância de destacar estratégias de prevenção e políticas públicas em saúde na Atenção Primária para diminuir o número de internações nos demais níveis de complexidade.

2484

Endocardite infecciosa em valva tricúspide complicada com derrame pleural e pericardite refratária a tratamento clínico

GABRIELA BRITO BEZERRA, DIANA PATRÍCIA LAMPREA SEPULVEDA, LORENNNA ANDRESSA BATISTA ZACARIAS, MARCOS RAFAEL DANTAS SALGUES, HEITOR RÉGIS SPINELLI, EDUARDO DAMASCENO MOTA, BRUNO MARIANO RIBEIRO GARCIA DE MEDEIROS, LUIZ DE ALBUQUERQUE PEREIRA DE OLIVEIRA NETO e FERNANDO ANDRÉ DE OLIVEIRA SANTANA.

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Endocardite infecciosa (EI) de valvas direitas representa cerca de 5 a 10% dos casos de EI, sendo mais comum em caso de cardiopatias congênitas, portadores de dispositivos, imunocomprometidos, usuários de drogas injetáveis e portadores de cateteres de longa permanência. Em 90% dos casos, é tratada clinicamente, apresentando bom prognóstico. É indicado tratamento cirúrgico em caso de bacteremia persistente, disfunção ventricular refratária a diureticoterapia, envolvimento de valvas esquerdas ou em caso de vegetação tricúspide maior que 20mm, associada à embolia séptica pulmonar. Pericardite e derrame pericárdico são complicações incomuns em pacientes com EI, associadas com acometimento de valvas aórtica ou mitral. O acometimento pericárdico é raramente observado em pacientes com EI de valvas direitas. **Relato de caso:** Paciente, 23 anos, diabética, portadora de doença renal crônica em hemodiálise via permcath. Apresentou febre, calafrios e saída de secreção purulenta por óstio do cateter. Realizado ecocardiograma transtorácico em hospital de origem, evidenciando derrame pericárdico, sendo encaminhada para hospital de referência em cardiologia, sendo realizado ecocardiograma transesofágico (ETE) evidenciando volumoso derrame pericárdico com presença de debris, e vegetação aderida a valva tricúspide medindo 12mm, com insuficiência importante desta valva. Hemoculturas foram negativas. Evoluiu com piora clínica, sendo ampliado esquema antimicrobiano para vancomicina, meropenem e anfotericina B. Paciente persistiu com febre e calafrios diários, evoluindo com tosse e embolia séptica pulmonar, sendo repetido ETE, e evidenciado aumento de vegetação em valva tricúspide, com 27mm, e grande estrutura algodonosa recobrando permcath, sendo optado por tratamento cirúrgico. Durante o procedimento evidenciado pericárdio espessado e aderido, com pericardite, ponta de permcath recoberta de vegetação e vegetação aderida em folheto posterior de valva tricúspide, sendo realizada anuloplastia e bicuspidização da valva. O procedimento ocorreu sem intercorrências, com paciente evoluindo estável, com melhora clínica. **Discussão e Conclusão:** O caso evidencia quadro de EI de valva tricúspide em paciente dialítica em uso de cateter de longa permanência, evoluindo com derrame pericárdico e pericardite, complicações incomuns e pouco descritas em associação com EI de valvas direitas. Além destas complicações, a paciente se apresentou dentro dos 10% de pacientes que evoluíram com necessidade de tratamento cirúrgico, tendo apresentado aumento de vegetação tricúspide após antibioticoterapia de amplo espectro por período prolongado, e presença de embolia séptica pulmonar. Desse modo, reforça-se a necessidade de ampla avaliação das complicações precedendo a indicação cirúrgica na endocardite infecciosa para fins de melhorar sobrevida.

2485

Cardite reumática aguda grave: um relato de caso

LORENNNA ANDRESSA BATISTA ZACARIAS, GABRIELA BRITO BEZERRA, HEITOR RÉGIS SPINELLI, MARCOS RAFAEL DANTAS SALGUES, MARIA JULIANA DE ARRUDA QUEIROGA e DIANA PATRICIA LAMPREA SEPULVEDA.

PROCAPE, Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Prof. Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardite reumática é a manifestação mais grave da febre reumática¹ e continua a ser a causa mais comum de doença valvular mundialmente. O acometimento cardíaco é caracterizado pela pancardite, entretanto são as lesões valvares as responsáveis pelo quadro clínico e pelo prognóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 14 anos de idade, com quadro de dispneia aos moderados esforços de caráter progressivo, iniciada há 6 meses, além de edema palpebral e palpitações. Negava antecedente de faringite ou febre nos últimos seis meses. Fazia uso contínuo de fenobarbital 100mg por história de epilepsia na infância, com a última crise aos 4 meses de idade. Ao exame físico apresentava taquicardia, taquipneia, ausculta cardíaca com presença de B3 e de sopro diastólico em focos mitral e aórtico acessório com presença de frêmito e irradiação para dorso. Eletrocardiograma evidenciou taquicardia sinusal e sobrecarga de ventrículo esquerdo. Radiografia de tórax mostrava aumento de câmaras cardíacas esquerdas além de congestão pulmonar. Provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) eram normais. Ecocardiografia transtorácica confirmou átrio esquerdo de volume aumentado (130mL), fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (65%), valva aórtica espessada nas bordas com refluxo de grau moderado; valva mitral com cúspides espessadas, mobilidade reduzida da cúspide posterior, falha de coaptação e refluxo de grau importante; e valva tricúspide com refluxo de grau importante. Diante de quadro clínico compatível com cardite grave cursando com insuficiência cardíaca aguda, a paciente foi transferida para leito de UTI e tratada inicialmente com dobutamina, nitroglicerina e diuretico venoso. No 2º dia do internamento, diante da suspeita de cardite de etiologia reumática, optado por início de corticoterapia venosa com hidrocortisona 200mg ao dia. A paciente evoluiu com melhora da dispneia, sendo encaminhada à enfermaria no 6º dia do internamento, onde manteve-se assintomática, porém com persistência de taquicardia sinusal. **Discussão e Conclusão:** A insuficiência cardíaca é descrita em cerca de 10% dos pacientes com febre reumática aguda com cardite. A regurgitação mitral é a alteração mais frequente, seguida da regurgitação aórtica. Espessamento valvar também é comum. A função ventricular esquerda é normal no episódio inicial e a maioria dos pacientes mantém função preservada. Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, assim como regurgitação mitral e/ou aórtica de grau moderado/importante, caracterizam cardite grave. O tratamento se faz pelo controle da atividade inflamatória com o uso de corticoide.¹ No caso descrito, evidenciamos uma paciente jovem evoluindo com insuficiência cardíaca aguda grave e achados ecocardiográficos compatíveis com cardite reumática, melhorada após início de corticoide.

2490

Cardiopatia infiltrativa por amiloidose cardíaca: os desafios diagnósticos no interior do Brasil, reflexão e relato de caso

LUCAS CARVALHO NEIVA, GUSTAVO AGOSTINI MOREIRA e MARIANA MENDES MACHADO MAGAHÃES.

Consultorio Privado, Manhuaçu, MG, BRASIL - Consultorio Privado, São João del Rey, MG, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose cardíaca, atualmente não é mais considerada uma doença rara. É caracterizada pelo acúmulo de fibrilas amiloides insolúveis no tecido cardíaco, configurando-se como uma cardiomiopatia restritiva infiltrativa. Embora diversas proteínas possam ser amiloidogênicas, cerca de 95% dos casos são causados por duas principais: Amiloidose AL - decorrente de Cadeias Leves de Imunoglobulina e Amiloidose ATTR - devido à Transtirretina. Esse relato de caso evidencia os desafios diagnósticos no reconhecimento da Amiloidose Cardíaca e seu fenótipo como causa de Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Preservada. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 59 anos comparece em consulta cardiológica após avaliação prévia por oito profissionais. A investigação até aquele momento centrava-se em sua principal queixa: dispneia e disautonomia. Dentre os exames realizados possuía Ecocardiograma não indicando alterações significativas. Teste Ergométrico negativo para isquemia, com baixa capacidade funcional. Cintilografia de Perfusão Miocárdica com Estresse Farmacológico negativo para isquemia. Espirometria, TC de Tórax e TC de Pescoço sem alterações. Avaliada na gastroenterologia por “disautonomia digestiva”, com episódios de constipação e diarreia, sem diagnóstico etiológico. A despeito dos exames, o diagnóstico permaneceu inconclusivo. Na consulta informava piora da dispneia, em CF IV. Em seus antecedentes cirúrgicos evidenciava tratamento de síndrome do túnel do carpo bilateral. Ao exame físico apresentava fenótipo pouco congesto e havia om discreta macroglossia. ECG mostrava ritmo sinusal, bloqueio atrioventricular de 1º Grau e baixa voltagem elétrica. Diante do quadro clínico e fenótipo de ICFEp, iniciou tratamento farmacológico com ampliação de investigação laboratorial, incluindo biomarcadores que se mostraram elevados, bem como pesquisa positivas da presença de cadeias leves monoclonais. No retorno por manutenção de CF, foi iniciado doxiciclina. Apresentou melhora de CF seguindo para biópsia de tecido periférico, sem achados. Pela dificuldade de locomoção a maior centro, a RNM cardíaca foi realizada posteriormente e demonstrou: FE biventricular preservada, presença de realce tardio não isquêmico, e achados sugestivos de cardiomiopatia infiltrativa, sendo amiloidose cardíaca uma hipótese. Seguiu em rota hematológica que contraindicou transplante considerando os aspectos clínicos; sendo iniciando tratamento com Bortezomib, ao qual segue no dia da elaboração desse relato, com boa resposta até o momento. **Discussão e Conclusão:** O presente relato ilustra a dificuldade no reconhecimento da Amiloidose mesmo diante de vários “Red Flags”. Ele expõe os desafios da rede de suporte diagnóstica nos interiores, exemplificando árduo caminho que o paciente percorre até obter o seu diagnóstico e nos mostra os desafios a serem superados.

2504

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

MARCELO WESTERLUND MONTERA, LOUISE FREIRE, FABIOLA TRAVERSO, ANA AMARAL DUTRA e ANDRE VOLSCHAN.

Hospital Procardiaco, 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, Materiais 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 avaliados as características clínicas, NT-proBNP e as taxa de mortalidade intra-hospitalar (MIH), tempo de internação (TI) e taxa de readmissão (TR) em 30 dias. **Resultados:** Um total de 1640 pct's tiveram o diagnóstico de ICA sendo 664 (40%) c/ICFER, 730c/ICFEP (44%) e 246 (16%) c/ICFELR. Na análise das variáveis clínicas os pct's c/ICFER apresentavam uma idade média menos elevada em relação aos demais grupos (ICFER: 77,5±12 anos; ICFELR:81,5±10 anos; ICFEP:82±16 anos;p<0,0001) e níveis mais elevados de NT-proBNP (ICFER:10400; ICFELR:5500;ICFEP:4105; p<0,0001). Os pct's c/ICFEP apresentavam maior prevalência do sexo feminino (p<0,0001), hipertensão arterial (P=0,009), fibrilação atrial (P<0,0001); DM(P=0,07); e menos eventos relacionados a doença coronariana (ICFER:62,5%;ICFELR:62,4%;ICFPE:46,1%;P<0,0001). Em relação aos desfechos não foram observados diferenças quanto ao TI (ICFER:6 dias; ICFELR:6 dias; ICFEP:6,5 dias; p=0,3); MIH(ICFER:6,8%; ICFELR:4,8%; ICFEP:5,7%;p=0,4). Na análise de regressão logística nas variáveis clínicas somente a presença de DAC demonstrou ser indicador de maior MIH (OR:1,62;IC:1,0 a 2,6;p=0,04). Quanto a TR em 30 dias, tb não encontramos diferença entre os diversos tipos de FEVE (ICFER:6,3%; ICFELR:5%;ICFEP:7,6%; p=0,3). **Conclusão:** Nos pct's idosos internados com ICA os pct's com ICFER e ICFELR apresentam perfil clínico semelhante,e diferenciados da ICFEP. Os diferentes tipos de FEVE apresentaram prognóstico semelhante quanto aos desfechos de mortalidade intra-hospitalar,tempo de internação e taxa de readmissão em 30 dias. Portanto todos os pct's idosos com ICA devem ter a mesma prioridade terapêutica independente da FEVE.

2511

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

MARCELO WESTERLUND MONTERA, FABIO FERNANDES, ADRIANO MENDES CAIXETA, VERA MARIA SALEMI COURY, PEDRO GABRIEL MELO BARROS, GUSTAVO DUQUE e MARCUS VINICIUS SIMOES.

Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - INCOR, São Paulo, SP, BRASIL - Samaritano Paulista, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O perfil clínico e de métodos complementares e a evolução da Takotsubo (Tk) no Brasil não estão bem caracterizadas devido a falta de um registro nacional da população brasileira. **Objetivo:** Estabelecer as características clínicas e dos métodos complementares e a evolução intra-hospitalar e pós alta dos pacientes com Tk no Brasil. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este é um estudo retrospectivo, observacional,multicêntrico no Brasil, de pacientes hospitalizados com Tk de acordo os critérios da International Takotsubo Diagnostic Criteria (InterTAK Diagnostic Criteria). Foram avaliados as características clínicas, ECG, ecocardiograma(ECO), ressonância magnética cardíaca (RMC),e coronariografia (CAT) e desfechos clínicos intra-hospitalar e ambulatorial até 12 meses. **Resultados:** 448 pacientes foram incluídos, com Idade média de 70±14,6anos, com maior prevalência de mulheres(88,4%). A presença de gatilho foi identificado em 70,4%. As apresentações clínicas mais comuns foram dor torácica (72,6%) e insuficiência cardíaca aguda (27,7%). No ECG observamos supra do segmento ST em 34,3%, inversão da onda T em 29,4% e s/alteração (19%). O ECO apresentou FEVE de 45±13%, com alteração segmentar e regiões apical (96%), Medio(5,2%) e basal (2,4%), com balonamento (35,7%), acinesia (64,5%) e hipocinesia (29,5%),e acometimento do VD (4,8%). A FEVE recuperou em 67% durante a internação e 100% em 60 dias pós alta hospitalar.129 pacientes fizeram RMC, com realce tardio positivo em 29,4%: mesocárdico (31%) transmural(33%), endocárdico (41%) e epicárdico (30,8%), e edema (29,2%). CAT c/ DAC sem relação com a alteração segmentar em 24%. Os pacientes evoluíram com FA/Flutter (8,3%);Choque Cardiogênico (14,7%); IRA(22,1%) e 7,3% com Morte intra-hospitalar. No seguimento de 1 ano pós-alta foi observado uma taxa acumulativa de recorrência de Tk (0,8%), readmissão por DCV(2,6%) e mortalidade total(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. Apresentou uma MIH de 7,3% e choque cardiogênico em 14,7%, demonstrando que Tk não é uma patologia de baixo risco nos desfechos intra-hospitalares. Em 12 meses pós-alta demonstrou uma baixa taxa de recorrência, readmissão hospitalar e mortalidade, caracterizando um prognóstico benigno a longo prazo.

2517

Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca de etiologia valvar descompensada em hospital de referência

CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS, ALEXANDRE SENA CAMARGOS FIGUEIREDO, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) possui etiologias diversas. A doença cardíaca valvar, uma das principais causas, apresenta impacto importante na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes. Em países desenvolvidos, a disfunção valvar é majoritariamente de etiologia degenerativa, enquanto em países em desenvolvimento a cardiopatia reumática prevalece. **Objetivo:** Delinear as características e desfechos dos pacientes com IC de etiologia valvar internados por descompensação da IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo coorte retrospectivo de todos os pacientes com idade ≥ 18 anos internados por IC descompensada de etiologia valvar. Realizado em hospital terciário de cardiologia durante o período de um ano (2021). A pesquisa recebeu aprovação do comitê de ética local. **Resultados:** Um total de 122 pacientes foi analisado. A média da idade foi de 59 ± 16 anos e 50,8% eram do sexo feminino. Sobre a etiologia, 48,4% possuíam febre reumática, 10,7% tinham degeneração valvar e 56,6% dos pacientes já apresentavam cirurgia de troca valvar prévia. A média da fração de ejeção (FE) foi de $49,1 \pm 16,9\%$, sendo 49,5% ICFE $\geq 50\%$, 32,8% ICFE $\leq 40\%$ e 15,6% ICFE 41-49%. Do total, hipertensão estava presente em 81,2%, fibrilação atrial em 40,2%, diabetes mellitus tipo 2 em 22,1% e dislipidemia em 16,4%. No momento da admissão, 56,6% foram classificados como classe funcional NYHA IV e 27% como NYHA III, sendo que 76,23% do total apresentava perfil B da IC. O tempo médio de internamento hospitalar foi de 20 dias (intervalo 0-123 dias) e 51,7% precisaram de cuidados intensivos em algum momento do internamento. De acordo com ecocardiograma transtorácico realizado, 37,7% possuíam disfunção de valva aórtica moderada ou severa, 59,9% disfunção de valva mitral moderada ou severa, 52,5% disfunção de valva tricúspide moderada ou severa e 61,48% possuíam hipertensão pulmonar - sendo a pressão sistólica de artéria pulmonar média de $46,5 \pm 18,2$ mmHg. Em relação aos desfechos, 70,49% receberam alta hospitalar e 29,5% foram a óbito nesse internamento. Dos 86 pacientes que receberam alta, 27 tiveram novo internamento dentro de um ano e, destes, 4 foram a óbito. **Conclusão:** Na população estudada, a etiologia reumática foi muito prevalente. O perfil de pacientes é grave desde o momento da admissão, e a mortalidade intra-hospitalar é elevada. Destaca-se a importância do diagnóstico, acompanhamento e terapêutica adequados desses pacientes com insuficiência cardíaca valvar, na tentativa de minimizar sua morbimortalidade atribuída.

2520

Desempenho do Strain atrial esquerdo de esforço no diagnóstico da ICfEP: revisão sistemática

LUIZ EDUARDO GUISELLI GALLINA, MARCELLA MAMEDE ANDRADE VILELA e ANDREA BIOLO.

Curso de Pós-graduação em Insuficiência Cardíaca da SBC, INC, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A prevalência de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICfEP) está aumentando e representa quase metade de toda a população com insuficiência cardíaca. O diagnóstico de ICfEP é muitas vezes desafiador. O método de Strain de átrio esquerdo tem se mostrado promissor para avaliação da complacência e função do átrio esquerdo, podendo ser uma ferramenta no diagnóstico da ICfEP. **Objetivo:** Nosso objetivo foi realizar uma revisão sistemática para avaliar o valor do Strain de AE avaliado em repouso e no esforço físico para o diagnóstico de ICfEP. **Materiais e Métodos:** As bases de dados PubMed, Embase foram sistematicamente pesquisadas. Foram incluídos estudos nos quais o Strain de átrio esquerdo foi avaliado em repouso, no esforço e/ou pós-esforço, para avaliar pacientes portadores ou sob risco de desenvolverem ICfEP. **Resultados:** De 618 estudos inicialmente identificados, 10 foram selecionados para esta revisão sistemática, totalizando 1428 pacientes incluídos. Destes, 420 (30%) apresentaram o diagnóstico de ICfEP. Pacientes com este diagnóstico apresentavam menor valor de Strain em repouso e um aumento menor no pico ou recuperação do esforço (22%- 34,90% $p < 0,001$, 24%- 38,25% $p < 0,001$, 30- 43% $p < 0,001$), comparados ao grupo controle. **Conclusão:** Os estudos identificados demonstram consistentemente valores reduzidos de strain do átrio esquerdo (AE) na insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICfEP) em diversos cenários. A análise combinada desses dados e a avaliação do seu papel incremental aos modelos existentes podem trazer respostas sobre o papel deste promissor parâmetro para o diagnóstico da ICfEP. Podendo auxiliar na estratificação de risco dos pacientes e orientar a abordagem terapêutica, representando um avanço promissor para aprimorar o diagnóstico e o manejo dessa condição complexa e desafiadora.

2527

Resultados de 12 anos de um programa de implante de suporte mecânico circulatório intra-corpóreo de um centro privado de insuficiência cardíaca

MARCELO WESTERLUND MONTERA, MARCELO RAMALHO, LIGIA NERES, BRUNO MARQUES, ALEXANDRE SICILIANO e EVANDRO TINOCO MESQUITA.

Hospital Procardiaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: Para o implante de suporte mecânico circulatório intra-corporeo (SMCI) em pacientes com insuficiência cardíaca avançada (ICAv) sem possibilidade de transplante cardíaco é necessário hospital com experiência em alta complexidade e atuação de equipe multidisciplinar especializada em suporte circulatório. **Objetivo:** Apresentar os resultados de 12 anos de um programa clínico-cirúrgico de ICAv, num hospital privado, no implante de SMCI. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de um coorte de pacientes, no período de 2012 a 2024, portadores de ICAv 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 (MHI), 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 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 com objetivo de ponte para TC obtiveram maior sucesso no alcance do objetivo que os pacientes para TD (87,5% vs e 37,5%; p=0,06). 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 9,8 anos em TD, até março de 2024. **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. Nossa experiência demonstrou ser possível o desenvolvimento de centros de implante de SMCI no Brasil com excelência de resultados em medicina de alta complexidade.

2541

Estese aórtica e insuficiência mitral graves em paciente com doença coronariana e de alto risco per-operatório: qual a abordagem?

MARCELO WESTERLUND MONTERA, ALICE GARCIA SANTOS, LUIS ANTONIO ALMEIDA CAMPOS, ANDRE VOLSCHAN e LUIS ANTONIO CARVALHO.

Hospital Procardiaco, 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 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 area 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 transcaterter (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 transcaterter 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. **Discussão e Conclusão:** A abordagem valvar múltipla com concomitante lesão coronariana por técnicas percutâneas em pacientes com alto risco cirúrgico demonstra ser a opção terapêutica com benefícios na melhora clínica, redução de reinternações e aumento da sobrevida dos pacientes.

2562

Comparação da variabilidade da frequência cardíaca e tolerância ao esforço submáximo em cardiopatas com fração de ejeção reduzida e fração de ejeção melhorada: série de casos

MARIA CECÍLIA CAVALCANTI DE LIMA, MAYARA COSTA BARROS, CAMILA CAVALCANTI DOS SANTOS, ALICE MIRANDA DOS SANTOS, EVANDRO CABRAL DE BRITO, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, MARIA INÊS REMÍGIO DE AGUIAR, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES, ARMELE DORNELAS DE ANDRADE, TRYCIA ELLEN DA SILVA PEREIRA, GISELE BARBOSA DA SILVA VIEIRA, TALYSSA BIA SANTOS E SANTOS, SHIRLEY LIMA CAMPOS, JÚLIA DE LIMA CAVALCANTI ROCHA e DANIELLA CUNHA BRANDÃO.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - IMIP Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A classificação da IC baseia-se na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), distinguindo entre IC com fração de ejeção preservada (ICFEP) e IC com fração de ejeção reduzida (ICFER), podendo serem denominados de IC com FEVE melhorada (ICFEm) aqueles com classificação prévia de ICFER que recuperaram para ICFEP. A ICFEm é considerada ainda uma classificação de IC de difícil diagnóstico devido à escassez de estudos e diretrizes para tratamento e prognóstico. Com uma parcela significativa da população sendo acometida, torna-se necessário identificar parâmetros clínicos e funcionais com o objetivo de antever seu desfecho. **Objetivo:** Comparar a variabilidade da frequência cardíaca e a tolerância ao esforço submáximo em pacientes ICFER e ICFEm. **Materiais e Métodos:** Série de casos, desenvolvida no Ambulatório de Reabilitação Cardiorrespiratória e Metabólica do Hospital das Clínicas-UFPE, com 12 indivíduos adultos na faixa etária de 18 a 60 anos, com diagnóstico de IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) ou melhorada (ICFEm). Foram avaliadas medidas de VFC, através de registros eletrocardiográficos (ECG), utilizando o monitor de frequência cardíaca polar v800® e capacidade funcional por meio do teste de caminhada de 6 minutos (TC6). **Resultados:** Nossa amostra foi dividida igualmente entre ICFER e ICFEm, com idade média de $49 \pm 9,7$ anos para o grupo de FEVE reduzida e $54,5 \pm 5,3$ anos para o grupo de FEVE melhorada. No que se refere a VFC, ambos os grupos apresentaram valores de RMSSD baixos ($18,9 \pm 14,6$ e $13,3 \pm 24,3$, respectivamente; $p=0,30$). A variável LF/HF do grupo ICFER ficou abaixo da faixa esperada, já para o grupo ICFEm, os valores estavam dentro da faixa esperada ($1,04 \pm 1$ e $3,02 \pm 4,4$, respectivamente; $p=0,07$). Os valores de SDNN foram baixos para ambos os grupos ($15,1 \pm 9,4$ e $24,5 \pm 16,8$, respectivamente; $p=0,18$). A variável LF foi baixa em ambos os grupos ($41,7 \pm 23$ e $56,7 \pm 23,2$, respectivamente; $p=0,58$). Houve diferença significativa entre os grupos na variável PNN50 ($5,21 \pm 6,7$ e $12,6 \pm 14,5$, respectivamente; $p=0,041$). A distância média percorrida no TC6 foi $63,11 \pm 14\%$ e $74,35 \pm 8,3\%$ da distância média predita para os grupos ICFER e ICFEm, respectivamente ($p=0,31$), com FC no primeiro minuto de recuperação de $96,6 \pm 17,3$ bpm para o grupo ICFER e $71,6 \pm 14,5$ bpm para o grupo ICFEm ($p=0,065$). **Conclusão:** Os resultados apresentam baixa variabilidade da frequência cardíaca, refletida em baixos valores de RMSSD e SDNN. Houve diferença entre os grupos na variável PNN50, sugerindo menor atividade vagal no grupo com fração de ejeção reduzida. Além disso, os participantes apresentaram baixa capacidade cardiorrespiratória, com uma menor distância média percorrida no teste de esforço submáximo no grupo com fração de ejeção reduzida.

2611

Perfil de pacientes internados devido a insuficiência cardíaca descompensada classe funcional IV

HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ENZO MACÊDO NUNES, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, ALEXANDRE SENA CAMARGOS FIGUEIREDO, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) está associada ao prognóstico da insuficiência cardíaca (IC). Sendo a classe funcional NYHA IV - sintomas com limitação física grave (em repouso ou aos mínimos esforços) - a com piores desfechos. A análise do perfil de pacientes internados nesse contexto é necessária para o desenvolvimento e otimização de medidas preventivas e terapêuticas eficientes. **Objetivo:** Analisar o perfil geral de pacientes internados devido a IC descompensada, com apresentação em classe funcional NYHA IV durante o ano de 2021. **Materiais e Métodos:** Coorte retrospectiva em centro cardiológico de referência de pacientes com idade ≥ 18 anos por descompensação de IC de todas as etiologias. Coleta de dados realizada durante o ano de 2021. Sendo fator de exclusão pacientes com NYHA da admissão menor do que IV. **Resultados:** Foi estudado um total de 375 pacientes, com idade média de 63 ± 15 anos, sendo 57,8% homens. Do total, 72% dos pacientes eram provenientes da Região Metropolitana do Recife. Quanto às etiologias da IC, 26,4% eram isquêmicas, 18,4% valvar e 5,6% chagásica. A fração de ejeção (FE) média foi de $40,9 \pm 16,7\%$, sendo 28,9% dos pacientes com FE $\geq 50\%$, 16% com FE $>40\%$ e $<50\%$ e 55,1% com FE $\leq 40\%$. Em relação às comorbidades prévias, 82,1% eram portadores de hipertensão arterial, 37,6% de diabetes mellitus tipo 2, 32% de fibrilação atrial, 30,6% coronariopatia, 25,8% de dislipidemia, 1, 38,9% eram tabagistas ou ex-tabagistas e 20% eram etilistas ou ex-etilistas. Os perfis hemodinâmicos se dividiram majoritariamente entre perfil B (73,6%) e C (16,5%). Em relação ao tempo de internamento, dos pacientes admitidos em NYHA IV, 44,2% ficaram internados por até 10 dias, 34,1% entre 11 e 30 dias e 21,7% por mais de 30 dias. A mortalidade desses pacientes foi de 18,6%. Dos 81,4% que receberam alta hospitalar, 24,6% apresentaram reinternamento dentro de um ano. **Conclusão:** Nesta amostra, o perfil de pacientes com pior classe funcional à admissão hospitalar foi de homens portadores de IC isquêmica majoritariamente com ICFE reduzida. A taxa de mortalidade foi bem abaixo do esperado para pacientes portadores de IC em NYHA IV.

2624

Dilatação de câmaras esquerdas e o desfecho de pacientes internados por insuficiência cardíaca com fração de ejeção ≥50%

HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ENZO MACÊDO NUNES, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A relação entre pior prognóstico e dilatação de câmaras cardíacas é bem relatada, sendo um dos tipos mais prevalentes de cardiomiopatia na insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção (FE) reduzida. A relação entre o tamanho de câmaras esquerdas e o desfecho de pacientes portadores de IC com FE≥50% está relacionada, principalmente do átrio esquerdo (AE) e a presença de fibrilação atrial. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a dilatação de câmaras cardíacas esquerdas e o prognóstico de pacientes internados devido a IC com FE≥50% descompensada. **Materiais e Métodos:** Coorte retrospectiva em centro cardiológico de referência, incluindo pacientes com idade ≥18 anos internados por descompensação de IC. Coleta de dados realizada durante o ano de 2021. Foram excluídos pacientes com FE<50% ou FE não registrada. O nível de significância foi de 5% e utilizado o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Foi estudado um total de 163 pacientes, com idade média de 63,7±16,4 anos, sendo 57,2% mulheres. Em relação à etiologia da IC, as mais prevalentes foram: valvar (34,3%), isquêmica (22,6%), e chagásica (4,2%). Do total, 87,1% eram portadores de hipertensão, 37,4% de diabetes mellitus tipo 2, 27% de dislipidemia. 28,2% eram tabagistas ou ex-tabagistas e 12,8% eram estilistas ou ex-etilistas. À admissão, 84% dos pacientes se apresentaram com classe funcional NYHA III ou IV, sendo o perfil hemodinâmico mais prevalente o B com 70,5%. A FE média da amostra foi de 63,6±7,3%. Da amostra total, 76% receberam alta hospitalar e 24% evoluíram para óbito. Dentre os pacientes com IC com FE≥50%, o diâmetro do AE dos pacientes que vieram a óbito foi de 49,6±11,5cm enquanto o dos que receberam alta foi 43,1±12,3cm (p<0,001). O volume do AE daqueles que foram a óbito foi 124,5±63,2ml, enquanto o dos que receberam alta foi de 84,4±95,4ml (p<0,001). Já o diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo dos pacientes que vieram a óbito foi de 32,6±4,7cm, enquanto nos que receberam alta foi de 32,4±7,1cm (p=0,449). O diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo foi de 49,2±7,2cm, enquanto os que receberam alta foi de 49,3±9,0cm (p=0,756). **Conclusão:** Na amostra estudada, os pacientes com IC com FE≥50% e dilatação de átrio esquerdo apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a mortalidade. No entanto, o aumento do ventrículo esquerdo não apresentou o mesmo resultado.

2631

Valor prognóstico dos distúrbios da condução intraventricular em pacientes com descompensação de ic admitidos em um centro terciário

RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, CAROLINA JERONIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, ENZO MACEDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, MARIA XAVIER DAS CHAGAS EDUARDA FERREIRA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL - UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma das causas mais frequentes de morbimortalidade geral. As hospitalizações por IC estão associadas a aumento de mortalidade, sendo um dos principais eventos a ser evitado. Os distúrbios de condução intraventricular (DCI), sejam eles por bloqueio do ramo direito (BRD) ou esquerdo (BRE) do feixe de His, estão associados a alterações estruturais e implicam em piores desfechos. **Objetivo:** Avaliar a associação prognóstica da presença de DCI ao eletrocardiograma admissional e a evolução para desfechos clínicos (morte, internamento prolongado >30 dias e reinternação em até um ano) entre pacientes com IC descompensada admitidos em um centro terciário. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal e analítico, que incluiu pacientes com idade ≥18 anos, internados por IC descompensada entre 2021 e 2022. Para análise estatística das variáveis foram utilizados o teste exato de Fisher e o teste Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5%. Este estudo foi aprovado no comitê de ética local. **Resultados:** Foram incluídos 1093 pacientes, sendo 212 excluídos por ausência de dados e 881 analisados; 57% eram homens. As etiologias mais implicadas foram a isquêmica (26,6%) e a valvar (20,8%). Na admissão, 58,5% dos pacientes apresentavam classe funcional NYHA IV e 25,6% NYHA III. A taxa geral de mortalidade foi de 16,1% (114 eventos no internamento índice e 35 em um ano). Na amostra geral a presença de BRE ocorreu em 17,6% dos pacientes e a presença de BRD em 25,4%. As taxas de eventos foram maiores na população com fração de ejeção (FE) <40% (475 pacientes), sendo o índice de óbito maior nos com DCI (44%) versus naqueles sem DCI (11%) com valor de p<0,001. A presença de BRD [OR = 3,6 (IC 95%:1,8 a 7,0); p<0,001]] foi mais implicada em mortalidade que a de BRE [OR = 1,3 (0,7 a 2,4 - IC 95%); p<0,001]]. A duração do QRS (120-135ms; 136-150ms; >150ms), não determinou maiores taxas de eventos: 12,7% vs 22% vs 16,2% (p=0,560), não havendo associação com outros desfechos. A presença de classe funcional NYHA III ou IV não apresentou associação estatística com nenhum desfecho, mesmo considerando diferentes extratos de FE. Nas populações com FEVE >40% a <50% e ≥50% não houve associação relevante de DCI com qualquer desfecho, no entanto, a taxa geral de mortalidade foi maior nos pacientes com ICFEp [OR = 1,6 (IC 95%: 1,1 - 2,4); (p=0,036)], com eventos em 14,1% dos pacientes com ICFEr, 17,8% nos com ICFEI e 21,4% nos com ICFEp. **Conclusão:** De acordo com os dados da amostra, os DCI se mostraram marcadores prognósticos importantes na evolução para desfechos clínicos desfavoráveis, ratificando a associação entre alterações do sistema de condução e mortalidade em pacientes internados por IC. Sugere-se que existam diferentes marcadores prognósticos entre as populações analisadas.

2643

Prevalência e valor prognóstico de longo prazo da ressonância cardíaca nos pacientes em estágios iniciais da Doença de Chagas

HÉLDER JORGE ANDRADE GOMES, CARLOS EDUARDO MONTENEGRO, SILVIA MARINHO MARTINS, ALINE TRINDADE, PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA, HUMBERTO MELO CALDAS, BRUNA M S ANDRADE, PRISCILA L MACHADO, DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA, ALCIDES ROCHA FIGUEREDO JR, JULIA VALENCIO ALVES LEANDRO, SUZANA SANTOS RYU, KARINA NOBREGA OLIVEIRA, CARLOS EDUARDO ROCHITTE e WILSON OLIVEIRA JR.

Casa de Apoio ao Portador de Doença de Chagas, PROCAPE-UPE, Recife, PE, BRASIL - Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, BRASIL- HCor, Jundiaí, SP, BRASIL - Maximagem, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Chagas (DC) ainda é responsável por até 15 mil mortes/ano, com aproximadamente 40 mil novos casos por ano em todo o mundo. Apesar dos avanços, existe dificuldade em prever evolução desfavorável de pacientes em estágios iniciais da DC (assintomáticos e sem disfunção sistólica pelo ecocardiograma). A ressonância cardíaca (RMC) tem dado valiosa contribuição na compreensão das cardiomiopatias com sua avaliação morfofuncional. **Objetivo:** Determinar a prevalência alterações pela RMC (alteração da contratilidade e realce tardio) e sua associação com a progressão da Cardiopatia da Doença de Chagas (CDC). **Materiais e Métodos:** Analisamos 29 pacientes ambulatoriais assintomáticos com sorologia positiva para Doença de Chagas que realizaram ressonância cardíaca (RMC) entre maio de 2014 e novembro de 2015. Quinze eram pacientes em estágio A (fase indeterminada), e catorze pacientes estágio B1 (alterações eletrocardiográficas sem disfunção sistólica pelo ecocardiograma). Em 2024, foram feitas buscas em prontuário para analisar a evolução da CDC (surgimento de bloqueio de ramo, arritmias ventriculares, disfunção sistólica, insuficiência cardíaca ou morte) para analisar sua associação com os achados na RMC. **Resultados:** Os pacientes tinham uma média de idade de 60±9,9 anos, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pela RMC de 65±8,6%, todos FEVE>50%, e o volume diastólico indexado por superfície corpórea de 67±17ml/m2. A presença de acometimento cardíaco pela RMC ocorreu em 41% pacientes (26% dos pacientes do estágio A e 57% do B1), sendo 24% com realce tardio (13% do estágio A e 36% do B1), 34% alteração segmentar (26% do estágio A e 43% do B1) e 17% com ambas as alterações (13% do estágio A e 21% do B1). Cinco pacientes não apresentavam nenhum registro em prontuário após a data da RMC, todos eles B1. Nenhum óbito foi constatado. O tempo de seguimento médio (intervalo entre a realização da RMC e o registro mais recente em prontuário) foi de 7,9±1,8 anos. Dos 11 pacientes estágio A e sem alteração na RMC, apenas 2 (18%) tiveram alguma progressão para CDC (ICFEP e BRD). Dos 6 pacientes estágio B1 com alteração na RMC, 4 deles (66%) apresentaram progressão da CDC (ICFER, arritmia ventricular frequente, BRD ou BDAS novos). Em análise de regressão logística, o realce tardio se associa estatisticamente com progressão da CDC (p<0.01), mesmo após análise de sensibilidade tratando a perda de seguimento como pior cenário ou exclusão da análise. **Conclusão:** Alterações estruturais pela RMC estiveram presentes em 41% dos pacientes em estágio inicial na Doença de Chagas, com presença de realce tardio em 1/4. A presença do realce tardio se associou a maior progressão de Cardiopatia da Doença de Chagas destes pacientes.

2647

Experiência de pacientes com insuficiência cardíaca aguda descompensada em protocolo de mobilização precoce e realidade virtual imersiva: estudo de métodos mistos complexos

LARISSA GUSSATSCHENKO CABALLERO, IASMIN BORGES FRAGA, CARLOS EDUARDO MACIEL TREMEA, JANAÍNA DOS SANTOS PRATES, GABRIELLE PERIN, VITOR ALVES GUEDES, PEDRO DAL LAGOM e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) têm episódios de descompensação e internação em unidades de cuidados intensivos. A mobilização precoce é uma estratégia de reabilitação intra hospitalar capaz de atenuar os efeitos nocivos da restrição prolongada ao leito. O uso da realidade virtual (RV) imersiva têm destacado-se por oferecer um ambiente de distração capaz de melhorar a experiência de pacientes hospitalizados. Este estudo testou a hipótese de que RV imersiva somada à mobilização precoce melhora a experiência de pacientes com IC aguda descompensada quando comparada a mobilização precoce isolada. **Objetivo:** Comparar o efeito de até três sessões de RV imersiva somada a um protocolo de mobilização precoce versus mobilização precoce isolada sobre a experiência de pacientes com IC aguda descompensada internados em uma unidade de cuidados intensivos. **Materiais e Métodos:** Estudo de métodos mistos do tipo complexo, aninhado a um ensaio clínico randomizado de centro único e cegamento simples. Foram incluídos pacientes adultos internados por IC aguda descompensada em unidade de tratamento intensivo. Estes foram alocados na proporção 1:1 em grupo intervenção (GI, n= 30), protocolo de mobilização precoce associada a RV imersiva; e grupo controle (GC, n= 30), protocolo de mobilização precoce isolada. O acompanhamento foi de até três sessões consecutivas para intervenção e coleta das variáveis do estudo. Em ambos os grupos, foi utilizado o Net Promoter Score para avaliar a recomendação do procedimento e a escala Likert para entender a experiência pessoal dos pacientes. Na abordagem qualitativa foram realizadas perguntas abertas para explorar as percepções dos participantes e pontuações atribuídas nas duas ferramentas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** Foram incluídos 60 pacientes, maioria homens (44-73,3%), 59,7±12,2 anos, fração de ejeção do ventrículo esquerdo 26,7±12,4 e tempo de diagnóstico superior a 4 anos (28-47,5%); 29 (48,3%) dos pacientes eram classe funcional III na New York Heart Association na avaliação basal. Os dados obtidos com o Net Promoter Score foram semelhantes para os dois grupos quanto a serem promotores do procedimento: GI (23-76,7%) e GC (24-80,0%); através da Escala Likert, no GI 28 (93,3%) e no GC 26 (86,7%) classificaram esta experiência como boa/excelente. A análise qualitativa do estudo apresentou três categorias: Efeitos psicológicos, Desempenho físico e Novidade e inovação, esta última observada apenas no GI. **Conclusão:** Na análise quanti, observou-se uma experiência positiva e recomendação da mobilização precoce em ambos os grupos. A análise quali destacou que a RV imersiva combinada com a mobilização precoce adicionou uma nova dimensão ao tratamento sendo uma oportunidade inovadora no cuidado centrado no paciente.

2680

Análise de parâmetros preditores de fibrilação atrial no eletrocardiograma e no ecocardiograma de pacientes com insuficiência cardíaca: estudo piloto

LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, MARIA LUIZA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO e DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A fibrilação atrial (FA) é arritmia sustentada mais comum na prática clínica, acomete 2 a 4% de todos os adultos no mundo e cerca de 12% dos idosos acima de 80 anos. Em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), a incidência aumenta para 13 a 27%. Tal arritmia está associada a fenômenos tromboembólicos, elevando a taxa de mortalidade. Assim, parâmetros preditores de FA em pacientes com IC podem contribuir para diagnóstico e intervenção precoces, reduzindo a morbimortalidade. No eletrocardiograma (ECG) pode-se utilizar parâmetros da onda P, bem como diâmetro do átrio esquerdo (DAE) e seu volume (VAE) pelo ecocardiograma (ECO). Porém, não existe consenso acerca do tema, especialmente em pacientes com IC. **Objetivo:** Avaliar parâmetros eletrocardiográficos, associados a parâmetros ecocardiográficos, para a predição de FA em pacientes com IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo piloto, observacional e retrospectivo de amostra aleatória de conveniência de pacientes em ritmo sinusal com histórico de FA e com IC. Coletou-se, pelo ECO: VAE e DAE; pelo ECG: duração máxima da onda P (MáxOP), duração da onda P em DII (OPDII), força terminal em V1 (FTV1), intervalo PR em DII (PR) e morfologia da onda P em DII. Utilizou-se o programa Stata para a análise estatística. **Resultados:** Até o momento, 12 pacientes compõem a amostra, com média de idade de 59 anos. Dentre os pacientes com VAE aumentado (50%), tem-se: 67% com MáxOP≤120ms; 83% com OPDII≤120ms; 100% com FTV1>0,04mm/s, 50% com PR>200ms, 50% com onda P bimodal e 16,6% com onda P apiculada. Daqueles que demonstraram DAE aumentado (91%), obteve-se: 73% com MáxOP≤120ms, 90% com OPDII≤120ms, 89% com FTV1>0,04mm/s, 73% com PR≤200ms, 27% com onda P bimodal e 27% com onda P apiculada. Apenas um paciente (9%) possuía DAE com dimensão dentro da faixa de normalidade, apresentando MáxOP≤120ms, OPDII≤120ms, FTV1≤0,04mm/s e onda P bimodal. Dentre os pacientes com VAE dentro da faixa de normalidade (41%), constatou-se: 80% com MáxOP≤120ms, 100% com OPDII≤120ms, 75% com FTV1>0,04mm/s, 100% com PR≤200ms, 40% com onda P apiculada e nenhum com onda P bimodal. Apenas um paciente demonstrou VAE reduzido (9%), apresentando MáxOP≤120ms, OPDII≤120ms, FTV1≤0,04mm/s, PR≤200ms e onda P bimodal. **Conclusão:** Pacientes com VAE e DAE aumentados, FTV1>0,04mm/s e onda P bimodal ou apiculada podem representar parâmetros eletro-ecardiográficos preditores de FA em pacientes com IC, especialmente quando associados. Chama-se a atenção para os parâmetros eletrocardiográficos citados acima, visto que foram notados mesmo em pacientes com parâmetros ecocardiográficos dentro da faixa de normalidade, sendo uma informação que pode agregar na estratificação de risco para FA em tais pacientes. Por fim, ressalta-se a necessidade de estudos com uma maior amostra de pacientes.

2687

Associação entre velocidade de onda de pulso e insuficiência cardíaca em pacientes hospitalizados após infarto agudo do miocárdio

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARIA LUIZA VASCONCELOS MONTENEGRO, LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, DÉBORAH EMMILY DE CARVALHO, VANESSA DE OLIVEIRA E SILVA, ULISSES RAMOS MONTARROYOS, MARCO ANTÔNIO DE MELO ALVES, WILSON NADRUZ JÚNIOR, DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO e AUDES DIÓGENES DE MAGALHÃES FEITOSA.

Hospital Esperança Recife, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, BRASIL - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, BRASIL.

Fundamento: Insuficiência cardíaca (IC) é a principal complicação do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), caracterizada por uma alteração morfofuncional dos miócitos. A velocidade da onda de pulso (VOP) é padrão-ouro na análise da rigidez arterial, sendo um possível preditor de risco para IC por se encontrar elevada nesses pacientes, embora ainda não exista um consenso na literatura. **Objetivo:** Analisar a associação entre a VOP e IC em pacientes hospitalizados após IAM em hospital de referência. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo observacional com amostra aleatória de conveniência de 52 pacientes, idade ≥18 anos, internados em emergência cardiológica. Foram coletados dados clínicos e feita medição da VOP mediante Arteris AOP (Cardios MR), sendo realizadas duas medidas, a primeira dentro de 24 horas do evento isquêmico (VOP1) e a segunda entre 3 a 5 dias de internamento (VOP2). O diagnóstico de IAM baseou-se em: sintomas isquêmicos, anormalidades eletrocardiográficas e/ou alteração dos valores da Troponina I (>percentil 99th). A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) foi utilizada para categorizar a IC. O teste de Fisher foi aplicado para análise das variáveis categóricas, sendo considerado o nível de significância de 5%. **Resultados:** A população estudada apresentou mediana de idades de 58,6 anos (DP: 11,2, mínima: 30 anos, máxima: 81 anos), com maioria de homens (77%), hipertensos (75%), tabagistas (57,7%), sem histórico de IAM prévio (90,4%) e com supra de ST ao ECG (96,1%). Histórico familiar de doença arterial coronariana foi o fator de risco mais prevalente (35,3%), seguido de diabetes mellitus tipo 2, obesidade, e dislipidemia. A IC estava presente em 40,4% da amostra, sendo 36% ICFe e 64% ICFeP. 48,1% dos pacientes apresentaram valores de VOP alterados na primeira medida, enquanto na segunda medida a porcentagem foi de 37% (n=46). Não foi encontrada significância estatística (p>0,05) na avaliação das associações entre as covariáveis clínicas com a IC, resultado esperado por se tratar de uma amostra com características semelhantes. Apesar de não estatisticamente significativo, a segunda medida da VOP indicou um possível aumento de risco para IC em pacientes valores alterados deste parâmetro. Ao associar a VOP1 e VOP2 com IC, obteve-se, respectivamente, p=1,00 e p=0,37. A estimativa da Odds Ratio (OR) da associação entre as medidas VOP e IC, estimou na VOP 1 uma OR de 0,97 e em relação a VOP 2 uma OR igual a 1,84, sugerindo uma associação entre uma medida tardia anormal deste parâmetro e IC. **Conclusão:** Na amostra estudada, a VOP indicou um possível aumento do risco para IC em pacientes com VOP alterada medida fora do contexto agudo, embora não tenha sido observada relação entre a VOP e IC, quando medida nas primeiras 24 horas do evento isquêmico.

2700
Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com disfunção de bioprótese mitral em hospital terciário cardiológico brasileiro JAYSSA CARVALHO DE SÁ OLIVEIRA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, KÁSSIO HENRIQUE D'ANGELO LOPES, KEVIN FELIPE DOS SANTOS SILVA, REBECA DOS SANTOS BARBOZA, ALANE REBÊLO DE SANTIAGO e DIANA PATRÍCIA LAMPREA SEPULVEDA. Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL. Fundamento: A febre reumática permanece endêmica no Brasil. A doença reumática cardíaca tem predileção pela válvula mitral. Nesse contexto, somado ao envelhecimento populacional crescente, aumentando o risco de valvopatias degenerativas, torna-se necessário compreender o perfil dos pacientes com implante de próteses biológicas que chegam aos grandes centros de saúde, a fim de proporcionar um melhor manejo dessa população. Objetivo: Avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de disfunção de prótese biológica mitral com indicação de reintervenção acompanhados em serviço de referência pernambucano. Delineamento, Materiais e Métodos: Estudo transversal retrospectivo com inclusão de 73 pacientes internados em hospital cardiológico pernambucano, entre 2020-2022, para realização de troca de valva mitral, decorrente da disfunção de prótese biológica prévia. Foram incluídos portadores de prótese mitral disfuncionante, independente da etiologia, diagnosticada através de ecocardiograma transtorácico ou transesofágico, internados eletivamente ou de urgência. Foram excluídos pacientes com disfunção de prótese aórtica. A coleta de dados se baseou na revisão de prontuários, avaliando as variáveis: idade, sexo, etiologia (reumática ou não), tipo de disfunção, tempo de duração da prótese anterior, fração de ejeção, presença de comorbidades e desfecho (óbito ou alta hospitalar). As variáveis qualitativas foram avaliadas pelo teste Qui-quadrado, já para variáveis quantitativas, aplicou-se o teste t-Student. O nível de significância assumido foi de 0,05. Resultados: Idade média de 52,9 anos (Desvio-padrão: 12,2), predominando o sexo feminino (58,9%), portadores de doença reumática (92,2%), hipertensão (61,6%), fibrilação atrial e/ou flutter atrial (64,4%) e com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) preservada (75,3%). Doença arterial coronariana (DAC) esteve presente em 24,7% da amostra, seguido de histórico de AVC (21,9%), diabetes mellitus - DM (15,1%) e tabagismo (13,7%). O tipo de disfunção mitral predominante foi estenose (53,4%) e o tempo médio de duração da prótese foi cerca de 10 anos. As seguintes causas de disfunção foram observadas: degeneração de valva biológica (53,6%), rotura de folheto (30,4%), endocardite (10,2%) e trombose (5,8%). Quanto ao desfecho de óbito, esteve presente em 26% da população, com associação estatisticamente significativa apenas com DAC (p=0,04) e/ou endocardite (p=0,048), associando-se ao aumento de mortalidade. Conclusão: Este trabalho reforçou os dados da literatura sobre os principais fatores de risco para eventos desfavoráveis em pacientes com valvulopatia mitral, possibilitando uma melhor compreensão do perfil clínico-epidemiológico dessa população.

2701
O papel da 18FDG PET/CT no diagnóstico de endocardite infecciosa em válvula protética e dispositivo cardíaco implantável em um hospital terciário cardiológico KÁSSIO HENRIQUE D'ANGELO LOPES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS, MAÍRA ESPÍNDOLA TORRES, JAYSSA CARVALHO DE SÁ OLIVEIRA, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO e DIANA PATRÍCIA LAMPREA SEPULVEDA. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL. Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) apresenta alta morbimortalidade, principalmente em portadores de dispositivos cardíacos implantáveis (DCI) e prótese valvar, representando, em conjunto, cerca de 20% dos casos. O diagnóstico definitivo de EI é desafiador nessa população, pela acurácia significativamente menor dos critérios de Duke modificados. Assim, tais critérios foram atualizados, incluindo a incorporação da 18FDG PET/CT, superando consideravelmente a limitação do ecocardiograma em portadores de DCI. Objetivo: Avaliar a importância da 18FDG PET/CT na reclassificação de pacientes com suspeita de EI, portadores de válvulas protéticas e/ou dispositivos cardíacos implantáveis, classificando-os em EI definitiva, possível e rejeitada. Materiais e Métodos: Série de casos, incluindo pacientes com suspeita de EI de prótese cardíaca ou portadores de DCI, submetidos à 18FDG PET/CT. Os critérios de exclusão foram: portadores de válvula nativa, gestantes, crianças, necessidade de abordagem cirúrgica urgente e instabilidade hemodinâmica. Toda a amostra realizou hemoculturas, ecocardiograma transtorácico (ECOTT), ecocardiograma transesofágico (ECOTE) e 18FDG PET/CT. Os dados foram obtidos mediante revisão de prontuários de pacientes internados em hospital terciário pernambucano entre junho de 2019 e novembro de 2023. O teste Qui-quadrado foi aplicado para análise das variantes categóricas e o teste de ANCOVA para as variáveis contínuas de distribuição normal. O nível de significância assumido foi p < 0,05. Resultados: Amostra de 14 pacientes, com média de 48,5 anos (Desvio-padrão: 27,3), predominando homens (71,4%), hipertensos (57,1%), com fração de ejeção preservada (85,7%). 71,4% realizaram antibioticoterapia pré-18FDG PET/CT e 35,7% tiveram hemoculturas positivas. 71,4% eram portadores de válvula protética, 90% biológicas com predomínio mitral (60%), enquanto 42,8% tinham DCI, predominando portadores de marca-passo definitivo - MPD (66,6%). 64,3% da amostra teve resultado positivo ao 18FDG PET/CT, 66,6% em portadores de prótese biológica e 33,3% de MPD. Antes do 18FDG PET/CT, 28,6% preenchiam o critério para EI definitiva, aumentando para 42,9% após sua realização, havendo reclassificação dos pacientes. Tais achados não tiveram significância estatística, com Qui-quadrado sem diferença relevante ao considerar critérios de Duke antes e após PET (p=0,47) e análise ANCOVA evidenciando que os resultados do PET não influenciaram o critério de Duke-pós exame (p=0,45). Conclusão: O uso da 18FDG PET/CT, como ferramenta diagnóstica, inclinou-se para maior acurácia diagnóstica de EI pelos critérios de Duke, apesar da ausência de significância estatística dos resultados por tamanho amostral limitado.

2704

Por dentro do coração pernambucano: estudo genético de indivíduos com cardiomiopatia em ambulatório estadual de referência

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE, MARIA DA PIEDADE COSTA REIS DE ALBUQUERQUE, MARIA DA GLORIA AURELIANO DE MELO CAVALCANTI, CELINA MARIA DE CARVALHO MAGALHÃES, WILSON ALVES DE OLIVEIRA JÚNIOR, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG, UPE, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: As cardiomiopatias são uma importante causa de insuficiência cardíaca (IC). A cardiogenética representa um ramo em expansão da cardiologia com crescimento progressivo na última década. Dentre seus objetos de estudo encontra-se a compreensão da influência do genótipo na gênese das cardiomiopatias. Apesar da importância, pesquisas voltadas à análise genética de pacientes cardiopatas ainda são escassas no Brasil, principalmente no Nordeste. **Objetivo:** Investigar o perfil genotípico entre indivíduos com fenótipo de cardiomiopatias. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal com 94 portadores de cardiomiopatia acompanhados em ambulatório estadual de referência, realizado entre os meses de janeiro e agosto de 2023. Trata-se de um braço regional do projeto Mapa Genoma Brasil, financiado pelo PROADI-SUS. Foram coletados dados clínicos e amostra sanguínea para sequenciamento do exoma completo mediante técnica de Sequenciamento de Nova Geração por laboratório especializado. Foi critério para baixa escolaridade: analfabetos, indivíduos que nunca estudaram e aqueles com ensino fundamental como maior grau de instrução. A classificação das variantes genéticas seguiu o consenso do Colégio Americano de Genética Médica e Genômica. O resultado do teste genético foi positivo ao identificar variante patogênica e/ou provavelmente patogênica e inconclusivo para variantes de significado incerto (VUS). **Resultados:** A amostra apresentou idade média de 47±15,6 anos, prevalecendo o sexo masculino (53%), pardos (55%), naturais (36%) e procedentes da região metropolitana do Recife (57%), de baixa escolaridade (48%) e desempregados (45%). Quanto ao perfil clínico, 71% da amostra era sedentária, 27% com histórico de tabagismo, 47% hipertensos, 24% tinham obesidade e 55% apresentavam IC com fração de ejeção reduzida. Foram incluídos os fenótipos: cardiomiopatia dilatada (CMD) - 49%; cardiomiopatia hipertrófica (CMH) - 34%; cardiomiopatia não compactada (CMNC) - 13%; amiloidose - 2% e cardiomiopatia arritmogênica (CMA) - 2%. Os testes genéticos foram positivos em: CMD - 26%; CMH - 44%; CMNC - 17%; amiloidose - 100% e CMA - 50%. Os principais genes encontrados foram: CMD - TTN (50%); CMH - MYH7 (21%) e MYBPC3 (43%); CMNC - TTN (50%) e TBX20 (50%); amiloidose - TTR (100%) e CMA - PKP2 (100%). As VUS representaram 23% da amostra total, sendo 45% identificadas no grupo com CMD. **Conclusão:** A pesquisa representa uma iniciativa pioneira no estado de Pernambuco na compreensão do perfil genético de indivíduos com cardiomiopatias. Seus resultados indicam uma maior prevalência de CMD, seguida de CMH, sendo a maior porcentagem de variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas encontradas em portadores de CMH, achados respaldados pela literatura internacional.

2705

Insuficiência cardíaca em paciente com mutação em gene ttn após início de quimioterapia: cardiotoxicidade, cardiomiopatia genética ou sobreposição de ambos?

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, CELINA MARIA DE CARVALHO MAGALHÃES e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG, UPE, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia de compreensão complexa, envolvendo inclusive fatores genéticos e ambientais. A quimioterapia pode ser uma causa potencial de cardiotoxicidade em pacientes submetidos a tratamento oncológico. **Relato de caso:** Mulher, 41 anos, parda, natural de Lajedo. Sem histórico de tabagismo, dislipidemia ou etilismo, apresentava antecedentes familiares de cardiopatia, incluindo um irmão com cardiomiopatia dilatada sem etiologia definida. Em 2021, após quimioterapia neoadjuvante para câncer de mama, com doxorubicina (240mg/m²), desenvolveu tosse seca de dispnéia, sem melhora com tratamento sintomático. Por persistência das queixas, procurou atendimento cardiológico em sua cidade, reportando: "coração crescido", "arritmia" e "começo de enfarte". Foi prescrito: enalapril (5mg/dia), carvedilol (50mg/dia), espironolactona (25mg/dia), dapagliflozina (12,5mg/dia) e amiodarona, seguindo em acompanhamento com cardiologista. Realizou eletrocardiograma e cateterismo cardíaco, ambos dentro do padrão da normalidade. O ecocardiograma transtorácico mostrou câmaras cardíacas com dimensões normais, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) - 41,2%, discreta hipocinesia do VE e disfunção diastólica grau I, com presença de extrassístoles ao exame. Em 2023, foi convidada para realizar teste genético em ambulatório de referência em IC, após ter sido identificado em seu irmão uma mutação patogênica no gene titina (TTN). Durante consulta, a paciente apresentou laudo de estudo oncológico, referindo que o oncologista ressaltou o achado de uma alteração de potencial comprometimento cardíaco. Até então, tinha-se o diagnóstico de cardiomiopatia antracíclica induzida na paciente e, antes do estudo genético, seu irmão tinha sido diagnosticado com IC idiopática. Pelo laudo genético positivo do irmão, foi feito sequenciamento genético na paciente, que também identificou variante patogênica no gene TTN. Diante desse contexto, foi orientado seguimento cardiológico em ambulatório e realizado ajuste das medicações: enalapril 10mg/dia, bisoprolol 10mg/dia, furosemida 40mg/dia, espironolactona 25mg/dia, digoxina 0,125mg/dia e empagliflozina 12,5mg/dia. **Discussão e Conclusão:** O estudo relata um caso de uma paciente com apresentação clínica de IC, inicialmente atribuída à cardiotoxicidade, em que o estudo genético orientou para etiologia genética, sendo útil, inclusive, para o aconselhamento de outros familiares. Chama atenção que o uso de antracíclico, mesmo em baixa dose, deve ter sido o gatilho para desencadear a apresentação clínica da paciente. A sobreposição entre cardiotoxicidade induzida por quimioterapia e cardiomiopatia genética deve ser considerada em casos semelhantes.

2708

Hemoconcentração e sua relação com descongestão em pacientes admitidos com insuficiência cardíaca aguda em hospital de referência cardiológico

KARINA MASCARENHAS B. ALVES, ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE, BÁRBARA FARIAS BASTOS, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, THAÍS ARAÚJO NÓBREGA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A diureticoterapia é o pilar do tratamento da insuficiência cardíaca descompensada (ICD) e é esperado que durante a compensação do paciente ocorra hemoconcentração e aumento do valor da hemoglobina. Estudos internacionais apontam relação entre hemoconcentração e maior expectativa de vida, além de menor rehospitalização. **Objetivo:** Identificar o perfil clínico e terapêutica instituída dos pacientes com ICD admitidos na emergência do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco no período 2017 a 2023, quanto a etiologia da insuficiência cardíaca, tempo de internamento, presença de hemoconcentração, diureticoterapia instituída, alteração da função renal e medicações de alta. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo e analítico. A amostra se caracterizou por ser de base hospitalar, com dados extraídos de prontuário eletrônico. A partir desta lista foram selecionados os pacientes com tempo de internamento de pelo menos 4 dias e disponibilidade no prontuário eletrônico dos exames laboratoriais admissionais, assim como outro resultado com 72 horas a 7 dias de diferença do primeiro exame. Foi realizada análise descritiva com caracterização da amostra e descrição quantitativa dos participantes quanto às variáveis numéricas de idade, fração de ejeção, exames laboratoriais e terapia medicamentosa instituída. Houve a divisão da amostra populacional encontrada em dois grupos: hemoconcentrados (variação maior que uma unidade absoluta entre dois exames de hemoglobina com ao menos 72 horas de intervalo entre eles) e hemodiluídos (variação menor ou igual a um entre os exames sucessivos para valor de hemoglobina). Em seguida, foram feitas comparações de proporções entre estes grupos independentes através do teste exato de Fisher. **Resultados:** Dos 81 pacientes analisados apenas 8 (9,9%) preencheram o critério de hemoconcentração. O tempo de internamento para tratamento do quadro congestivo, em média, foi de 13,4 dias. Houve uma tendência a uso de maiores doses de furosemida (p 0,852), de espironolactona (p 0,437), de associação de drogas vasoativas (p 0,270) e de piora da função renal (p 0,706) no grupo de hemoconcentrados. O grupo de hemoconcentrados também fez maior uso hospitalar de hidroclorotiazida em comparação com o grupo de hemodiluídos (37,5% vs. 8,2%), com significância estatística (p 0,041). Apenas 28,4% dos pacientes saíram com a prescrição para casa otimizada. **Conclusão:** O perfil de tratamento encontrado no estudo é menos agressivo do que habitualmente visto na literatura. Confirmou-se que a associação da furosemida com a hidroclorotiazida potencializa o efeito diurético, hemoconcentrando mais os pacientes. Novos estudos devem ser realizados com maior amostra populacional para melhor estabelecer correlação estatisticamente relevante entre os grupos hemoconcentrados e hemodiluídos.

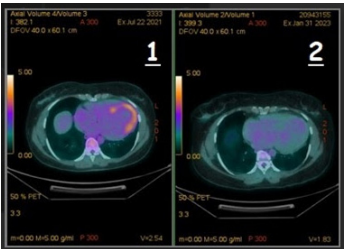
2713

Sarcoidose cardíaca isolada, desafio diagnóstico na cardiologia clínica

DIOGO COUTINHO SUASSUNA, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE, THAÍS ARAÚJO NÓBREGA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA, CAIO CEZAR GOMES REZENDE, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, SUELLEN LÍDIA DA SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A sarcoidose é uma doença multissistêmica crônica idiopática que forma granulomas não caseosos em vários órgãos do corpo, inclusive o tecido cardíaco, resultando em Sarcoidose Cardíaca (SC). O cenário da SC clinicamente isolada inclui pacientes com sintomas cardíacos (geralmente distúrbios de condução, arritmias ventriculares ou disfunção de VE), sem evidência de envolvimento sarcóide em outros órgãos, isto tem sido considerada uma apresentação rara. Em virtude das muitas possibilidades de manifestação e da ausência de achados patognomônicos da doença, o diagnóstico depende de análise multimodal. O curso natural da SC é muitas vezes imprevisível e pode ser agressivo se não for diagnosticada e tratada. **Relato de caso:** Mulher, 46 anos, previamente hígida, admitida com insuficiência cardíaca (IC) com piora progressiva há 6 meses. Exames recentes evidenciavam miocardiopatia dilatada, FEVE 30%, TAPSE 12mm, acinesia médio-apical de todas as paredes, BAV e presença de arritmias supra e ventriculares. Após compensação clínica e durante investigação, sorologia para Chagas foi negativa, RMN cardíaca revelou alteração de contratilidade segmentar, disfunção biventricular (FEVE 20% FEVD 31%), ausência de edema miocárdico e realce tardio transmural no VE e VD, sem respeitar circulação coronária. Prosseguiu pesquisa com cineangiocoronariografia concluindo por coronárias normais. Evoluiu sem melhora ecocardiográfica, com piora das arritmias e surgimento de pausas significativas. Pesquisa de Sarcoidose Cardíaca com PET-CT-FDG evidenciou padrão de hiper captação miocárdica difusa e heterogênea (fig 1), sugestivo de miocardiopatia inflamatória. Em conjunto, clínica e exames complementares permitiram o diagnóstico clínico de sarcoidose cardíaca isolada. Iniciada imunossupressão resultando em melhora da fração de ejeção do VE, embora o controle arritmogênico não foi igualmente eficaz. No seguimento clínico paciente vem evoluindo com boa resposta clínica, sem novos internamentos, NYHA II e realizou novo PET-CT para controle da atividade de doença que veio negativo para captação miocárdica (fig 2). **Discussão e Conclusão:** O diagnóstico clínico foi estabelecido anos após seguimento, isto é consistente com dados na literatura que reconhecem o desafio diagnóstico, dada a ausência de um exame específico, sintomas não patognomônicos e a baixa sensibilidade da biópsia endomiocárdica. O FDG-PET pode ser usado para avaliar e monitorar a resposta terapêutica da SC à corticoterapia. Este caso revela a importância de incluir a Sarcoidose Cardíaca no diagnóstico diferencial de jovens com doença do sistema condução, arritmias ventriculares, IC e cardiomiopatia não isquêmica. A suspeição clínica se faz muito necessária para atingir o desejado diagnóstico precoce, permitindo assim o tratamento desta condição antes que se torne fatal.



2717

Plasmaférese no tratamento da rejeição mediada por anticorpos

SUELLEN LÍDIA DA SILVA, CAMILA VILELA GIACOVONE, SANDRIGO MANGINI, MONICA SAMUEL ÁVILA, FABIANA MARCONDES-BRAGA, LUÍS FERNANDO SEGURO, IASCARA WOSNIAK, YOUKO NOKUI, DANIELA PASSOS, PRISCILA PIRES, RALLYSON GONÇALVES, HELENA BERNARDI, VANESSA SIMIONI FARIA, MARCELLE LIZANDRO e FERNANDO BACAL.

InCor, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A plasmaférese é uma estratégia frequentemente considerada no contexto da rejeição mediada por anticorpos após o transplante cardíaco, no entanto, as evidências neste cenário são escassas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é descrever uma série de pacientes com transplante cardíaco submetidos a plasmaférese entre 2010 e 2023 em um centro de transplante de referência. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal retrospectivo. A pesquisa foi realizada em registros eletrônicos de prontuários de pacientes submetidos a plasmaférese de janeiro de 2010 a fevereiro de 2023. Foram excluídos pacientes submetidos a plasmaférese por outro motivo que não o transplante cardíaco, como para terapia de dessensibilização, e também pacientes menores de 18 anos. **Resultados:** Um total de 49 pacientes pós-transplante cardíaco foram submetidos a plasmaférese no período descrito. Em relação ao perfil dos pacientes, as principais etiologias foram cardiomiopatias dilatadas (29%), chagasicas (24%), isquêmicas (6%) e outras (41%). A idade mediana foi de 40 anos (IQR 28-54), com 61% dos pacientes do sexo masculino. A fração mediana de ejeção do ventrículo esquerdo antes do tratamento foi de 45% (IQR 37-56) e após o tratamento 58% (IQR 47-64). A rejeição mediada por anticorpos foi demonstrada na biópsia endomiocárdica em 59% e celular em 36%. Os anticorpos anti-HLA estavam presentes em 71% dos casos e não-HLA em 18%. A apresentação clínica foi assintomática em 26% dos pacientes, congestão sem baixa produção em 27% e choque cardiogênico em 47% (apoio inotrópico 52%, ECMO 35% e IABP 13%). A taxa de sobrevivência foi de 75% em 30 dias, 61% em um ano. A morte estava relacionada ao choque cardiogênico em 74% (50% na ECMO e 14% na IABP). O tempo mediano entre a plasmaférese e a data da morte foi de 16,5 dias (IQR 6,5 - 60). Outras complicações incluíram infecção (59%), sangramento (16%) e trombose (2%). **Conclusão:** A rejeição mediada por anticorpos é uma condição grave após o transplante cardíaco, na qual a plasmaférese é uma importante estratégia de resgate, no entanto, não livre de complicações. A apresentação de choque cardiogênico traz um prognóstico pior.

2728

Apresentação atípica de rejeição aguda celular de enxerto pós-transplante cardíaco

GIULIA HEREK ROSSI, BRENDA GABRIELA SLONGO, LUIS VICENTE FRARE KIRA, KARINA MIDORI NAZIMA, CARLOS EHRL, ANA KARYN EHRENFIREDE DE FREITAS, ANDRESSA DE OLIVEIRA COIRADAS e MARCELY GIMENES BONATTO.

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

Fundamento: A rejeição do enxerto é uma das principais complicações no pós-operatório (PO) recente de transplante cardíaco (TC), podendo ser dividida em celular e humoral. A rejeição humoral divide-se em antígeno leucocitário humano mediada (HLA) e não HLA. Nos cuidados pós-TC, é feita vigilância de rejeição do enxerto com ecocardiograma (ECO), biópsia endomiocárdica (BEM) e PAINEL Reativo de Anticorpos (PRA). **Relato de caso:** Paciente RDFDO, 51 anos, portadora de insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFER) INTERMACS 3. Submetida a transplante cardíacoTC. Doador masculino, 16 anos, com ECO normal. Realizado ECO intraoperatório, com função biventricular normal e sem alterações anatômicas. No 7º PO, paciente evoluiu com dispnéia ao repouso e congestão. Realizado ECO apresentando hipertrofia septal de 14mm, com parede posterior de 12mm, gradiente obstrutivo em septo ventricular (SV) médio-apical de 63mmHg ao repouso e 104mmHg após manobra de Valsalva, e derrame pericárdico moderado, sem dilatação de câmaras e sem disfunção ventricular esquerda ou direita. Prosseguida investigação com BEM, com rejeição aguda celular (RAC) grau 1R e pesquisa imunohistoquímica de C4D negativa. PRA com Anti-HLA com classe I e II 0%. Tacrolimus em nível terapêutico 14mg/dl, micofenolato de sódio 720mg duas vezes ao dia, e prednisona 1mg/kg/dia. Diante das características agudas e inflamatórias, optou-se por interpretar como RAC não representativa na BEM, sem possibilidade de excluir rejeição não HLA. Iniciado pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa por 7 dias. Evolutivamente, observou-se melhora clínica, redução da espessura septal e desaparecimento do gradiente de via de saída do ventrículo esquerdo (VE). **Discussão e Conclusão:** Ao ECO, a rejeição de enxerto cardíaco se manifesta mais comumente como espessamento das paredes ventriculares devido edema intersticial, aumento de tamanho de derrame pericárdico (DP) ou novo DP, disfunção valvar, e disfunção diastólica, sendo a disfunção sistólica uma alteração mais tardia. Dentre os fenótipos de ECO, é incomum a presença de gradiente obstrutivo em SV. É importante também ressaltar que além da apresentação ecocardiográfica poder ser atípica, a BEM é amostral podendo não representar a área acometida pelo processo inflamatório, sendo importante sempre atentar a outros sinais de rejeição além da BEM isolada.

2740

Levosimendan na reversão da hipertensão pulmonar em paciente contraindicada ao transplante cardíaco

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

INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Dentre os inotrópicos utilizados no manejo de insuficiência cardíaca (IC), o levosimendan, em particular, possui uma propriedade venodilatadora seletiva que parece explicar seu benefício clínico durante a hipertensão pulmonar (HP). Sua atuação acarreta em uma aumento da contratilidade cardíaca através da sensibilização ao cálcio e promove a vasodilatação através da abertura dos canais de potássio dependentes de trifosfato de adenosina nas células musculares lisas vasculares. A maioria das evidências refere-se a pacientes com HP do grupo 2 e consequente disfunção do ventrículo direito (VD). Neste cenário, os benefícios observados podem ser devido ao efeito do levosimendan na contratilidade do VD e na dilatação dos vasos pulmonares, ou à melhora da função ventricular esquerda e consequente redução da congestão pulmonar. O que percebemos é que cada vez estuda-se mais sobre essa ação e aplicabilidade da droga, aparecendo em pequenos estudos, revisões e indicações formais. **Relato de caso:** Feminino, 61 anos, IC avançada de etiologia isquêmica com início em 2018, história de internação em 2022 por IC perfil C, quando realizou avaliação para transplante (Tx) cardíaco e apresentou cateterismo direito (figura 1) com valores proibitivos para realização de Tx ortotópico convencional. Investigado etiologia da HP, angiotomografia negativa para tromboembolismo pulmonar, atribuída a HP grupo 2 + 3 devido história prévia de tabagismo importante e apneia obstrutiva do sono, confirmada em polissonografia. Encaminhada para avaliação de dispositivo de assistência ventricular (DAV). Iniciou Levosimendan em hospital dia, com melhora importante de sintomatologia. Internada em novembro/23 para avaliação de DAV, repetiu cateterismo direito (figura 2), com melhora de gradientes e resistência pulmonar, sendo indicado Tx cardíaco ortotópico. Figura 1 - Cateterismo Cardíaco Direito:01/11/2022 Figura 2 - Cateterismo Cardíaco Direito: 06/12/2023. **Discussão e Conclusão:** Embora o levosimendan seja um agente potencialmente favorável no tratamento da HP e da resistência vascular pulmonar associada, existem poucos dados sobre o seu uso em pacientes com HP contraindicados ao Tx cardíaco devido a valores hemodinâmicos proibitivos por risco de disfunção de VD. No relato acima, nota-se a ação da droga muito aquém do que proposto em seu uso rotineiro: desmame de inotrópico de curta duração e controle de sintomas a nível ambulatorial. Faltam ensaios randomizados conclusivos neste campo. Vários pequenos estudos examinaram esta questão, mas com uma população heterogênea, amostras pequenas, e resultados inconclusivos ou mesmo conflitantes. Relatos como este, permitem ampliar hipóteses, além de aplicabilidade clínica, mudança de perspectivas e projeção de novos estudos. Sobre tudo, permite a possibilidade de mudar o destino do paciente.

CATETERISMO DIREITO 01/11/2022				
	Sistólica	Diastólica	Média	
PRÉ VASODILATAÇÃO				
Átrio direito			8	IC 2.7 L/min/m ² GTP: 32 RVP: 8.2 woods
Tronco pulmonar	90	32	52	
Capilar pulmonar			20	
Aorta	97	63	72	
	Sistólica	Diastólica	Média	
Átrio direito			5	IC 2.8 L/min/m ² GTP: 24 RVP: 5.8 woods
Tronco pulmonar	72	22	39	
Capilar pulmonar			15	
Aorta	90	54	66	

CATETERISMO DIREITO 06/12/2023				
	Sistólica	Diastólica	Média	
PRÉ VASODILATAÇÃO				
Átrio direito			6	IC 1.83 L/min/m ² GTP: 13 RVP: 4.3 woods
Tronco pulmonar	58	25	36	
Capilar pulmonar			23	
Aorta	123	73	89	
	Sistólica	Diastólica	Média	
Átrio direito			4	IC 2.8 L/min/m ² GTP: 10 RVP: 2.17 woods
Tronco pulmonar	24	12	16	
Capilar pulmonar			6	
Aorta	101	62	75	

2746

Quando a arte imita a vida: relato do incomum caso de fenocópia da Síndrome de Brugada

RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, JÉSSICA EMILLE DE MOURA ROCHA, RAFAEL LEÃO DOS SANTOS BARROS, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RENATA DE AMORIM LUCENA, CAIO CORREIA SILVA, BÁRBARA LUÍSA GONÇALVES BESERRA e AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL - UNIFSM, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Síndrome de Brugada (SBr) responde por até 20% dos casos de morte súbita cardíaca em pacientes sem cardiopatia estrutural, afetando aproximadamente 5:10.000 pessoas. Geneticamente determinada, também é influenciada por fatores externos e pode surgir em condições que imitam a síndrome verdadeira, gerando as singulares fenocópias. **Relato de caso:** Mulher, 72 anos, hipertensa e diabética em uso de metformina e losartana, foi admitida em serviço terciário com pródomos de febre, astenia e queda do estado geral há 5 dias. À admissão, apresentava-se afebril e evoluiu rapidamente com quadro de choque cardiogênico, sendo manejada de acordo. O eletrocardiograma (ECG) evidenciava ritmo sinusal com infra-st em derivações inferiores e laterais, além de supra-st nas derivações V1 e V2. Exames laboratoriais evidenciaram troponina de 10.120,00ng/dL (VR <40nd/dL), sem distúrbios hidroeletrólíticos (DHE) ou acidobásicos. Por hipótese de síndrome coronariana aguda (SCA) foi submetida a coronariografia que evidenciou hipocinesia ventricular difusa (FE 40%) e ausência de lesões obstrutivas, sendo levantada a hipótese de miocardite. Após 48h da admissão apresentou piora clínica, necessitando de assistência ventilatória mecânica (AVM) e drogas vasoativas. Evoluiu com marcadores inflamatórios elevados e troponina sérica elevada. Novo ECG evidenciou padrão clássico de SBr tipo 1 (anexo), que persistiu por 36h. Até este momento não apresentava DHE e não houve administração de antiarrítmicos, sendo conduzida conservadoramente em relação ao manejo da provável doença de base (miocardite). Em um primeiro instante evoluiu com melhora, sendo realizado ecocardiograma sem alterações e FE 76%. Troponina cursou com queda e novo ECG com ausência de padrão de SBr, evidenciando apenas alterações de repolarização de parede inferior e lateral (discreto supra-st <1mm com concavidade superior). No entanto, a seguir, evoluiu com seps de foco respiratório e lesão renal aguda com necessidade de hemodiálise, vindo à óbito alguns dias depois. **Discussão e/ou Conclusão:** A SBr é uma canalopatia relacionada aos canais de sódio, sendo determinada por alterações clínico-eletrocardiográficas. O padrão de ECG típico surge por mutações genéticas. Estímulos externos (fenocópias), imitam esse padrão e tem etiologias diversas como drogas, DHE, SCA e miocardites. Menos de 15 casos relacionados à miocardite foram descritos até o momento, destacando-se a particularidade deste caso. Assim, o caso descrito ressalta a importância do reconhecimento de manifestações eletrocardiográficas incomuns no dia a dia do clínico cardiologista (caso da SBr), para proporcionar o manejo adequado. Entre as limitações inerentes ao caso, destaca-se a impossibilidade da realização de exame de ressonância magnética, em decorrência da gravidade do quadro clínico.

2747

Avaliação da literacia em saúde em pessoas com insuficiência cardíaca e suas implicações para o autocuidado

PALOMA GERALDA MIZUEL DE PAULA SILVA, MARLUCI ANDRADE CONCEIÇÃO STIPP, LIGIA NERES MATOS, MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS SANTANA, JULIA GONÇALVES ESCOSSIA CAMPOS, GIULIA GAZINEO TRINDADE ASSIS, MARCOS VINÍCIUS DAMASCENO DE SOUSA e LIANA AMORIM CORRÊA TROTTE.

Escola de Enfermagem Anna Nery, UFR, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca, é um problema de saúde pública, frequente na população adulta e idosa, e é a principal causa de reinternação e morbimortalidade dentro das doenças cardiovasculares. O bom prognóstico está relacionado com medidas de autocuidado e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação. Comportamentos de autocuidado e ações para melhoria da qualidade de vida podem ser potencializados por práticas de literacia em saúde. A avaliação da literacia em saúde na insuficiência cardíaca é valiosa, pois se configura como uma ferramenta que pode influenciar na gestão da doença e mudar o desfecho clínico. **Objetivo:** Analisar a relação entre literacia em saúde e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca atendidas em ambulatório de referência. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal, realizado com 178 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca em dois hospitais universitários, na cidade do Rio de Janeiro. Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos Test of functional health literacy in adults (TLS); European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6), e o European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) além disso, foi utilizado instrumento para levantamento de características sociodemográficas e clínicas. A análise dos dados foi apresentada por meio de estatística descritiva simples, teste de correlação de Pearson, Qui-quadrado, t de Student e ANOVA. **Resultados:** A amostra teve predomínio do sexo masculino (61,2%), faixa etária menor que 60 anos (55,06%), cor negra (70,79%), ICFER (53,37%), classe funcional I e II (80,89%), e com tempo de diagnóstico inferior até 5 anos (63,48%). A literacia funcional em saúde foi adequada em (50,56%), já na multidimensional (58,43%) foi classificada como problemática. A avaliação do escore de autocuidado, apresentou uma média de 30,55 (± 8,44), com variação de 13 a 48 pontos. Não foi observado correlação positiva entre os níveis de literacia e escore de autocuidado. **Conclusão:** Apesar de mais da metade da amostra ter apresentado literacia funcional (habilidades de leitura e escrita) em saúde adequada, quando avaliado a literacia multidimensional (acessar, entender, avaliar e usar informações) a maioria foi considerada como problemática. Aponta-se a necessidade do acesso a literacia em saúde de todos os pacientes com insuficiência cardíaca. Visto que, questões relacionadas ao acesso de informações sobre a doença, manejo clínico e autocuidado podem não estarem suficientemente adequadas a compreensão do público ao qual se destina. Embora este estudo não ter demonstrado a associação entre autocuidado e literacia em saúde, é necessário enfatizar que o nível de literacia em saúde contribui para a tomada de decisão e gestão da doença.

2748

Uso de Levosimendan em pacientes do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP, InCor-FMUSP: análise retrospectiva das indicações clínica e desfechos após utilização da medicação para desmame de dobutamina

DANIELLE LOUVET GUAZZELLI, BRUNO BISELLI, HELENA G B BERNARDI, VANESSA SIMIONI, MARIANA CAPPELLETTI GALANTE, SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA, PAULO CHIZZOLA, ROBINSON MUNHOZ e EDIMAR ALCIDES BOCCHI.

INCOR, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: O Levosimendan é um inotrópico vasodilatador que melhora a contratilidade cardíaca sem aumentar o consumo de oxigênio. Sua meia-vida prolongada permite efeitos terapêuticos duradouros, com metabólitos ativos por até dez dias. Esse perfil é valioso para pacientes com insuficiência cardíaca aguda descompensada e para aqueles que necessitam de suporte hemodinâmico prolongado durante o desmame de dobutamina. Este estudo analisa as indicações de prescrição do Levosimendan no InCor-FMUSP e desfechos após utilização da medicação para desmame de dobutamina. **Objetivo:** Avaliar as indicações de prescrição do Levosimendan entre os pacientes do InCor no período de Janeiro de 2019 a Março de 2024, identificando as principais utilizações clínicas. Avaliar também, a proporção de altas e a mortalidade dos pacientes que fizeram uso do Levosimendan para desmame de dobutamina nesse mesmo período. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi realizada através de uma revisão retrospectiva dos prontuários de 246 pacientes tratados com Levosimendan de 06/2022 a 03/2024. A idade mínima dos pacientes avaliados era de 16 anos. Os dados de prescrição foram obtidos com o auxílio da farmácia do INCOR. **Resultados:** Dos 246 pacientes analisados, 145 (58,94%) foram tratados para desmame de dobutamina; 34 (13,82%) utilizaram a medicação em regime ambulatorial; 49 (19,92%) receberam Levosimendan como suporte hemodinâmico adjuvante, e 18 pacientes (7,32%) receberam Levosimendan como primeiro inotrópico. Em relação aos pacientes que fizeram uso da medicação para desmame de dobutamina, 62,07% (90) receberam alta hospitalar e 37,93% (55) morreram na internação. Até Março de 2024, dos 90 pacientes que receberam alta após a internação em que receberam o Levosimendan 17 (19%) pacientes morreram em internações subsequentes, 26 pacientes perderam seguimento (sem consultas ou novas internações no serviço) e 47 pacientes continuam vivos. **Conclusão:** Em nosso serviço, o Levosimendan é predominantemente utilizado como terapia adjuvante no desmame de dobutamina em pacientes com IC avançada e internados por choque cardiogênico. Entretanto, a utilização desse inotrópico com essa finalidade é pouco descrita na literatura. Neste estudo, observamos uma alta taxa de sucesso no desmame de dobutamina, evidenciada por uma significativa taxa de alta hospitalar após o uso da medicação, abrindo assim, uma nova possibilidade de indicação formal para o uso da droga, entretanto permanecendo ainda um gap sobre seu efeito a longo prazo, um caminho a ser explorado. Este trabalho representa a primeira fase de um estudo retrospectivo em andamento, que visa ampliar a compreensão sobre as práticas de prescrição de Levosimendan e os resultados associados a cada contexto, apoiando estratégias terapêuticas mais eficazes.

2749

Dois corações, uma história: um relato de caso de cardiopatia genética em dupla geração

LOUISE FREIRE, BRUNA PEREIRA MENDONÇA, THIAGO BURGARELI, BERNARDO GONÇALVES DE OLIVEIRA e MARCELO WESTERLUND MONTERA.

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

Fundamento: A cardiopatia genética representa uma área complexa e desafiadora na medicina, especialmente quando afeta múltiplas gerações de uma mesma família. Neste relato, apresentamos dois pacientes ligados não apenas pelo vínculo sanguíneo, mas também pela herança de uma cardiopatia genética rara e debilitante causada por uma alteração no gene no filamento C, com apresentações clínicas e desfechos diferentes. **Relato de caso:** Caso 1. Mulher, negra, 46 anos, natural do RJ, CMPD diagnosticada aos 26 anos sem etiologia por ausência de recursos, 2 gestações (aos 22 e 23) sem intercorrências. Em NYHA I desde diagnóstico, abandonou acompanhamento há 6 anos. Irmão faleceu aos 24 anos, pai aos 60, irmã aos 5 meses por morte súbita (MS). Tem 1 irmão vivo com CMPD e 1 filho de 24 evoluindo com CMPD diagnosticada há 2 anos por alteração no Filamento C, conforme descrito no caso 2. Há 1 ano em piora de CF, admitida em sua primeira internação (IH) em NYHA IV, NT-ProBNP 8500, ECOTT com disfunção sistólica grave de VE e hipocinesia difusa. Realizada RMC com FEVE15%, aspecto sugestivo de CMPD não isquêmica, TECP com VO2 pico 18,17ml/kg/min. Cateterismo direito com HAP leve. Implantado cardiodesfibrilador(CDI) como profilaxia 2ª para MS. Alta melhorada após 27 dias, com terapia otimizada. Caso 2. Homem, negro, 23 anos, natural do RJ, atleta amador até 2021,quando iniciou cansaço progressivo após gripe. Internado em Hospital Terciário em 07/23 com suspeita de miocardite,NYHA IV, com CMPD e FEVE 9%, iniciado tratamento para IC. Na 2ª IH, realizada investigação genética,diagnosticando doença autossômica dominante com alteração no gene FLNC. Em 2022 atingiu 10 METS e VO2 35.5 no TECP, implantou CDI e sem IH por IC.Em 2023 AVEi sem sequelas além de piora de CF. Submetido a novo TECP e, na fase de esforço, houve disparo do CDI com lipotímia, seguido de 2º episódio onde CDI carregou mas não disparou.Levado de ambulância a emergência no Hospital Quaternário,assintomático e estável.Interrogado CDI, detectando TV sustentada seguida de ATP, posteriormente mantendo TV com menor FC e reversão espontânea, sem disparo. ECOTT com disfunção grave VE, disfunção VD e hipocinesia difusa. VO2 pico 16.67. Realizado ajuste medicamentoso e liberado após 2 dias de IH. Em 2024, 4 IH por IC, as 2 primeiras em perfil B e as 2 últimas em perfil C, recebendo além de terapia de descongestão, levosimendana por 24h.CAT D sem contraindicação ao transplante cardíaco (TXC). Indicado TXC, submetido em 2 de maio sem intercorrências. **Discussão e Conclusão:** Os casos de mãe e filho afetados por esta cardiopatia genética destacam a complexidade e a variabilidade dessa condição. A análise oferece insights valiosos sobre a complexidade da cardiopatia genética, destacando a importância da vigilância clínica, aconselhamento genético e intervenções terapêuticas personalizadas.

2750

Superioridade da avaliação clínica com o Escore de Congestão do Estudo Everest sobre o ultrassom pulmonar para estratificação de risco após internação por ICA

FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, SHEILA CARRAR HERMANN, ANDERSON DONIZETI RODRIGUES DIAS, FABIANA MARQUES, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, HENRIQUE TURIN MOREIRA e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

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

Fundamento: O Escore de Congestão do Estudo Everest (ECE) e o ultrassom pulmonar (UP) são empregados para avaliação de congestão e estratificar prognóstico antes da alta hospitalar por insuficiência cardíaca aguda (ICA). **Objetivo:** Comparar a acurácia do ECE e do UP para detectar pacientes sob risco de eventos na fase vulnerável após hospitalização por ICA. **Materiais e Métodos:** Investigou-se 92 pacientes hospitalizados por ICA, 58,2±13,7 anos, 54 (59%) homens, FEVE=28,2±13,6, com congestão na admissão e tratados com furosemida endovenosa, tempo de internação 11,3±5,6 dias. No dia da alta hospitalar, 2 observadores independentes e velados quanto aos demais resultados, aplicaram o ECE, atribuindo-se 0 a 3 pontos para intensidades crescentes de ortopneia, estase venosa jugular e edema periférico, e realizaram o UP utilizando 8 campos pulmonares do tórax anterior. Considerou-se congestos pacientes com ECE≥1 e pelo UP aqueles com ≥1 campo positivo (≥3 linhas-B) em cada hemitórax. Durante seguimento por 90 dias após a alta hospitalar (fase vulnerável) verificou-se os desfechos de uso de furosemida endovenosa ambulatorial (FEV), internação por ICA (HIC), evento de IC combinado de FEV ou HIC, morte por qualquer causa. A análise de regressão logística univariada foi empregada para testar a associação entre os achados do ECE e do UP, e de características clínicas e demográficas (idade, gênero, índice de massa corpórea, fração de ejeção do ventrículo esquerdo) com a ocorrência dos desfechos. **Resultados:** ECE≥1 foi detectado em 37 (40,2%) pacientes e UP positivo em 14 (15,2%) pacientes. Naqueles com ECE=0, o UP detectou congestão residual em 4 pacientes. Durante a fase vulnerável, 30 (32,6%) pacientes tiveram desfechos: FEV n=14 (15,2%), HIC n=15 (16,3%), evento composto de IC n=26 (28,2%) e morte n=7 (7,6%). Não houve associação entre os desfechos com aspectos clínicos e demográficos. A tabela abaixo apresenta a análise de regressão logística para a associação do ECE e do UP com os diferentes desfechos. Observou-se que o UP positivo não se correlacionou com os eventos. Entretanto, pacientes com ECE≥1 exibiram associação significativa com desfechos, com risco 4,7 vezes maior de FEV e 2,8 vezes maior de evento combinado de IC. **Conclusão:** Os resultados indicam que o ECE é ferramenta útil para detectar congestão residual clinicamente relevante e associada a maior risco de eventos de IC na fase vulnerável, sendo superior ao UP para esta finalidade.

2752

Associação de Albuminúria com classe funcional da NYHA e presença de fragilidade em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca avançada

LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE, PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, ISABELA ROBERTO DE LIMA BÔRBA, THÁIS ARAÚJO NÔBREGA e CAIO CEZAR GOMES REZENDE.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A interação entre doença renal crônica e insuficiência cardíaca (IC) está bem documentada. A taxa de albuminúria, entretanto, ainda não está bem relatada na literatura como fator de risco cardiovascular. A presença de fragilidade também é fortemente associada com piores desfechos na IC, com estudos mostrando aumento de até 50% em morte e hospitalizações. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar a correlação entre a albuminúria e a classe funcional da New York Heart Association (NYHA), além da presença de fragilidade em pacientes ambulatoriais com IC avançada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo transversal, de caráter observacional e analítico. A amostra incluiu pacientes ambulatoriais com IC avançada em centro terciário de cardiologia no Brasil, de agosto de 2022 a janeiro de 2023. Foram coletadas em banco de dados informações de prontuário epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e ecocardiográficas. Amostras urinárias foram examinadas de forma semiquantitativa por teste de tira reagente e dosada a relação albumina-creatinina urinária (uACR). Esta serviu como medida de albuminúria, onde uACR <30mg/g foi considerado normal e uACR ≥30mg/g indicou albuminúria. A fragilidade foi avaliada pela Escala Clínica de Fragilidade (ECF). **Resultados:** Participaram da pesquisa 51 pacientes. A média de idade foi de 59 anos e 64,7% eram do sexo masculino. Diabetes tipo 2 (DT2) estava presente em 37%, hipertensão em 67% e doença coronariana em 23%. O índice de massa corporal médio foi de 27 e 29% dos pacientes eram fumantes. A fração de ejeção média do ventrículo esquerdo foi de 33%. A distribuição das classes da NYHA foi: I (29,4%), II (41,2%), III (19,6%) e IV (9,8%). Albuminúria foi identificada em 45% dos pacientes. Os níveis médios de creatinina diferiram sem significância entre os pacientes com e sem albuminúria. Nessa ordem, foi encontrada correlação significativa entre albuminúria e classe NYHA, sendo: NYHA I: 17,4% vs 39,3%; NYHA II: 30,4% vs 50%; NYHA III: 30,4% vs 10,7%; NYHA IV 21,7% vs 0% (p=0,007). A presença de hipertensão, DT2 ou excesso de peso não se relacionou com a presença de albuminúria neste subgrupo, o oposto do observado na literatura, especificamente no DT2 para a população geral com IC. Houve associação significativa entre albuminúria e fragilidade, de acordo com a ECF. Neste estudo, os pacientes com IC avançada e ECF 2, 3, 4, 5 e 6 apresentaram albuminúria, nesta proporção, respectivamente: 0%, 44%, 17%, 26% e 13%. Já aqueles classificados como ausência de albuminúria, proporção de 4%, 71%, 18%, 7% e 0%, nessa ordem (p=0,045). **Conclusão:** A albuminúria em pacientes com IC avançada foi significativamente associada à pior classe funcional da NYHA e a maior grau de fragilidade. A limitação do estudo inclui o desenho transversal e o tamanho limitado da amostra, que não permite conclusões analíticas.

2753

Insuficiência cardíaca aguda em adulta por fistula aorta-átrio direito espontânea

CAROLINA JERONIMO MAGALHÃES, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ENZO MACÊDO NUNES, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, PAULO ERNANDO FERRAZ CAVALCANTI, ADRIANA KOURY e FLÁVIO FEIJÓ, DIANA LAMPREA.

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

Fundamento: Fístulas entre aorta e átrio direito são entidades raras, com prevalência aproximada de 1%. Podem ter origem congênita ou adquirida, associada a procedimento cirúrgico ou infeccioso. Sua apresentação clínica é variável e seu diagnóstico geralmente é por aortografia ou angiografia. **Relato de caso:** Mulher de 30 anos, tabagista e com diagnóstico prévio de valva aórtica bicúspide em acompanhamento, assintomática, há 7 anos; sem medicações de uso prévio. Deu entrada em emergência cardiológica por dispnéia aos grandes esforços iniciada há um mês com piora progressiva. À admissão, tinha dispnéia em repouso, ortopneia, dispnéia paroxística noturna e edema de membros inferiores. Exame físico inicial: hipocorada +/-4, mínimos crepitações em bases, presença de B3 e sopro contínuo +5/+6 em borda esternal esquerda média, situs cordis sem desvio; fígado 4cm palpável. Sinais vitais: frequência cardíaca de 125bpm e respiratória de 23ipm, pressão arterial 120x50mmHg e oximetria de 97%. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, desvio do eixo para esquerda e alteração de condução do ramo direito. Radiografia de tórax evidenciou congestão pulmonar e índice cardíaco normal. Paciente foi manejada com diuréticos e vasodilatadores e melhorou do quadro de insuficiência cardíaca (IC) aguda. Ecocardiograma (ECO), inicialmente, transtorácico mostrou aumento de câmaras direitas, aneurisma de seio de valsalva e sugeriu refluxo severo de valva aórtica bicúspide. Porém, tanto a história da paciente quanto o exame físico não eram compatíveis com o último achado, sendo realizado um ECO transesofágico. Este evidenciou: função biventricular preservadas com aumento de câmaras direitas (volume do átrio: 72ml/m², diâmetro do ventrículo: 48mm), valva aórtica bivalvular com abertura e mobilidade preservadas, sem refluxo ou estenose; fistula de seio coronariano direito/não coronariano com fluxo diastólico para átrio direito de grau importante (com fluxo holodiastólico reverso em aorta abdominal). Além disso, havia forame oval pérvio. Na investigação etiológica, sorologias para sífilis, hepatites e HIV foram não reagentes. Após compensado quadro da IC, paciente foi submetida à correção cirúrgica, sem complicações. Recebeu alta estável clinicamente e com programação de acompanhamento ambulatorial. **Discussão e Conclusão:** O caso relatado aborda o diagnóstico diferencial de IC aguda, direcionando os exames complementares a partir da história e do exame físico. A fistula não apresentava características de causa congênita e a paciente não tinha quadro infeccioso ou pós-cirúrgico. Acredita-se que a fragilidade dos seios de valsalva, devido à aortopatia da valva aórtica bicúspide, levou à formação do aneurisma e posteriormente ao surgimento abrupto da fistula.

2754

Otimização da terapia médica em pacientes idosos com insuficiência cardíaca avançada: uma subanálise de um estudo observacional

GABRIELLA ASSINK CASTRO e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição de saúde pública global, com elevada morbidade e mortalidade, demandando estratégias terapêuticas eficazes. No entanto, estudos abrangentes sobre o manejo da IC, especialmente em populações idosas, são limitados no Brasil. **Objetivo:** Investigar a otimização da terapia médica e seus impactos nos desfechos clínicos em pacientes com IC avançada, com foco na população idosa, como uma subanálise de um estudo maior com 150 pacientes. **Materiais e Métodos:** Subanálise de um estudo observacional retrospectivo com 33 pacientes idosos (≥75 anos) com IC avançada, acompanhados por 6 meses, em um total de 150 pacientes. Coletaram-se dados demográficos, clínicos e terapêuticos, analisando-se a adesão e eficácia da terapia. **Resultados:** Na admissão, 82% dos pacientes usavam medicamentos do sistema renina-angiotensina-aldosterona, enquanto após 6 meses, o percentual aumentou para 85%, com notável substituição de IECA e BRA por INRA no grupo total de pacientes, enquanto a população idosa apresentou uma menor prescrição de INRA em comparação ao grupo maior. Betabloqueadores foram usados por 97% dos pacientes inicialmente, reduzindo para 94% após 6 meses, com mudanças significativas nas preferências de agentes. A menor prescrição de betabloqueadores na população idosa pode estar relacionada à menor tolerância desses pacientes, possivelmente devido a efeitos bradicárdicos. Espironolactona foi utilizada por 79% e 82% na admissão e após 6 meses, respectivamente. A prescrição de iSGLT2 aumentou de 30% para 58%. A taxa de hospitalização diminuiu de 36% para 6%, com taxa de mortalidade de 2%. **Conclusão:** Esta subanálise de um estudo maior destaca a influência das políticas de saúde na prescrição de medicamentos para a população idosa com insuficiência cardíaca. Observou-se uma tendência de aumento na prescrição de medicamentos do sistema renina-angiotensina-aldosterona e iSGLT2, enquanto o uso de betabloqueadores e hospitalizações diminuiu. A menor prescrição de INRA na população idosa sugere dificuldades de acesso a essa classe terapêutica, possivelmente relacionadas à política de fornecimento de medicamentos pelo SUS. Mudanças nas preferências de betabloqueadores sugerem individualização do tratamento, embora a menor prescrição desses agentes na população idosa possa ser atribuída à menor tolerância. No entanto, devido ao tamanho da amostra, são necessários estudos adicionais para confirmar essas observações e avaliar a significância estatística das diferenças observadas.

2755

Compreendendo a conexão entre insuficiência cardíaca e Distrofia Muscular de Duchenne: um relato de caso

MARIANNA CAVINA FIGUEIREDO, GABRIELLE GRUPPELLI GOOD e ANA KARYN EHRENFRIED FREITAS.

Hospital Cruz Vermelha, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é uma condição rara, grave e progressiva, caracterizada pela deficiência de distrofina, uma proteína crucial para a estabilidade da fibra muscular. Além dos sintomas musculares, pode afetar o coração, levando à insuficiência cardíaca (IC) e arritmias. Por se tratar de uma doença tão incomum, torna-se imperativo o relatar o caso de um paciente com IC causada por DMD. **Relato de caso:** V.K.F, 22 anos, diagnosticado com DMD aos 5 anos, apresentou sintomas respiratórios e cardíacos progressivos, incluindo dispneia, ortopneia, edema de membros inferiores e tosse produtiva. Após internamento, foi realizado ecocardiograma que demonstrou IC com fração de ejeção reduzida (34%). Iniciou tratamento com sacubitril/valsartana, beta-bloqueador, antagonista do receptor mineralocorticoide e inibidor de SGLT-2, resultando em melhora clínica e alta hospitalar. **Discussão e Conclusão:** A DMD causa degeneração muscular progressiva, afetando tanto a locomoção quanto a função cardíaca. A miocardiopatia dilatada é a forma mais comum de acometimento, porém, diagnosticá-la pode ser desafiador devido às limitações físicas dos pacientes. Os sintomas de IC podem ser confundidos pelas restrições motoras da DMD. Embora não haja tratamento específico para agressão cardíaca nesta doença, medicamentos como inibidores da angiotensina e beta-bloqueadores podem melhorar a função cardíaca. Portanto, mais estudos são necessários para compreender o manejo da IC na DMD e sua eficácia a longo prazo.

2756

Hipotensão e hipoperfusão: correlação entre pressão arterial sistólica, lactato e parâmetros hemodinâmicos invasivos em pacientes com insuficiência cardíaca avançada

ESTHEFANY DIAS BARBOSA, THAÍS ARAÚJO NÓBREGA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE, ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA, MAGDA SUENNY ROCHA E SILVA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, BIANCA ALICE SOUZA, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC) avançada frequentemente manifestam hipotensão, com parâmetros hemodinâmicos invasivos indicativos de baixo débito cardíaco e congestão, embora apresentem lactato normal. A compreensão desses conceitos ainda enfrentam desafios na prática clínica. **Objetivo:** O estudo propõe avaliar a correlação entre hipotensão, definida por pressão arterial sistólica (PAS) <90mmHg, níveis de lactato e parâmetros hemodinâmicos invasivos através do cateterismo direito com manometria em pacientes com IC avançada. **Materiais e Métodos:** Realizamos um estudo observacional, transversal e prospectivo envolvendo dezesseis pacientes com IC avançada, internados em um Hospital Cardiológico terciário, no período de julho a novembro de 2023. Foi conduzida uma análise comparativa entre os níveis de PAS (<90mmHg ≥90 mmHg) e lactato (<2 e ≥2mmol/L) com diversas variáveis hemodinâmicas obtidas durante o cateterismo direito. **Resultados:** Foram estudados 16 pacientes, sendo 81,3% homens, com média de idade de 53,25±10,98 anos. Hipertensão e doença arterial coronariana foram as comorbidades mais prevalentes na população (62,5% e 75%, respectivamente). A etiologia isquêmica da IC foi a mais comum (62,5%). Pacientes com fração de ejeção (FE) <30% corresponderam a 68,8%. Em relação à sintomatologia, 62,5% estavam na classe funcional NYHA III na admissão. Entre todos os pacientes avaliados, 50% encontrava-se em uso de droga vasoativa (DVA), sendo que, entre os hipotensos, 75% utilizavam DVA. Todos os pacientes com IC avançada (100%) apresentaram valor de lactato sérico inferior a 2,0mmol/L. A idade, o índice de potência cardíaca (CPI) e o índice cardíaco (IC) foram significativamente menores em pacientes com PAS <90mmHg (47,88±11,73 vs. 58,63±7,41, p =0,046), (0,30±0,05 vs. 0,42±0,08, p =0,002) e (1,99±0,34 vs. 2,39±0,38, p =0,047), respectivamente. Adicionalmente, um dado negativo, mas relevante para o escopo deste estudo, foi relacionado à resistência vascular sistêmica (RVS), que se manteve igual em pacientes com PAS <90mmHg e PAS ≥90mmHg, (16,06 (P25 11,19; P75 20,09) vs. 17,76 (P25 14,76; P75 19,72), p = 0,600). **Conclusão:** Dissociação entre valores macro- hemodinâmicos e micro-hemodinâmicos marcam a insuficiência cardíaca avançada. O termo "choque cardiogênico crônico" para a hemodinâmica da IC avançada parece adequado. Novos trabalhos são necessários para melhor determinar parâmetros perfusionais confiáveis na IC avançada.

2757

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

LOUISE FREIRE, FABIO FERNANDES, VINICIUS DAHER VAZ, VERA MARIA CURY SALEMY, ADRIANO MENDES CAIXETA, ESTEVAO LANNA FIGUEIREDO e MARCELO WESTERLUND MONTERA.

Hospital do Coração Anís Rassi, Goiânia, GO, Brasil.- Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, BRASIL - INCOR, São Paulo, SP, BRASIL - Sirio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL - UNIFESP, São Paulo, SP, 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 que descreva características epidemiológicas, métodos complementares e evolução IHDos pacientes com CT no Brasil, diferenciando as regiões geográficas, a fim de promover um diagnóstico e tratamento mais eficazes. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e multicêntrico envolvendo 25 instituições distribuídas no território brasileiro. Critérios de inclusão baseados no InterTak e analisamos características clínicas, biomarcadores, tratamentos, ressonância magnética cardíaca (RMC) e mortalidade intra-hospitalar (MIH). A análise estatística realizada com teste X² e regressão logística. **Resultados:** Incluídos 448 pacientes, 79,46% do SE; NE 9,19%; SUL4,48%; CO6,9%. Predominância feminina em todas regiões. 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, o BB, nas regiões CO e SE. Ambos mostraram-se protetores ao analisar o Brasil de maneira geral. **Conclusão:** A região SE representou a maioria dos casos e sua taxa de MIH é a 2ª mais baixa, atrás apenas do Sul. A ausência de MIH nesta região pode se justificar por idade mais jovem dos pacientes, amostra menor e menor incidência de complicações. Presença de dor torácica, gatilho, uso de BB e IECA/BRA, demonstraram potencial efeito protetor. Os achados sugerem oportunidades e aprimoramento no diagnóstico e tratamento da CT, visando reduzir mortalidade global.

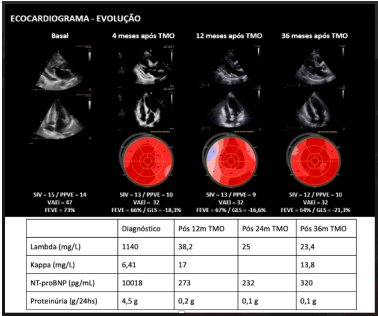
2758

Transplante de medula óssea em paciente com amiloidose AL leva a redução da infiltração miocárdica

FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, BIANCA FADUL DE OLIVEIRA PEIXOTO, LARISSA PIANTA ALVES, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, WILSON MARQUES-JUNIOR, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

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

Fundamento: A amiloidose de cadeias leves de imunoglobulinas (AL) com envolvimento cardíaco é uma condição clínica grave, com alta mortalidade se não tratada. O diagnóstico precoce e estabelecimento imediato de terapêutica efetiva é crítico para garantir melhor prognóstico. Apresentamos o caso de uma paciente com amiloidose AL com critérios iniciais de mau prognóstico, mas após transplante autólogo de medula óssea (TMO), evoluiu com resolução completa dos sintomas e dos achados primariamente encontrados no momento do diagnóstico. **Relato de caso:** Mulher, 61 anos, iniciou em 2018 perda de força muscular e parestesias em membros superiores, associadas à dispnéia aos esforços e edema em membros inferiores. Reportava dislipidemia como comorbidade. Na avaliação inicial com a Neurologia em 2019, notou-se hipotensão postural e eletroneuromiografia mostrou quadro compatível com neuropatia por doença do neurônio motor inferior. Investigação para doenças reumatológicas ou infecciosas mostraram-se todas normais. Porém, a eletroforese de proteínas revelou pico monoclonal na região de gamaglobulinas, motivando avaliação pela Hematologia. Na avaliação conjunta com a Hematologia e Cardiologia, observou-se NT-proBNP=10.018pg/ml, eletrocardiograma com baixa voltagem difusa e padrão de pseudoinfarto em parede anterior, e proteinúria de 24 horas em níveis nefróticos (4,5g). Ecocardiograma transtorácico (ECO) mostrou FEVE=73%, espessura do septo interventricular (SIV) de 15mm e hiperrefringência miocárdica, aumento do volume atrial esquerdo (VAEi=47 ml/m²). Achados deflagraram a investigação para amiloidose. A dosagem da relação de cadeias leves livres mostrou Kappa livre=6,41mg/dL (normal) e aumento acentuado de Lambda livre (1140mg/dL). Biópsias de gordura abdominal foi negativa e biópsia da medula óssea mostrou população plasmocitária monoclonal (35-40% da amostra) com expressão Lambda. Biópsia renal confirmou depósito amiloide com imunofluorescência forte para Lambda, fechando o diagnóstico para amiloidose AL, em estágio III (sobrevida média=16 meses). Recebeu quimioterapia inicial com 4 ciclos de VCD (bortezomibe, dexametasona e ciclofosfamida), com boa resposta clínica e redução significativa do NT-proBNP (839 pg/mL), sendo realizado TMO autólogo. Reavaliações de resposta hematológica e orgânica realizadas 4, 12 e 36 meses após TMO mostraram redução expressiva das cadeias Lambda, da proteinúria e melhora progressiva dos achados do ECO de infiltração miocárdica com redução do SIV e do VAEi até valores normais (figura). **Discussão e Conclusão:** Este caso ilustra como o tratamento específico precoce e efetivo com resposta hematológica rápida, profunda e sustentada pode associar-se à resposta cardíaca muito favorável, com reversão da infiltração miocárdica pelas fibras amiloides e prolongamento da sobrevida.



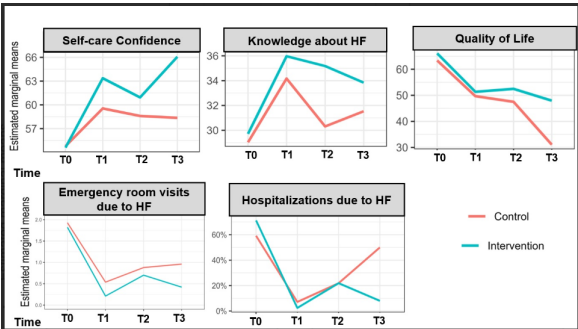
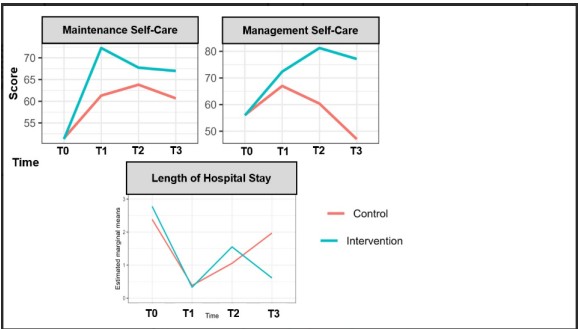
2761

Efficacy of the Educational Program for Self-Care in Heart Failure (PEAC-IC): randomized controlled trial

MICHELE NAKAHARA-MELO, ANA PAULA CONCEIÇÃO, WELLINGTON DA SILVA CARNEIRO and DINÁ ALMEIDA LOPES MONTEIRO CRUZ

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

Background: Self-care is one of the ways of controlling the symptoms and progression of heart failure (HF)¹. Despite being known to be beneficial, self-care is still deficient among people with HF. To improve self-care, educational interventions should be implemented in clinical practice². So, the Educational Program for Self-Care in Heart Failure-PEAC-IC is an intervention to promote positive outcomes for people with HF, and was evaluated in a pilot study for its acceptability and feasibility with satisfactory preliminary results. **Objective:** To compare the effect of the PEAC-IC with usual care on self-care behaviors, knowledge, health-related quality of life and the number and duration of hospitalizations and emergency visits due to HF decompensation. **Methods:** Single-center parallel randomized clinical trial, blinded for the outcomes and statistical analysis. Participants were randomly assigned to the intervention group (IG), which received the usual care and the PEAC-IC, offered in one face-to-face session and five telephone contacts with structured content and in the control group (CG), which received usual care only. Both groups were assessed at baseline (n=80) and for outcome assessments 1 (n=56), 2 (n=42) and 3 (n=27). Efficacy analysis was based on intention-to-treat using the linear mixed models. The research was approved by the ethics committees and was registered on the Clinical Trials. **Results:** The PEAC-IC was effective in improving Self-Care Maintenance (p=0.012) and Management (p=0.018) and in reducing the length of hospital stay due to HF decompensation (p<0.001) (Picture 1). However, there was no evidence of an effect concerning Self-care Confidence (p=0.691), number of hospitalizations (p=0.161) and emergency room visits due to HF (p=0.096), knowledge about HF, (p=0.660), quality of life (p=0.453) (Picture 2). Although it was not included as a dependent variable, death due to HF decompensation was identified in 7 people in the CG compared to only 2 in the IG. It should be noted that both the periods between the implementation of the PEAC-IC sessions (weekly) and the outcome assessments (7th week, 3 and 6 months after the 1st assessment) were longer than anticipated in the research protocol, due to the time it took for the participants to respond to the researchers' contacts. There was a greater loss to follow-up in the CG compared to the IG. **Conclusion:** PEAC-IC was effective in improving self-care maintenance and management, and reducing the length of stay hospitalization. We suggest evaluating the effectiveness of the PEAC-IC and implementing it in other contexts by including an assessment of HF mortality, reviewing the frequency of implementation of the PEAC-IC sessions in addition of the outcome assessment intervals and ways in which the CG adheres to the research protocol.



2766

Controle autônômico e volumes pulmonares em motociclistas do DF: fatores de risco para doenças cardiovasculares

BRUNA SILVA SOUSA, ORLEANE LIMA MACEDO, RENATA MONIQUE QUEIROZ DA SILVA e VERA REGINA FERNANDES DA SILVA MARÃES.

Universidade de Brasília, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Os trabalhadores motociclistas, estão em constante exposição à poluição do ar no ambiente, aos ruídos sonoros e aos riscos de vida que envolvem o trânsito urbano. O contato crônico com essa poluição causa uma resposta inflamatória no sistema respiratório, aumento de doenças pulmonares e crônicas, morbidade cardiorespiratória. As condições inflamatórias têm sido associadas ao aumento do risco de doença cardiovascular (DCV), o mecanismo que as levam são o aumento da aterosclerose, da viscosidade sanguínea, redução da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). Valores reduzidos na VFC enquanto o indivíduo está na posição de repouso, podem indicar um risco DCV.

Objetivo: Avaliar os impactos do estresse veicular em motociclistas por meio de testes cardiovasculares e cardiorrespiratórios, correlacionando assim com fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca a longo prazo. **Materiais e Métodos:** O projeto foi submetido e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e resguarda os cuidados éticos de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio do número de parecer (2477664). Foram analisados 11 indivíduos de meia idade (entre 35-58 anos) motociclistas, do sexo masculino, com os critérios de inclusão sendo usuários de motocicleta ao menos uma vez por semana, há pelo menos um ano, não fumantes. Para a coleta da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), foi utilizado o cardiofrequencímetro (Polar WindLink®), que capta e armazena a FC no software POLAR®, enquanto para espirometria foi utilizado o espirômetro portátil (Phillips®). Os dados foram analisados por meio do software Statistical for Social Science (SPSS).

Resultados: O estudo verificou diferença estatística significativa nos índices de VFC nas posições supino, sedestado e ortostática, assim como, distúrbios ventilatórios através da espirometria. O presente estudo demonstrou não haver diferença significativa nos índices de RMSSD da posição supino ($19,0 \pm 1,6$ ms) para sedestado ($12,0 \pm 0,96$ ms). Já para o ortostatismo ($14,0 \pm 1,5$) gerou uma diferença estatística significativa ($p < 0,05$). Em relação aos índices de HF, pode-se observar uma diferença entre as posturas (supino $0,074 \pm 0,18$, sedestação $0,092 \pm 0,07$, ortostatismo $0,086 \pm 0,07$). Em relação aos dados pulmonares, os indivíduos que apresentaram resultado dentro da normalidade somam (45,45%), seguido pelo restritivo leve (36,36%), o restritivo moderado com (9,09%) e o obstrutivo com (9,09%). **Conclusão:** Dessa forma, é possível observar que os motociclistas não apresentam modulações em diferentes posturas como descrito na literatura, além de ser observado padrão restritivo de diferentes níveis em 45,45% da amostra, o que pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca.

2768

Dissociação entre captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato e evolução da cardiomiopatia amiloide por transtirretina

FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, DENISE MAYUMI TANAKA, VALESKA BERGAMIN, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI, ALEXANDRE BALDINI FIGUEIREDO, RODRIGO TOCANTINS CALADO SALOMA RODRIGUES, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, WILSON MARQUES-JUNIOR e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

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

Fundamento: A amiloidose cardíaca por transtirretina (AC-ATTR) é uma cardiomiopatia restritiva infiltrativa progressiva. A cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato (CCP) é um método utilizado para diagnóstico não invasivo da AC-ATTR e tem sido proposto para quantificar o acúmulo amiloide no miocárdio. No entanto, não está bem estabelecido se a redução da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato se correlaciona com melhora estrutural da cardiopatia durante o tratamento específico. **Objetivo:** Correlacionar avaliações sequenciais da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato com progressão das alterações estruturais cardíacas em pacientes com AC-ATTR. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes com AC-ATTR, com avaliações seriadas, correlacionando-se a quantificação da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato com evolução clínica e ecocardiográfica. Das imagens de CCP planar, registrou-se o grau de captação de Perugini e a relação coração/contralateral 3 horas após injeção do radiotraçador (C/CL), e nas imagens de SPECT foi realizado o cálculo da atividade do radiotraçador no miocárdio (ARM), calculado a partir da análise da intensidade de captação nas paredes dos ventrículos direito e esquerdo, corrigidas pelas contagens do pool sanguíneo. Os valores das variáveis são mostrados como média e desvio padrão da média, utilizamos o Teste t pareado para avaliar a significância das diferenças, assumindo significância quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram analisados 5 pacientes, com seguimento mediano de 3 anos, com média de idade de $75,8 \pm 5,0$ anos, da forma wild type (2 casos) e forma hereditária (3 pacientes: 2 mutação V50M e 1 paciente V142I), em tratamento com drogas específicas anti-amiloide: Tafamidis ($n=1$) e Patisiran ($n=4$). Em comparação à avaliação inicial, observamos na avaliação final redução do escore de Perugini em 2 casos (de escore 3 para 2), com redução da relação C/CL em todos os casos, com valor médio de $2,13 \pm 0,1$ para $1,57 \pm 0,2$, $p=0,0005$, redução da ARM em todos os casos (de $1010,8 \pm 423,7$ para $439,1 \pm 326,9$, $p=0,0439$). Apesar da redução da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato, não foi observada melhora clínica homogênea, tendo a capacidade funcional permanecido estável em 1 caso, piorado em 2 casos e melhorado em 2 casos. Adicionalmente, ecocardiograma mostrou progressão da cardiopatia estrutural amiloide, com aumento da espessura do septo interventricular em todos os pacientes (de $14,0 \pm 2,5$ mm para $17,0 \pm 4,2$ mm, $p=0,21$). **Conclusão:** Pacientes com AC-ATTR recebendo tratamento específico apresentam comumente redução significativa da captação cardíaca de 99mTc-Pirofosfato, sem que se observe a melhora correspondente nos aspectos clínicos e ecocardiográficos. Nossos resultados sugerem que a CCP não seja método de imagem adequado para monitorar a evolução da AC-ATTR em pacientes recebendo tratamento específico.

2775

Cirurgia cardíaca robótica: a busca por técnicas cirúrgicas minimamente invasivas na cardiologia

LETÍCIA LOPES OLIVEIRA, ANA BEATRIZ SEIXAS CUELLAR, ANA JULIA SOUTO LEITE, ANDRÉ VICTOR CARDOSO DA SILVA SOARES, MARIA EDUARDA ROCHA BORGES, QUIRIATE SANA OLIVEIRA DOS SANTOS e MARCUS VINICIUS MOREIRA BARBOSA.

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, TO, BRASIL.

Fundamento: Nas últimas décadas, o desenvolvimento tecnológico avançou consideravelmente, assim como o aprimoramento das técnicas cirúrgicas utilizando aparelhos robóticos. Diante disso, é fundamental a capacitação dos profissionais para utilização dessas tecnologias atreladas ao desenvolvimento de métodos cirúrgicos de maior eficiência e com menos riscos aos pacientes. Dentre as principais vantagens das cirurgias menos invasivas está o menor tempo necessário de internação hospitalar, além de promover um menor período de recuperação e um célere retorno às atividades cotidianas. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática da literatura buscando analisar a eficácia das novas técnicas cirúrgicas cardíacas por meio da robótica, bem como os benefícios aos pacientes com cardiopatias complexas. **Delineamento, Materiais e Métodos:** A presente pesquisa consiste em uma revisão sistemática da literatura, na qual foram selecionados artigos disponibilizados nas bases de dados: PubMed, Scielo e EBSCO, publicados nos últimos 5 anos. Foi feita uma busca avançada com os descritores: 'robotic surgery' e 'heart surgery', com o operador booleano 'AND'. Os critérios de seleção foram rigorosos, considerando ano de publicação, metodologia (estudo prospectivo, estudo retrospectivo, ensaio clínico, revisão bibliográfica e dissertações), idioma (inglês e português), relevância do tema e reputação da plataforma. **Resultados:** Os artigos analisados demonstraram que a utilização da prática cirúrgica em conjunto com a robótica pode reduzir complicações pós-operatórias, além de diminuir a dor e o tempo de internação quando comparada a outras técnicas cirúrgicas. Nessa perspectiva, a cirurgia cardíaca robótica surge como um meio alternativo e de grande eficiência em cirurgias de revascularização do miocárdio, correção da comunicação interatrial, ressecção de tumores cardíacos, como mixomas e fibroelastomas, miectomia septal, correção do forame oval patente, bem como em procedimentos de reparo e substituição de valvas cardíacas. Tudo isso ocorre devido à precisão cirúrgica oferecida pelos sistemas robóticos, com a visão tridimensional ampliada, incisões menores, precisão dos movimentos, além de corroborar um menor trauma para o paciente. No geral, segundo essas pesquisas, tais benefícios são aplicáveis a todos, independente do sexo e da faixa etária. **Conclusão:** Nota-se que através da tecnologia de ponta sob o uso da robótica, foi possível compreender e contemplar os benefícios de tal ferramenta no que concerne à sensação de mais segurança do paciente e à resolutividade. Portanto, o reconhecimento do protagonismo tecnológico na área da saúde possibilitará não só o desenvolvimento da medicina no geral, como também intensificará o aperfeiçoamento das telecirurgias e seus efeitos sobre a vida do paciente.

2785

Mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca no estado da Paraíba: um estudo de 10 anos

LUCAS IAN SOUSA QUEIROZ, BEATRIZ LIMA CORRÊA DE ARAÚJO e ROBERTA TAVARES BARRETO TEIXEIRA.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica resultante da incapacidade do coração em bombear o sangue adequadamente para suprir as necessidades metabólicas tissulares. Dados do Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE) apontam que em 2012 houve 26.694 óbitos por IC no Brasil, com uma elevada taxa de mortalidade intra-hospitalar. Estudos sobre a mortalidade da IC no estado da Paraíba são limitados. **Objetivo:** A presente análise tem por objetivo avaliar o número total de óbitos e a taxa de mortalidade hospitalar dos internados por IC no estado da Paraíba durante os anos de 2013 a 2023. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo populacional, descritivo retrospectivo e de abordagem quantitativa, compreendendo o intervalo de 2013 a 2023, baseado em dados de pacientes maiores de 15 anos com IC, disponíveis a partir dos registros do DATASUS. Foi analisada a mortalidade absoluta e relativa da população (cujos dados apresentavam-se disponíveis até o ano de 2022), bem como a mortalidade hospitalar e a taxa de mortalidade hospitalar. **Resultados:** Dos pacientes internados na Paraíba, foram registrados 6.763 óbitos por IC, o que representa 2,46% do total de óbitos registrados no estado no referido período. A mortalidade populacional média foi de 676,3 ($\pm 63,27$) e, em números absolutos, apresentou um declínio 5,8% de 2013 a 2022. A média da taxa de mortalidade foi de 13,68/100000 ($\pm 2,88$), com declínio de 10,23%, entre 2013 e 2023. Já em relação a mortalidade hospitalar, em números absolutos, entre 2013 e 2022, apresentou um decréscimo de 6,2% na Paraíba. De acordo com o sexo, obteve-se uma média de 10.303 ($\pm 1315,10$) no masculino e 10.385 ($\pm 1370,27$) no feminino. A taxa de mortalidade nas internações por IC foi de 13,7% no período estudado. A taxa de óbito intra-hospitalar apresentou crescimento ao longo de todo o período. O ano de 2023 apresentou aumento de 77,6% na frequência de mortalidade nas hospitalizações por IC, quando comparado com o ano de 2013, com taxa de mortalidade de 16,89% e 9,51%, respectivamente. Em relação à taxa de mortalidade hospitalar por faixa etária, indivíduos com idade superior a 80 anos se destacaram em relação às demais, com média de 35,95% de 2013 a 2023. Fica evidente, portanto, indicando o aumento progressivo da mortalidade conforme a progressão etária. **Conclusão:** A IC persiste como problema de saúde pública devido às frequências elevadas de mortalidade hospitalar. O desenvolvimento deste estudo permitiu conhecer a mortalidade da IC no Estado da Paraíba, proporcionando uma melhor avaliação dessa doença ao longo do tempo. Devem ser realizados estudos clínicos para identificar as possíveis causas para a tendência do aumento da taxa de mortalidade hospitalar por IC.

2786

Perfil epidemiológico de internações por insuficiência cardíaca no estado da Paraíba: análise de uma década

LUCAS IAN SOUSA QUEIROZ e ROBERTA TAVARES BARRETO TEIXEIRA.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica resultante da incapacidade cardíaca de ejetar sangue para suprir as necessidades metabólicas. Caracteriza-se como uma patologia relacionada à piora da funcionalidade, redução da qualidade de vida e elevação da. Acomete mundialmente mais de 23 milhões de pessoas e, no Brasil, é considerada a principal causa cardiovascular de hospitalizações. Estudos estaduais sobre o perfil epidemiológico da IC são limitados. **Objetivo:** A presente análise tem por objetivo avaliar o perfil epidemiológico de internações por IC no Estado da Paraíba, Brasil, durante os anos de 2013 a 2023, em relação a progressão do número total de internações, a faixa etária, sexo, cor/raça, regime e caráter de atendimento. Além disso, visa avaliar a média de tempo de permanência hospitalar dos pacientes internados, bem como delinear o custo total e o valor médio das internações por IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo populacional, descritivo retrospectivo e de abordagem quantitativa, compreendendo o intervalo temporal de 2013 a 2023, e baseado em dados de pacientes maiores de 15 anos com IC. Foi utilizado o banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As análises estatísticas específicas foram realizadas por meio do programa SPSS. **Resultados:** No período analisado, ocorreram 28.646 internações hospitalares por IC na Paraíba, representando a principal causa de internações por doenças cardiovasculares (20,7%). Comparando os anos de 2013 e 2023, observou-se uma tendência decrescente de 55,6% no número absoluto de hospitalizações por IC. Do total de casos, 52,2% foram de pacientes do sexo masculino. Além disso, 73,4% corresponderam aos paciente com idade superior aos 60 anos, sendo a maior proporção correspondente à faixa etária entre 70 e 79 anos. A parcela autodeclarada parda representou 60% das internações, enquanto que a menor quantidade de hospitalizações foi da população indígena, com apenas 0,055%. Ademais, excluindo os dados sem informações, o caráter de atendimento e seu regime corresponderam, respectivamente, 98% em caráter de urgência e 61% nos serviços privados. Evidenciou um tempo médio de internação de 7,64 (±1,29) dias e custo total de R\$47.486.508,03, com ampliação da média de permanência e do custo médio, respectivamente, 75% e 91,1%, nos últimos 10 anos. **Conclusão:** Mesmo com a redução do número absoluto de internações, a IC persiste como problema de saúde pública devido ao crescimento da média de permanência e do custo da internação hospitalar. O desenvolvimento deste estudo permitiu conhecer a epidemiologia da IC no Estado da Paraíba, proporcionando uma melhor avaliação evolutiva dessa doença ao longo do tempo.

2787

Choque cardiogênico e a importância de novas tecnologias em imagem no contexto de emergência: relato de caso

MATEUS SOARES PEREIRA, ANDRÉ LUIZ PARREIRA JUNIOR, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA e PAULO ERNANDO FERRAZ CAVALCANTI.

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Prof. Luiz Tavares, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Com mortalidade intra hospitalar chegando a até 50%, o choque cardiogênico (CC) é uma síndrome grave, sendo secundário a infarto agudo do miocárdio em boa parte dos casos. Outras etiologias incluem insuficiência cardíaca aguda descompensada, arritmias e síndromes aórticas agudas (SAA). Na investigação etiológica, exames de imagem como ecocardiografia e angiotomografia computadorizada (angio-TC) ganham espaço. **Relato de caso:** Idosa octogenária, hipertensa e com histórico de acidente vascular cerebral, foi admitida com dispneia, mal estar e desconforto torácico há vários dias. Na avaliação inicial apresentava sinais de congestão pulmonar com má perfusão periférica e taquicardia. Eletrocardiograma (ECG) realizado na admissão evidenciou padrão de taquicardia ventricular (TV) monomórfica, sendo realizado cardioversão elétrica (CVE) com 150J. ECG em ritmo sinusal mostrava onda T negativa em aVL com padrão de bloqueio de ramo direito e anterodivisional superior esquerdo. Coronariografia (CATE) realizada a seguir evidenciou aneurisma de aorta torácica descendente sem sinais de obstrução coronariana. Após CATE, paciente evoluiu com sonolência, taquipneia, hipossaturação, crepitações até terço médio de ambos hemitórax, TEC >5 seg e mosqueamento com livedo, achados compatíveis com CC tipo C. Melhorou após manejo clínico com drogas vasoativas e diuréticos. Prosseguiu-se com uma Angio-TC para elucidação dos achados do CATE. Esta evidenciou hematoma intramural de aorta descendente torácica com imagem sugestiva de úlcera penetrante da aorta, além de redução de região apical do miocárdio do ventrículo esquerdo (VE) que, após incremento das imagens com reconstrução 3D com renderização, observou-se se tratar de aneurisma apical de VE, o que nortearia a investigação da origem do foco arritmogênico responsável pelo quadro de TV. Ecocardiograma transesofágico em sequência demonstrou FEVE de 23%, disfunção diastólica tipo II, HVE importante e déficit segmentar, confirmação do achado de aneurisma apical de VE com imagem sugestiva de trombo móvel. A seguir, evoluiu com bloqueio AV total e novos episódios de TV com necessidade de CVE. Optou-se, então, por indicação de marcapasso definitivo e cardiodesfibrilador implantável. após implante do dispositivo, evoluiu com piora clínica infecciosa, vindo a óbito por quadro séptico. **Discussão e Conclusão:** Descrevemos um caso de choque de etiologia inicialmente indeterminada no qual o auxílio da Angio-TC com reconstrução em 3D com renderização foi importante para caracterizar melhor não só a SAA, mas também para evidenciar o aneurisma apical de VE, provável foco arritmogênico que não foi evidenciado pelo CATE. Logo, reforça-se que a disponibilidade de novas tecnologias, como a citada no caso, ajuda a incrementar a investigação, inclusive no ambiente de emergência.

2789
Tuberculose pericárdica em paciente pós-transplante cardíaco: uma entidade rara BRENDA GABRIELA SLONGO, GIULIA HEREK ROSSI, LUIS VICENTE FRARE KIRA, KARINA MIDORI NAZIMA, CARLOS EHRL, ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS, ANDRESSA DE OLIVEIRA COIRADAS e MARCELY GIMENES BONATTO. Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba, PR, BRASIL. Fundamento: Doenças oportunistas são complicações comuns do pós-transplante relacionadas à imunossupressão, principalmente entre 2º e o 6º mês do procedimento, sendo os germes mais prevalentes o citomegalovírus, toxoplasmose gondii, aspergilose e a pneumonia por P.carinii. A tuberculose pericárdica é uma rara manifestação no pós-transplante cardíaco. A prevalência de tuberculose ativa entre receptores de transplantes de órgãos sólidos em países desenvolvidos variou de 1,2% a 6,4%, podendo ser consequência de infecção primária ou reativação. O acometimento pericárdico é incomum e existem poucos casos relatados de tuberculose pericárdica em pós-transplante cardíaco. Relato de caso: G. L. M., masculino, 68 anos, paciente em acompanhamento por Insuficiência Cardíaca Reduzida de etiologia idiopática NYHA 4 - INTERMACS III, foi submetido ao transplante cardíaco com boa evolução. No 6º mês pós transplante apresentou cansaço aos moderados esforços, sendo excluída a possibilidade de infecções pulmonares, rejeição celular e humoral e de doença vascular do enxerto. Na tomografia de tórax foi visualizado abscesso em contato com o pericárdico medindo 5,0x8,3x6,2cm e no ecocardiograma transtorácico derrame pericárdico loculado importante. Exames laboratoriais com leucócitos e proteína C-reativa dentro dos limites da normalidade. Realizado janela pericárdica e cultura da secreção positiva para Candida albicans, recebendo então 28 dias de fluconazol. Devido a manutenção dos sintomas e da coleção, o paciente foi submetido à pericardiectomia parcial via videotoracotomia esquerda com biópsia pericárdica. Na cirurgia foi realizado drenagem de grande quantidade de secreção purulenta, motivo pelo qual foi iniciado antibiótico endovenoso. Evoluiu com melhora clínica após alguns dias, recebendo alta com retorno ao ambulatório. A cultura da secreção foi negativa para bactérias aeróbias e anaeróbias, porém o resultado da biópsia pericárdica revelou presença de coloração Ziehl-Neelsen positiva com presença de BAAR. Iniciado o tratamento para tuberculose pericárdica com RIPE por 6 meses e boa evolução. Discussão e Conclusão: A tuberculose pericárdica é incomum e seus sintomas normalmente são inespecíficos e insidiosos, podendo atrasar o diagnóstico e consequentemente o tratamento, trazendo diversos malefícios ao paciente. O tratamento também tem os seus próprios desafios, que incluem interações farmacocinéticas entre os imunossupressores e antituberculosos, toxicidades medicamentosas relacionadas com aloenxertos e respostas imunitárias inadequadas ao Mycobacterium devido à imunossupressão exógena.

2790
A análise entre as internacoes e taxa de mortalidade por insuficiencia cardiaca nas regioes brasileiras entre os anos de 2021-2023 RICARDO FONSECA OLIVEIRA SURUAGY MOTTA, LAILA LEITE PACHECO VIEIRA, LUCAS CAVALCANTE BRANDÃO, MARIA CLARA SOUZA XAVIER, LUIZ CARLOS FONSECA DE AZEVEDO OLIVEIRA, MARIANA BRANDÃO CAVALCANTE BULHÕES, CATARINA CAVALCANTI DE VASCONCELOS, MARIA EDUARDA DA SILVA VALENÇA MILONES, VICTOR COSTA GUIDO SANTOS e EDVALDO FERREIRA XAVIER JÚNIOR. Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL. Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica e patológica caracterizada pela incapacidade do coração em fornecer sangue para os demais tecidos corporais. A IC pode ser ocasionada por inúmeros quadros de anormalidade, ocasionando assim uma redução na fração de ejeção e do débito cardíaco. Objetivo: Analisar a relação entre as internações e taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca nas regiões brasileiras entre 2021-2023. Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo ecológico retrospectivo, que utilizou o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) como fonte de dados. Em relação às informações, foram avaliados os seguintes dados: número de internações e taxa mortalidade por insuficiência cardíaca nos anos de 2021-2023 e assim, realizar a comparação entre os dados retirados. No que se refere a análise dos dados, foram utilizadas as métricas de frequência absoluta e relativa. Resultados: Ao analisar as internações por IC nas regiões brasileiras, verificou-se que a quantidade total de casos no Brasil no ano de 2021 foi de 163.453 e no ano de 2023 foi de 206.585, representando um aumento de 26,38% nos casos totais. Assim, é possível verificar que as internações aumentaram gradativamente em todas as regiões durante os três anos analisados, e a região que obteve o maior aumento foi a Região Norte com 31,4% e a região que obteve um menor aumento foi a Região Sul com 21,69%. Além disso, ao examinar detalhadamente as taxas de mortalidade nas regiões brasileiras, a taxa total do Brasil no ano de 2021 foi de 13,48 e em 2023 foi de 11,72, representando uma queda de 15%. Ademais, a taxa de mortalidade foi reduzida em todas as regiões ao longo dos três anos, sendo a região que mais reduziu essa taxa a Região Sul com 21,6% e a região que menos reduziu essa taxa foi a Região Nordeste com 10,3%. Desse modo, vale ressaltar as altas taxas de mortalidade da Região Sudeste (média de 13,75 nos três anos) em comparação a média brasileira (média de 12,52 nos três anos). Conclusão: Após a análise dos dados, foi possível concluir que a quantidade de internações aumentou em todos os anos analisados, sobretudo na Região Norte. Em relação à taxa de mortalidade, foi reduzida em todas as regiões analisadas em todos os anos, sobretudo na Região Sul e a maior taxa de mortalidade entre as regiões é a da Região Sudeste.

2791

Rendimento do teste genético no estudo de pacientes com cardiomiopatia dilatada idiopática acompanhados em ambulatório estadual

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE, MARIA DA PIEDADE COSTA REIS DE ALBUQUERQUE, MARIA DA GLORIA AURELIANO DE MELO CAVALCANTI, CELINA MARIA DE CARVALHO MAGALHÃES, WILSON ALVES DE OLIVEIRA JÚNIOR, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG, UPE, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) tem etiologia multifatorial, representando cerca de 31% das hospitalizações por insuficiência cardíaca (IC). Testes genéticos apresentam aplicação crescente em sua estratificação de risco, com rendimento variável entre 15-40% nessa população, porém, no Brasil, carecem estudos sobre o tema. **Objetivo:** Verificar o rendimento do teste genético em pacientes diagnosticados com fenótipo de CMD. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal de 46 pacientes com CMD idiopática, adultos, acompanhados em ambulatório de referência. Foram coletados dados clínicos e amostra sanguínea para sequenciamento do exoma completo mediante técnica de Sequenciamento de Nova Geração. A classificação das variantes genéticas seguiu o consenso do Colégio Americano de Genética Médica e Genômica. O rendimento do teste genético foi calculado pela proporção de resultados positivos, em que foi encontrada variante provavelmente patogênica e/ou patogênica. **Resultados:** A idade média foi de 49±13,6 anos, sendo maioria de sexo masculino (56%), pardos (59%), procedentes da região metropolitana do Recife (63%). As comorbidades mais prevalentes, em ordem decrescente, foram: sedentarismo, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Dentre os participantes, 93,5% eram portadores de IC com fração de ejeção reduzida (ICFe) e 4% apresentavam IC com fração de ejeção melhorada, persistindo com dilatação do ventrículo esquerdo. 17% da amostra são portadores de dispositivo cardíaco implantável, dos quais 37,5% apresentam cardiodesfibrilador-ressincronizador. Em 50% foi relatado familiares com morte súbita e em 13% havia relato de consanguinidade (67% entre genitores). O sequenciamento do exoma obteve rendimento de 26%, sendo 33% referente a variantes patogênicas e 67% a provavelmente patogênicas. 22% dos laudos tinham apenas variantes de significado incerto (VUS) e 48% não identificaram nenhuma mutação. Dentre os laudos positivos, o gene de destaque foi a titina (TTN), presente em 50% dos casos, todos eles eram portadores de ICFe. Mutações patogênicas também foram identificadas nos genes BAG3 e TTR, enquanto as provavelmente patogênicas tiveram associação com ABCC6, DMD e RBM20. Dentre as VUS, 30% foram encontradas no gene MYH7. **Conclusão:** O rendimento do teste genético na CMD esteve de acordo com a literatura, inclusive com a maior porcentagem de resultados positivos associados ao gene TTN. A frequência de variantes em tal gene foi superior ao previsto em trabalhos internacionais (25% dos casos de CMD familiar), é possível considerar que o elevado índice de consanguinidade tenha algum papel neste cenário. Assim, o estudo destaca a importância do teste genético na avaliação de pacientes com CMD em diferentes populações.

2798

Protocolo de construção de teleconsulta para atendimento de pessoas com insuficiência cardíaca

GLAUBER GEAN DE VASCONCELOS, VERA LÚCIA MENDES DE PAULA PESSOA, VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI, DEBORAH NOGUEIRA MESQUITA DO NASCIMENTO, THIAGO MARTINS DE SOUSA, JOYCE DA SILVA ALVES, JANIelly RODRIGUES DOS SANTOS, ANA BEATRIZ DA SILVA BELARMINO, FRANCISCO ISAIAS MENESES DA SILVA, MARIA EDUARDA MACIEL SILVA SILVA, ARTHUR ANDRADE VITORIANO, FELIPE ALBUQUERQUE COLARES, LARA LINS ÁFIO PONTE, LUIZ FILIPE TORRES DE ALENCAR e IASMIN SALDANHA FAÇANHA.

UECE, Fortaleza, CE, BRASIL - UNIFOR, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) corresponde a uma das principais doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem a população mundial, bem como trata-se de uma síndrome multifatorial complexa, em que o coração não consegue desempenhar sua função de forma fisiológica ocasionando uma série de prejuízos como um déficit de autonomia, dificuldade no monitoramento de seus sinais e sintomas e a inclusão de mudanças em seus hábitos de vida (Rohde et al., 2018; Cestari et al., 2022). A telemedicina surge, portanto, como uma tecnologia capaz de fornecer diversos benefícios tanto ao usuário quanto à equipe de saúde responsável por seu tratamento, garantindo uma significativa melhoria no acompanhamento e recuperação do indivíduo (Moertl D, et al., 2017). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi desenvolver um protocolo para teleconsulta em cardiologia com foco em pacientes com insuficiência cardíaca. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico conduzido em duas fases sendo a primeira: uma revisão de escopo para obtenção de elementos necessários para a construção do protocolo; a segunda fase compreende a construção do protocolo supracitado. A pesquisa foi realizada na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca (UTIC) do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza/CE, referência no estado para doenças cardiorrespiratórias e transplante cardíaco. **Resultados:** A primeira fase contou com o desenvolvimento de uma revisão de escopo, em que foram buscado as melhores evidências sobre a telemedicina e a criação de protocolos para serem aplicados nessa ocasião, nesta houve destaque para o período pandêmico vivenciado nos últimos anos e como essa experiência contribuiu para alavancar o uso das teleconsultas bem como auxiliou na compreensão dos elementos necessários para a composição da segunda fase. A segunda fase foi a criação do protocolo de teleconsulta, no qual o princípio médico focado no benefício integral do paciente foi prezado. Foram incluídas neste as diretrizes e normatizações instituídas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Ministério da Saúde. O protocolo se divide em sete categorias, sendo elas: Identificação, Anamnese, Exame físico, Medicações em uso, Teste de Morisky, Exames complementares e conduta implementada. **Conclusão:** Logo, após passar pelos processos de validação junto aos juizes experts, profissionais da saúde e público alvo, o protocolo poderá ser utilizado promovendo uma estrutura clara e abrangente para a aplicação das consultas remotas com os indivíduos com IC. Assim sendo, a tecnologia tem a finalidade de garantir uma melhor qualidade de vida a esses pacientes, bem como dinamizar o trabalho de acompanhamento prestado pela equipe de saúde.

2802

Doença de Danon e insuficiência cardíaca: relato de caso

CAMILA MARIA MONTEIRO DA SILVA, ANA MARIA SOUZA BARRETO, RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO, DIEGO FELIPE FERRÃO PEREIRA DE ANDRADE BARROS, TAMARA DE SÁ LOPES GONÇALVES, DÁVILA SUYANE BELÉM DE LIMA, RICARDO DE ANDRADE LIMA AMORIM, DAIANE PEREIRA ARRUDA, CLARA CELLY DINIZ OLIVEIRA e ÂNDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A doença de Danon (DD) é uma condição multissistêmica rara, ligada ao cromossomo X, causada por uma mutação no gene da Proteína 2 de Membrana Associada ao Lisossomo (LAMP-2). O acometimento cardíaco envolve espessamento da parede ventricular, síndrome de Wolff-Parkinson-White, arritmias ventriculares e taquicardias atriais. A doença progride rapidamente para insuficiência cardíaca avançada, com expectativa de vida média de 34 anos. O tratamento da DD concentra-se em controlar os sintomas e desacelerar a progressão da insuficiência cardíaca. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, consciente e orientada admitida com quadro de dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores e episódios de cianose. Após realização do ecocardiograma transtorácico diagnosticou-se insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) de 29% e como complemento à investigação diagnóstica foi realizada uma ressonância magnética do coração, que demonstrou fibrose miocárdica de padrão transmural nos segmentos anterior e inferior médio basal e padrão subendocárdico difuso na região apical do ventrículo esquerdo, em associação com dilatação discreta nos átrios e importante nos ventrículos. Nesse contexto, a investigação etiológica prosseguiu com realização de painel genético para cardiomiopatias, que evidenciou uma variante provavelmente patogênica no gene LAMP [NM_002294.3:c.768del: p.(Asn257Ilefs*26)]. Atualmente paciente está em acompanhamento em ambulatório de cardiomiopatias e em clínica de insuficiência cardíaca avançada para possível transplante cardíaco. **Discussão e Conclusão:** A DD é um distúrbio autossômico dominante ligado ao X e, geralmente, os homens apresentam uma forma mais precoce e grave. O caso apresentado de uma jovem com ICFER dificilmente teria o diagnóstico etiológico elucidado sem a possibilidade da realização do painel genético, o que demonstra a importância da avaliação molecular para melhor aconselhamento genético e conduta terapêutica.

2808

Lesão de tronco de coronária esquerda em um paciente com cardiomiopatia hipertrófica apical assimétrica: relato de caso

CAIO CEZAR GOMES REZENDE e ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE.

PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é causada por múltiplas mutações nos genes que codificam proteínas do sarcômero cardíaco. Representa a causa mais comum de morte súbita em jovens. Em uma minoria considerável, o espessamento da parede é limitado a áreas segmentares, incluindo a porção mais distal do VE, considerado como forma apical. A doença de Yamaguchi é um fenótipo distinto associado a negatividade acentuada da onda T no eletrocardiograma (ECG). O quadro clínico varia de assintomático a quadros de baixo débito e morte súbita. Uma pequena porcentagem desses pacientes evolui com quadros de infarto agudo do miocárdio, embora sintomas de angina apresentem-se com certa frequência. **Relato de caso:** Paciente masculino, 54 anos, procurou atendimento médico por apresentar quadro desconforto precordial em aperto iniciado há 3 horas, sem irradiação, associado a tontura e sudorese fria. Apresenta como antecedentes pessoais soropositividade para HIV em tratamento regular com antirretrovirais e história familiar positiva para morte súbita do pai e dois irmãos, o mais novo aos 52 anos. Solicitado ECG de 12 derivações: Ritmo sinusal, com eixo normal, presença de infra de ST maior que 1mm nas derivações V3-V6, com onda T invertida e profunda. Onda T invertida em D1, D2 e AVL. Ecocardiograma trans torácico sugestivo de cardiomiopatia apical assimétrica, confirmada pela ressonância magnética do coração. Nesse contexto clínico, foi optado por realização de cateterismo cardíaco com os achados de DAC multiaxial com lesão de tronco de coronária esquerda ostial sendo realizada revascularização miocárdica, procedimento ocorreu sem intercorrências. **Discussão e Conclusão:** A cardiomiopatia hipertrófica do tipo apical apresenta-se normalmente no departamento de emergência com o paciente apresentando dor torácica anginosa, associado a um ECG e marcadores de necrose alterados, mimetizando desse modo a síndrome coronariana aguda. O manejo clínico desse paciente consiste em tratamento de suporte para a cardiopatia e tratamento cirúrgico para doença arterial coronariana, conforme orientações das diretrizes atuais. Ainda há muito o que ser avaliado e discutido para que haja um consenso entre diagnóstico, manejo e avaliação do paciente com CMH apical em associação com doença arterial coronariana, com intuito de que no futuro outros pacientes se beneficiem de tais medidas.

3454

Correlação entre etnia e perfil genético de indivíduos com fenótipo de cardiomiopatia hipertrófica acompanhados em centro de referência pernambucano

MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, TAYNE FERNANDA LEMOS DA SILVA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, AFONSO LUIZ TAVARES DE ALBUQUERQUE, MARIA DA PIEDADE COSTA REIS DE ALBUQUERQUE, MARIA DA GLORIA AURELIANO DE MELO CAVALCANTI, CELINA MARIA DE CARVALHO MAGALHÃES, LUCAS VIEIRA LACERDA PIRES e SILVIA MARINHO MARTINS ALVES.

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG, UPE, Recife, PE, BRASIL - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) apresenta componente genético diverso e fenótipo variado. O Brasil dispõe de grande variabilidade genética pelo histórico de miscigenação. Pesquisas dedicadas a compreender o genótipo de pacientes cardiopatas são escassas, especialmente no Nordeste do país. **Objetivo:** Caracterizar portadores de CMH quanto ao seu perfil étnico e genotípico, verificando a associação entre eles. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal de 32 indivíduos com fenótipo de CMH, acompanhados em centro especializado. Foi feita avaliação clínica e sequenciamento do exoma completo, mediante Sequenciamento de Nova Geração, de toda a amostra. As variantes genéticas foram classificadas segundo o consenso do Colégio Americano de Genética Médica e Genômica. Os dados étnicos foram registrados mediante raça autodeclarada. O rendimento do teste genético correspondeu à proporção de resultados positivos, em que foi encontrada variante provavelmente patogênica e/ou patogênica. Foi aplicado o teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas, com nível de significância: $p < 0,05$. **Resultados:** A idade média foi $46,4 \pm 16,3$ anos, predominando o sexo feminino (53%) e procedentes da região metropolitana do Recife (50%). A raça parda foi a mais comum (50%), seguida de branca (43,7%) e preta (6,2%). Os grupos foram semelhantes quanto às comorbidades como sedentarismo ($p = 0,40$) e hipertensão ($p = 0,78$). Eventos de morte súbita na família foram relatados por 53% da amostra. Ao todo, foram identificadas 18 variantes genéticas. Dentre os testes positivos, 78,6% das mutações foram de genes codificadores de proteínas sarcoméricas (MYH7, MYBPC3, TNNT2 e TPM1). Demais resultados estão presentes na tabela 1. Tabela 1. Características da amostra Fonte: Elaborado pelo autor. ICFer: Insuficiência Cardíaca de Fração Reduzida; CDI: Cardiodesfibrilador Implantável. **Conclusão:** O estudo identificou uma distribuição étnica entre pacientes pernambucanos com fenótipo de CMH convergente com o perfil estadual do último censo (IBGE), com predomínio de pardos. A cor da pele autodeclarada não apresentou relação com o rendimento nem com as mutações identificadas através do teste genético.

CARACTERÍSTICAS	RAÇA AUTODECLARADA			P-valor
	BRANCA (n = 14)	PRETA (n = 2)	PARDA (n = 16)	
FENÓTIPO				
SEXO	Feminino (57,1%)	Feminino (100%)	Masculino (50,2%)	0,3
IDADE MÉDIA (DESVIO-PADRÃO)	47,5 (15,8)	33,5 (13,4)	47,06 (15,37)	—
ICFer	14,3%	0%	0%	0,25
USO DE CDI	14,3%	100%	18,8%	0,02
GENÓTIPO				
MYBPC3	7,1%	50%	18,8%	0,79
MYH7	0%	50%	12,5%	
TNNT2	7,1%	0%	0%	
TPM1	7,1%	0%	0%	
DES	7,1%	0%	0%	
SYNE2	7,1%	0%	6,2%	
CSRP3	7,1%	0%	6,2%	
DSG2	7,1%	0%	0%	
MYL3	7,1%	0%	0%	
TTR	0%	0%	6,2%	
MYH7 + KLHL24 + KLHL24	0%	0%	6,2%	
MB1 + PRKAG2	7,1%	0%	0%	
MYBPC3 + MYH6	0%	0%	6,2%	
MYL2+MYH7	0%	0%	6,2%	
+MYBPC3	0%	0%	6,2%	
RAF1 + MYPN	7,1%	0%	0%	
AUSENTE	28,6%	0%	31,2%	
RENDIMENTO DO TESTE GENÉTICO	35,7%	100%	43,8%	0,23

Fonte: Elaborado pelo autor. ICFer: Insuficiência Cardíaca de Fração de Ejeção Reduzida; CDI: Cardiodesfibrilador Implantável.

3456

Avaliação de desfechos cardiovasculares com o uso de estimuladores de guanilato ciclase solúvel para insuficiência cardíaca: revisão sistemática

MARIA LUIZA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, VANESSA DE OLIVEIRA E SILVA, WELLINGTON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO, ALANA VILAR DE CARVALHO, PEDRO VINÍCIUS SILVA FELIPE, MARCELO AUGUSTO CIRILO DOS SANTOS, JOÃO VÍCTOR LOIOLA e IMARA CORREIA DE QUEIROZ BARBOSA.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica multifatorial e progressiva, caracterizada pela disfunção ventricular sistólica e diastólica e frequentemente associada à deficiência de óxido nítrico (ON). Estimuladores de guanilato ciclase solúvel (EGcS) são uma classe de fármacos com dupla ação, estimulando a guanilato ciclase solúvel (GCs) independente ON e aumentando a sensibilidade da GCs ao ON sendo potencialmente benéfico no tratamento da IC. **Objetivo:** Avaliar desfechos cardiovasculares em pacientes com IC em uso de EGcS. **Materiais e Métodos:** O presente estudo é uma revisão sistemática cujas etapas para a sua construção estão descritas no protocolo PRISMA. A questão norteadora foi estabelecida com base no acrônimo PICO: "Como os EGcS atuam nos desfechos cardiovasculares de pacientes com IC?". A seleção dos artigos foi realizada em duplo cego, durante os meses de abril e maio de 2024 através das bases: PubMed, Science Direct e Cochrane. A avaliação do risco de viés foi realizada através da ferramenta GRADE. **Resultados:** Foram selecionados 8 ensaios clínicos randomizados. Nesses estudos, nos pacientes com IC com fração de ejeção preservada (ICFEP), foi observado que os EGcS, quando comparados com placebo nos estudos analisados, mostraram aumento do débito cardíaco e diminuição do gradiente transpulmonar e da resistência vascular pulmonar em pacientes com IC com fração de ejeção preservada. Além disso, mostraram-se seguros quanto à ocorrência de efeitos adversos e capaz de melhorar qualidade de vida em pacientes com descompensação de até 4 semanas. Em nenhuma classe de IC, os EGcS foram capazes de melhorar níveis de BNP ou NT-proBNP. Não houve melhora significativa nos níveis de BNP ou NT-proBNP em até 12 semanas, na diminuição da pressão arterial média pulmonar, na resistência vascular sistêmica, na pressão arterial média ou no pico de Vo2. Já nos pacientes com IC e fração de ejeção reduzida, não houve alteração nos níveis de NT-proBNP até 12 semanas após descompensação, mas houve diminuição significativa na morte cardiovascular e primeiras hospitalizações por ICI. **Conclusão:** Os estudos mostraram-se favoráveis ao uso de EGcS para uso em pacientes com ICFEP quanto a melhora da função cardíaca e da qualidade de vida dos pacientes, além de terem se mostrado seguros quanto à ocorrência de efeitos adversos. Entretanto, não foi evidenciado melhora nos níveis de BNP nem de NT-proBNP nos pacientes em uso dessa medicação.

3460

Avaliação da albuminúria como preditora de eventos cardiovasculares em pacientes com insuficiência cardíaca aguda

ISABELA ROBERTO DE LIMA BORBA, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MAGDA SUENNY ROCHA E SILVA, ANDREA DE FREITAS PIMENTEL TOSCANO, ESTHEFANY DIAS BARBOSA, DIOGO COUTINHO SUASSUNA, KARINA MASCARENHAS BEZERRA ALVES, LUCAS EDUARDO VILARINHO GUIMARÃES, ALINE FIGUEIRAS DA TRINDADE, CLAUDIA CAROLINA MENDONÇA CAMPOS, FELIPE JOSÉ DE OLIVEIRA FRAGA, CAIO CEZAR GOMES REZENDE, BÁRBARA MARIANA DOS SANTOS SILVA e PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca aguda é responsável por parcela importante dos internamentos cardiovasculares em todo o mundo. A albuminúria pode ser usada como marcador de pior prognóstico nestes pacientes. **Objetivo:** Investigar a associação entre albuminúria e eventos adversos em pacientes com internamento por IC aguda em um hospital terciário referência em cardiologia. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Esta coorte retrospectiva envolveu pacientes com IC aguda, nos quais foi avaliada a presença de albuminúria e, um ano após a seleção inicial, o desenvolvimento de desfechos clínicos (óbito por todas as causas, óbito por causa cardiovascular e reinternação por piora da IC). Os dados demográficos e clínicos foram obtidos por meio de prontuário eletrônico e contato telefônico. A análise estatística abordou associações e comparações entre variáveis demográficas, estado clínico, desfechos e albuminúria, com significância estabelecida em 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos 40 participantes foram avaliados, 17 no grupo Albuminúria Presente (AP) (42,5%) e 23 no grupo Albuminúria Ausente (AA) (57,5%). Entre os pacientes com albuminúria, a maioria é do sexo masculino ($p = 0,023$) e portadores de IC com fração de ejeção reduzida ($p = 0,019$). Associação estatisticamente relevante foi encontrada nos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ($p = 0,018$). Em um ano, foram registrados 4 óbitos no grupo AP (23,5%), todos eles associados a causas cardiovasculares, e reinternamento por piora da IC ocorreu em 5 pacientes (29,4%). Em pacientes com albuminúria, houve uma tendência de aumento de chance para os desfechos de óbito por causa cardiovascular (oddsratio (OR) 1,10, 95% IC 0,25-4,94; $P < 0,301$). Não foram identificadas associações significativas entre os desfechos clínicos e a presença de albuminúria. **Conclusão:** Embora o valor prognóstico não tenha sido reproduzido, talvez pelo tamanho da amostra ou curto tempo de seguimento, a pesquisa destaca a albuminúria como preditor independente de risco nesse grupo de pacientes e chama a atenção para o fato de que pacientes hipertensos com IC aguda, possam ser mais suscetíveis a lesão renal.

3471

Perfil dos pacientes idosos internados por descompensação de insuficiência cardíaca em hospital cardiológico terciário

ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, ALEXANDRE SENA CAMARGOS FIGUEIREDO, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de alta prevalência na população idosa e é responsável por altas taxas de mortalidade e um grande número de internações em nosso país. Frequentemente essa população se encontra mais vulnerável a fatores de risco cardiovascular, sendo a IC a via final comum. A análise do perfil de pacientes internados nesse contexto é necessária para o desenvolvimento e otimização de medidas preventivas e terapêuticas eficientes nessa faixa etária. **Objetivo:** Delinear características epidemiológicas e desfechos dos pacientes idosos internados por descompensação da IC em hospital cardiológico terciário. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo observacional transversal, com extração de dados através de prontuário eletrônico, incluindo todos os pacientes com idade ≥ 60 anos internados com insuficiência cardíaca descompensada em hospital de referência terciário durante o ano de 2021. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética local. **Resultados:** Um total de 369 pacientes foi analisado. A média da idade foi de $72,7 \pm 8,5$ anos e 52,6% eram do sexo masculino. As etiologias mais comuns foram a isquêmica (33,3%) e valvar (16,2%). Em relação às comorbidades prévias, 89,5% eram portadores de hipertensão arterial, 45,4% de diabetes mellitus, 32,2% de dislipidemia, 32,2% de fibrilação atrial, 7% de Doença de Chagas, 44,8% eram tabagistas ou ex-tabagistas e 44,7% eram etilistas ou ex-etilistas. 37,4% dos pacientes tinham doença arterial coronariana prévia, 9,2% tinham acidente vascular cerebral prévio. A média do IMC foi de $26,9 \pm 5,2$ e 57,3% tinham sobrepeso ou obesidade. A média da fração de ejeção foi de $42 \pm 16,5\%$, sendo 29,5% ICfEp ($FE \geq 50$), 54,5% ICfEr ($FE \leq 40$) e 16% ICfEIr ($FE 41-49$). No momento da admissão, 4,1% foram classificados como classe funcional de NYHA I, 12,6% como NYHA II, 21,3% como NYHA III e 62% NYHA IV. A distribuição do perfil hemodinâmico da IC foi: A (3,9%), B (79,1%), C (15,5%) e D (1,5%). O tempo médio de internamento hospitalar foi de 21 dias (intervalo 0-188 dias) e 56% esteve em UTI ou sala vermelha durante seu internamento. Em relação aos desfechos, 78,5% receberam alta hospitalar e 21,5% foram a óbito nesse internamento. Dos 288 pacientes que receberam alta, 28,1% reinternaram dentro de um ano e, destes, 14,8% foram a óbito. **Conclusão:** Foi observada alta prevalência de doenças crônicas, como dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensão arterial dentre os idosos incluídos no estudo, dados que condizem com o que está descrito na literatura. A mortalidade intra-hospitalar foi elevada, destacando a necessidade de diagnóstico, acompanhamento e terapêutica das doenças crônicas que podem levar a insuficiência cardíaca, na tentativa de minimizar possíveis desfechos desfavoráveis.

3475

Morte súbita abortada como primeira apresentação de sarcoidose cardíaca: desafio diagnóstico

ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, GABRIELA COTÍAS FILIZOLA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, JÚLIA FEITOSA BRITO DOS SANTOS, ISLY MARIA LUCENA DE BARROS e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

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

Fundamento: A sarcoidose cardíaca (SC) é uma doença inflamatória rara de apresentação variada, geralmente com envolvimento extracardíaco. Ela pode ter evolução grave, sendo fundamental seu diagnóstico e tratamento precoces. **Relato de caso:** Homem de 72 anos, portador de hipertensão, fibrilação atrial e ex-tabagista, fazia uso de amiodarona e rivaroxabana. Em 2014, durante exames de rotina, foi diagnosticada massa mediastinal, a qual apresentou resolução espontânea em 2015 e reapareceu em 2016. O paciente seguia assintomático. Em 2022 foi internado eletivamente para biópsia da massa, porém no início do procedimento, o paciente evoluiu com bradicardia instável seguida de parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de atividade elétrica sem pulso. Após reanimação e retorno da circulação espontânea (RCE) foi evidenciado bloqueio atrioventricular total (BAVT). Foi implantado marca-passo (MP) provisório e encaminhado para hospital cardiológico. Em unidade de terapia intensiva foram descartados distúrbios hidroeletrólitos, alterações estruturais e elétricas do coração, atribuindo-se a PCR à anestesia do procedimento. Foi desligado o MP provisório e o paciente apresentou nova bradicardia com PCR e RCE após 3 minutos. Realizado implante de MP definitivo e ecocardiograma transtorácico evidenciou remodelamento concêntrico do ventrículo esquerdo (VE), hipocinesia leve difusa, fração de ejeção de VE de 49%, átrios com aumento importante, insuficiência aórtica e tricúspide leves e derrame pericárdico leve. A sorologia foi negativa para a doença de Chagas e o holter-24h não apresentou alterações significativas. O paciente evoluiu bem e recebeu alta para investigação ambulatorial. Em 2023, durante o preparo para tomografia de tórax, o paciente apresentou taquicardia ventricular (TV) instável, precisando de cardioversão elétrica. No segundo internamento, o paciente se manteve estável. Para investigação etiológica, foi realizada cineangiogramiografia, sem alterações. Com a hipótese de SC, foi feita ressonância nuclear magnética cardíaca com achado de fibrose focal miocárdica de padrão não isquêmico. Após realização de PET-scan, o diagnóstico de SC foi confirmado. Paciente seguiu estável com colocação de cardiodesfibrilador implantável e uso de corticoide. **Discussão e Conclusão:** Pacientes com SC sofrem com o subdiagnóstico. No relato, apesar das red flags para SC (morte súbita abortada, BAVT, TV, fibrose de padrão não isquêmico), seu diagnóstico só ocorreu quase dois anos após sua primeira arritmia. Conhecer os sinais de alarme da SC interfere no melhor manejo dos pacientes, os quais são potencialmente graves.

3476

Insuficiência cardíaca em paciente com miocardiopatia não compactada associada à valva aórtica bicúspide: um relato de caso

KAIO LUIZ CORDEIRO QUEIROZ, LÍGIA GABRIELA PEREIRA BRAZ MACÊDO, PEDRO LUCAS DE OLIVEIRA TORRES, EMANUEL DAVI LIMA DE MATOS LEÃO, GIOVANNA NÓBREGA LEANDRO, CLEYTON TENÓRIO DE LIMA, BEATRIZ BARBOSA ACCIOLY, ARTHUR HENRIQUE TAVARES COSTA SANTOS, JESUMIRA LIMA BEZERRA, SABRINA GIOVANA CAVALCANTI LUCAS, ARTUR DE OLIVEIRA MACENA LÔBO, ANDREA BEZERRA DE MELO DA SILVEIRA LORDSLEEM e SANDRO GONÇALVES DE LIMA.

Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, PE, BRASIL - Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, PE, BRASIL - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta na incapacidade estrutural e funcional do enchimento ou ejeção ventricular do sangue. A miocardiopatia não compactada (MNC), patologia rara caracterizada pela persistência de numerosas trabéculas e recessos intertrabeculares profundos que se comunicam com o ventrículo esquerdo (VE), pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras anomalias cardíacas, como a valva aórtica bicúspide. **Relato de caso:** Mulher, 51 anos, hipertensa, obesa e tabagista. Admitida em hospital com queixa de dispneia progressiva iniciada há nove meses, com piora nos últimos três meses, passando a apresentar dispneia aos mínimos esforços, dispneia paroxística noturna, ortopneia e um evento de síncope. Relatava ainda precordialgia de caráter opressivo com irradiação para dorso, desencadeada por mínimos esforços e que cessava em repouso. Ao exame físico, apresentava hipofonese de 2ª bulha em foco aórtico (AO) e presença de sopro ejetivo em foco AO e foco AO acessório (4+/6+), que irradiavam para fúrcula e carótidas. O eletrocardiograma de repouso revelou sobrecarga de câmaras esquerdas. O ecocardiograma transtorácico mostrou disfunção diastólica do VE de grau I, com FE do VE de 59%, acompanhada de estenose aórtica (EA) importante (área valvar aórtica de 0,5 cm2 e gradiente VE-AO máximo de 71mmHg e médio de 43mmHg). Foi realizada uma ressonância magnética cardíaca, que revelou uma relação miocárdio não compactado/compactado de 3,11 em segmento látero-apical. Além disso, foi visualizada valva aórtica bicúspidizada (VAB) (N+L por Sievers) com folhetos espessados e calcificados e abertura valvar reduzida. A cineangiogramiografia não identificou aterosclerose significativa nas artérias coronárias. Foi submetida a substituição valvar aórtica com implante de prótese mecânica e ampliação da raiz da aorta com enxerto de pericárdio bovino, tendo evoluído sem intercorrências no pós-operatório. **Discussão:** A grande maioria dos pacientes com MNC isoladamente, apresenta longo período de vida assintomático, porém quando associada à EA o quadro de IC pode ocorrer mais precocemente. Embora a ligação genética entre essas condições precise de melhor elucidação, estudos sugerem que mutações no gene NOTCH e no alelo M1B1 humano levam à redução da atividade do receptor NOTCH1 podendo resultar, respectivamente, em VAB e calcificação progressiva da valva aórtica, e em falha na compactação do miocárdio. **Conclusão:** Os sinais e sintomas de IC em pacientes portadores de MNC podem surgir mais precocemente em decorrência de patologias associadas, como a VAB, descritas neste caso.

3478
Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca isquêmica em hospital de referência GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, JÚLIA FEITOSA BRITO SANTOS, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, CLARA ANDRADE PONTUAL PERES, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, FERNANDO RABELO OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA SILVA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA e MARINA NOGU. PROCAPE, UPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL. Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa que se caracteriza por alteração estrutural ou funcional do coração. Uma das etiologias mais importantes é a isquêmica, que acarreta dano importante no funcionamento cardíaco. É essencial mapear essa patologia em pacientes com doença coronariana, pois a IC leva a grande comprometimento socioeconômico. Objetivo: Delinear o perfil clínico e epidemiológico de pacientes que foram internados por IC descompensada de etiologia isquêmica no ano de 2021 em hospital de referência cardiológico do estado de Pernambuco. Delineamento, Materiais e Métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Analisada base de dados de janeiro a dezembro de 2021 de indivíduos portadores de IC internados em hospital terciário de cardiologia. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do hospital. Resultados: Foram obtidos 171 pacientes entre 32-97 anos (média de 67±11,6 anos). Do total, 56,7% eram homens e 43,3% mulheres. Dos pacientes, 73,7% eram procedentes da região metropolitana do Recife, 17% da zona da mata e 10% do agreste, sertão e outros estados. Com relação às comorbidades, 87,13% eram hipertensos, 19,3% tinham fibrilação atrial, 56,1% possuíam diabetes mellitus tipo 2, 41,5% tinham dislipidemia, 17% eram etilistas ou ex-etilistas e 45% tabagistas ou ex-tabagistas. A fração de ejeção (FE) média foi de 39,7%. Sobre sua classificação, 55,6% dos pacientes tinham ICFE reduzida, 16,4% ICFE moderadamente reduzida e 23% ICFE preservada. Na admissão, 57,9% apresentavam classe funcional pela New York Heart Association (NYHA) IV e 24,6% NYHA III; 66,7% tinham o perfil B de descompensação. Com relação às doenças isquêmicas, 55,6% tinham sofrido infarto agudo do miocárdio prévio, 18,1% já tinham sido submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) e 28,6% à angioplastia coronária percutânea. O tempo médio de internamento foi de 31±89,9 dias. Quanto ao desfecho, 85,4% tiveram alta, 25% com reinternamento dentro de um ano, e 14,6% sofreram óbito. Conclusão: Na amostra estudada, a prevalência de ICFER mostra o impacto das etiologias isquêmicas no declínio da função ventricular. Ademais, seguindo a tendência mundial da doença coronariana isquêmica, o estudo mostrou prevalência de fatores de alto risco cardiovascular associados, refletindo multimorbidade. Portanto, a atenção ao paciente de forma completa se faz fundamental para manejo e prevenção da IC.

3487
Heartmate III: manejo de infecção de driveline por Mycobacterium Abscessus TALITA FRANCO SILVEIRA, BARBARA REIS TAMBURIM, CAMILLE KAROLINA PERIN DE SÁ, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, BRUNO BISELLI, SIOMARA TAVARES FERNANDES YAMAGUTI, VIVIANE FERNANDA ANGELINE DUARTE e JULIANA MENDONÇA DUARTE. Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL. Fundamento: Devido ao avanço tecnológico o implante de dispositivo de assistência ventricular (DAV) de longa permanência é uma realidade em nosso País, beneficiando assim ao decorrer dos últimos anos muitos pacientes que foram indicados a está terapia, tornando o DAV uma ferramenta importante para o tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) avançada. Entretanto, juntamente com os benefícios do dispositivo, vem os desafios relacionados ao manejo da terapia, entre elas destaca-se a principal complicação que é a infecção do driveline com incidência estimada entre 15 à 25% dos casos. Objetivo: Descrever o tratamento utilizado para o manejo e tratamento de uma infecção de driveline por Pseudomonas aeruginosa Multi-S / Mycobacterium abscessus. Materiais e Métodos: Paciente do sexo masculino, 71 anos após seis meses do implante do dispositivo queixa-se de presença de dor, rubor, calor e aparecimento de secreção amarelada na saída do óstio do driveline. Na chegada ao hospital realizado hipótese diagnóstica de infecção de driveline com coleta de swab da secreção local e iniciado antibiótico empírico até resultado de cultura, além de optado da troca da cobertura do curativo para alginato de prata, durante internação paciente evoluiu com piora clínica e dos exames laboratorial com resultado de cultura indicando infecção por: Pseudomonas aeruginosa Multi-S e Mycobacterium abscessus -> sub. massiliense ambos sensível a Amicacina e Claritromicina. PET CT evidenciou extensa áreas focais hipermetabólicas por toda extensão do cabo do driveline. Resultados: Após discussão multidisciplinar optado por realizar tratamento inicial com abordagem cirúrgica para limpeza do cabo e utilizado uma técnica inovadora com realocação intra-abdominal e transposição omental para auxiliar na absorção dos antibióticos, em seguida iniciado tratamento com a utilização de terapia de pressão negativa com instilação de PHMB para revitalização do tecido por mais sete semanas. Ao final do tratamento proposto paciente evolui com melhora clínica, laboratorial e posteriormente aumento da qualidade de vida em contexto ambulatorial. Conclusão: A infecção do driveline é uma complicação muito comum após implante do DAV, por este motivo é essencial reconhecer os sinais precoces de infecção para correto diagnóstico e tratamento, evitando assim maiores complicações, tais como: perda do dispositivo. Investimento contínuo em pesquisa e desenvolvimento para os algoritmos de tratamento destas infecções são essenciais para nortear a prática clínica e aumentar a taxa de efetividade dos tratamentos utilizados.

3492

Custo-efetividade de antagonistas de receptores mineralocorticoides na insuficiência cardíaca isquêmica e não isquêmica com fração de ejeção reduzida: o caso brasileiro

CRISTIANE KOECHE, ANA CLAUDIA CAVALCANTE NOGUEIRA, ADRIANA J. B. A. GUIMARÃES, JÚLIA ANDRADE IBIAPINA PARENTE, MARIANA GUIMARÃES SOUZA DE OLIVEIRA, ADRIANA LINO YAMADA, ANA GIULLIA MARTINS CAPPELE, LUNA OLIVEIRA DOS SANTOS DOURADO, ANA LUISA BERTUOL BOAVENTURA, ALICE PACHECO SANTOS, ANDRÉ VILAROUCA NUNES, VERÔNICA HOMEM DE CARVALHO E SILVA, MARIANA S PFITZNER, ANDREI CARVALHO SPOSITO e LUIZ SERGIO FERNANDES DE CARVALHO.

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, BRASIL - UNICAMP, Campinas, SP, BRASIL - Universidade Catolica de Brasília, Brasília, DF, BRASIL - Universidade de Brasília, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) gera impacto significativo em países de renda média como o Brasil. Há mais de 20 anos, os antagonistas dos receptores mineralocorticóides (MRAs) são reconhecidamente essenciais no manejo da IC com fração de ejeção reduzida (ICFER). Entretanto, a baixa taxa de prescrição de espironolactona em registros contemporâneos com o BREATHE sugerem que haja fatos que precedem o benefício clínico. Estudos dedicados a compreender a baixa taxa de utilização de espironolactona em diversos países apontam para o treinamento limitado dos prescritores e o temor de efeitos colaterais como hipercalcemia e ginecomastia. A recente introdução de MRAs de terceira e segunda geração no Brasil (2023) como finerenona e eplerenona torna a avaliação do custo-efetividade vital para otimizar as estratégias de tratamento da ICFeR no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar o custo-utilidade de MRAs versus nenhum tratamento com MRA, bem como MRAs de segunda/terceira geração versus espironolactona em indivíduos com ICFeR sintomática, especificamente sob a perspectiva do sistema público de saúde brasileiro. **Materiais e Métodos:** Usamos uma Rede Bayesiana e Diagramas de Influência de Markov para estimar as razões incrementais de custo-efetividade (ICERs) em dólares internacionais (Int\$) por ano de vida ajustado pela qualidade (QALY). O modelo incorporou taxas de descontinuação reais e aplicou uma taxa de desconto anual de 5% a partir do 2o ciclo. Para alimentar o modelo de custo-efetividade, realizamos revisão sistemática com meta-análise de rede (NMA) para avaliar a eficácia dos MRA (PROSPERO: CRD42024518502). Em paralelo, utilizando dados de uma coorte de 1.066 pacientes brasileiros com ICFeR (36% com IC isquêmica e 64% com IC não isquêmica). **Resultados:** Ao longo de 10 ciclos (10 anos), o tratamento com espirono, eplerenona e finerenona em comparação com a não utilização de MRA rendeu 0,072, 0,111 e 0,034 QALY adicionais com desconto por pessoa. As ICERs foram de Int\$ 7.955, 6.460 e 109.840 por QALY ganho, respectivamente. Em comparação com a espirono, a eplerenona apresentou uma ICERs de Int\$6.178 por QALY ganho. Assumindo um limite de disposição a pagar de um PIB per capita brasileiro (Int\$ 17.589) por QALY ganho, o resultado da análise de sensibilidade probabilística sugere que a espirono, a eplerenona e a finerenona foram custo-efetivas, respectivamente, em 87%, 92% e <1% das iterações. Os IC95% foram Int\$ 2.282 a 13.149 para espirono, Int\$ 1.795 a 12.351 para eplerenona e Int\$ 89.943 a 136.302 para finerenona por QALY ganho. Os resultados foram consistentes em IC isquêmica e não isquêmica, bem como diversos outros cenários. **Conclusão:** A eplerenona é provavelmente o MRA mais custo-efetivo no Brasil no presente, considerando indivíduos com ICFeR isquêmica e não isquêmica.

3495

Decline in functional capacity is associated with reduced ability to perform activities of daily living in patients with transthyretin cardiac amyloidosis: post hoc analysis of the APOLLO-B study

JOHN L BERK, BRIAN DRACHMAN, OLIVIER LAIREZ, PEDRO SCHWARTZMANN, JOHN A SPERTUS, SHAUN BENDER, PATRICK J JAY and RONALD WITTELES.

Advanced Research Center, CAPED and Unimed Hospital, Ribeirão Preto, SP, BRASIL - Alnylam Pharmaceuticals, Cambridge, Massachusetts, EUA - Boston University School of Medicine, Boston, EUA - Penn Presbyterian Medical Center, Philadelphia, EUA - Stanford University School of Medicine, Stanford, EUA - Toulouse University Hospital, Toulouse, FRANCE - University of Missouri's Healthcare Institute for Innovations in Quality and Saint Luke's Mid America Heart Institute, Kansas City, EUA.

Background: A steady decline in functional capacity and health status (patients' symptoms, function and quality of life) is a hallmark of transthyretin (ATTR) cardiac amyloidosis. In the Phase 3 APOLLO-B study (NCT03997383), patisiran preserved functional capacity, measured by 6-minute walk test (6MWT) distance, compared with placebo (median difference +14.7 m at Month 12). The association between functional capacity (6MWT) and patient-reported health status has not been previously described. **Objective:** This post hoc analysis of APOLLO-B examined the association between declines in 6MWT and changes in participants' health status, as measured by the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). **Methods:** In APOLLO-B, patients with ATTR cardiac amyloidosis were randomised (1:1) to receive patisiran or placebo in the 12-month, double-blind period. At Month 12, the association between change from baseline in 6MWT distance and individual items of the KCCQ was assessed with generalised estimating equations using adjacent-category logits. Results are reported as odds ratios (ORs) and corresponding 95% confidence intervals (CIs). **Results:** When comparing the change from baseline in 6MWT at Month 12 between any two patients, those exhibiting 15m greater walking preservation had lower odds of worsening ability to walk one block (OR [95% CI]: 0.88 [0.83, 0.93]), climb stairs (0.84 [0.80, 0.89]), hurry or jog (0.88 [0.83, 0.93]), dress themselves (0.85 [0.81, 0.90]), and perform yard/housework or carry groceries (0.89 [0.84, 0.93]). A greater proportion of patisiran-treated patients showed improvement in the 6MWT and KCCQ-Overall Summary score at Month 12 across a range of thresholds, compared with placebo, and a greater proportion of placebo-treated patients showed deterioration. Improvement in response to individual KCCQ questions consistently favoured treatment with patisiran over placebo; the greatest improvements were seen in quality of life, physically demanding activities and symptoms of shortness of breath and fatigue. **Conclusion:** In patients with ATTR cardiac amyloidosis in the APOLLO-B study, incremental declines in 6MWT performance over 12 months were associated with increased odds of worsening ability to perform daily physical activities. The observed patisiran-related treatment difference in change from baseline in 6MWT was associated with broad impacts on the daily lives of patients.

3496

Effect of Patisiran Treatment in patients with hATTR amyloidosis with cardiomyopathy and polyneuropathy: post-hoc analysis of the APOLLO-B study

FINN GUSTAFSSON, PARAG KALE, JOHN L BERK, NITASHA SARSWAT, IGOR DIEMBERGER, YOSHIKI SEKIJIMA, MARK S. TAYLOR, FABIO FERNANDES, KELLEY CAPOCELLI, PATRICK JAY, SHAUN BENDER, EMRE ALDINC and JULIAN D. GILLMORE.

Advanced Heart Failure and Transplant Department, Baylor University Medical Center, Dallas, EUA - Alnylam Pharmaceuticals, Cambridge, Massachusetts, EUA - Boston University School of Medicine, Boston, EUA - Centre for Amyloidosis, Division of Medicine, University College London, London, REINO UNIDO - United Kingdom, Department of Cardiology, Copenhagen University Hospital, DENMARK - Department of Medicine, University of Chicago, Chicago, EUA - Institute of Cardiology, University of Bologna; Cardiology Division, IRCSS AOU, di Bologna, Bologna, ITALY - Instituto do Coração, HCFMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - Shinshu University Hospital, JAPAN - Westmead Amyloidosis Service, Westmead Hospital, AUSTRALIA.

Background: Most patients with hereditary ATTR (hATTR) amyloidosis develop a mixed phenotype of cardiomyopathy (CM) and polyneuropathy (PN). Patisiran, an RNAi therapeutic that inhibits synthesis of TTR, was approved for the treatment of hATTR-PN amyloidosis. The APOLLO-B study (NCT03997383) demonstrated the clinical efficacy of patisiran in patients with ATTR-CM amyloidosis. **Objective:** Describe the clinical efficacy of patisiran in patients with hATTR amyloidosis and a mixed phenotype in APOLLO-B. **Methods:** In APOLLO-B, patients with ATTR amyloidosis with CM were randomized (1:1) to patisiran IV 0.3 mg/kg or placebo Q3W for 12 months. The primary endpoint was change from baseline in 6-MWT (functional capacity) at Month 12 (M12) with patisiran vs placebo. Secondary and exploratory endpoints included health status and quality of life (KCCQ-OS), cardiac biomarkers (NT-proBNP, troponin I), and scintigraphy (Perugini grade). Mixed phenotype patients in this analysis had hATTR amyloidosis AND one of the following without a known cause of PN unrelated to hATTR amyloidosis: (1) history of PN, (2) PND score $\geq$ 1, (3) Norfolk QOL-DN score $\geq$ 30, or (4) plasma neurofilament light chain level greater than the upper limit reference value established by Mayo Clinic laboratories. **Results:** Mixed phenotype group included 59 patients (patisiran, n=31; placebo, n=28; NYHA class $\geq$ II, 91.5%; PND II, 22.0%; V122I variant, 42.4%). In this group, patisiran reduced serum TTR attaining a mean (SD) percent reduction of 85.3% (13.39) at M12. A benefit in 6-MWT was observed with patisiran treatment vs placebo at M12 (median [95% CI] change from baseline: -10.42 [-58.50, 10.62] [patisiran]; -17.97 [-52.35, 9.86] [placebo]). Patisiran showed benefit in KCCQ-OS at Month 6 and continuing through M12 (mean [SEM] change from baseline at M12: 3.86 [4.16] [patisiran]; -2.25 [3.79] [placebo]). Patisiran showed favourable trends in change from baseline of NT-proBNP (geometric mean fold change [95% CI]: 1.09 [0.90, 1.31] [patisiran]; 1.33 [1.12, 1.57] [placebo]) and troponin I (geometric mean fold change [95% CI]: 1.10 [0.96, 1.25] [patisiran]; 1.33 [1.14, 1.55] [placebo]) at M12 vs placebo. Imaging assessments at M12 supported the benefit of patisiran; Perugini grade reduced from baseline in 53.8% (7/13) of evaluable patisiran patients vs no change from baseline in 100% (7/7) of evaluable placebo patients. **Conclusion:** In APOLLO-B, assessments demonstrated benefits of patisiran on functional capacity, health status and quality of life, as well as a trend towards benefit in cardiac biomarkers at M12 vs placebo. This post-hoc analysis showed consistent results with the overall APOLLO-B population, supporting the benefit of patisiran vs placebo in patients with hATTR amyloidosis and a mixed phenotype.

3518

Modulação da contratilidade cardíaca e seus benefícios: relato de caso

ELISA KALIL, LUIZ CLAUDIO DANZMANN, FERNANDO ANTONIO LUCCHESI, PRISCILLA FERREIRA SALDANHA, JOSÉ PLUTARCO GUTIÉRREZ YANEZ, ANIBAL PIRES BORGES e CARLOS ANTONIO ABUNADER KALIL.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: O MCC (modulador da contratilidade cardíaca) é um dispositivo cardíaco implantável que estimula o coração durante o período refratário, aumentando a contratilidade sem alterar a frequência ou ritmo cardíaco. Pode ser indicado para pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FE) entre 25 a 45%, classe funcional da New York Heart Association (NYHA) 3 e 4 e baixa qualidade de vida, com ausência de bloqueio de ramo esquerdo (BRE). **Relato de caso:** WMV, masculino, 74 anos, com diagnóstico de IC avançada de etiologia isquêmica e classe funcional NYHA IV, com dispneia em repouso e pré-síncope. Paciente com histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM) anterior extenso reperfundido por catéter tardiamente. Estava em uso de: AAS, ticagrelor, atorvastatina, carvedilol, sacubitril-valsartana, espironolactona, empagliflozina e amiodarona (por arritmia ventricular recorrente pós infarto). Hipotensão e pré-síncope que praticamente o mantinham restrito ao leito, impedindo a desospitalização. Sem espaço para incremento de doses das medicações para IC. Ecocardiograma evidenciando dilatação atrial esquerda (volume indexado 40 mL/m²), ventrículo esquerdo com diâmetros diastólico de 57 mm e sistólico de 46 mm, fração de ejeção (Simpson) de 31%, e alterações segmentares compatíveis com a área acometida do IAM. Eletrocardiograma (ECG) de base com bloqueio atrioventricular (BAV) de 1o grau, bloqueio de ramo direito (BRD) e bloqueio de divisão ântero-superior (BDAS). Intervalo HV ao estudo eletrofisiológico 61 ms. Tendo em vista que o paciente não era o candidato ideal para terapia de ressincronização cardíaca (TRC) e que apresentava indicação para implante de cardiodesfibrilador (CDI), foi optado pelos implantes de CDI + MCC. O paciente recebeu alta hospitalar com classe funcional NYHA II. Após 4 semanas, foi submetido à teste de caminhada de 6 minutos, tendo atingido 400 metros. **Discussão e Conclusão:** O MCC é uma alternativa para os pacientes que não são candidatos ideais à TRC. Neste relato, após o implante do dispositivo, houve melhora do quadro clínico da IC, impactando na qualidade de vida do paciente.

3531

Fatores de risco cardiovascular e o número de óbitos por insuficiência cardíaca em adultos de Recife, de 2017 a 2021: estudo ecológico

LUIZ FERNANDO BEZERRA DE MELO, MICHELLE BENTO DE BRITO, YAGO CARDOSO AMORIM, GRAZIELA PREST MIRALHA e JAMILE RODRIGUES COSME DE HOLANDA.

Universidade Federal de Jataí, UFJ, Jataí, GO, BRASIL - Faculdade Multivix, Vitória, ES, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Vassouras, UV, Vassouras, RJ, BRASIL - Universidade Federal de Sergipe, UFS, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC), entre os anos 2008 e 2018, foi causa de mais de 252 mil mortes no Brasil. O controle dos fatores de risco (FR) somado à organização dos serviços de saúde podem influenciar esses resultados. Assim, é preciso identificar os entraves e os grupos vulneráveis (GV) para direcionar ações de saúde pública. **Objetivo:** Analisar os principais pontos de atuação da atenção primária à saúde (APS) sobre mortalidade por IC por meio da avaliação dos fatores e comportamentos de risco associados às complicações, traçando possíveis comparações destes dados com o número de óbitos entre 2017 a 2021, em Recife. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo ecológico de série temporal com análise estatística descritiva realizado usando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) e do VIGITEL dos anos de 2017 a 2021. Os dados coletados foram óbitos por causas evitáveis por IC na população de 18 anos a 74 anos da cidade do Recife no DATASUS e dados sobre fumantes, excesso de peso e obesidade, consumo de hortaliças, refrigerantes e álcool, avaliação negativa do estado de saúde, hipertensão e diabetes na população adulta do Recife no VIGITEL. Os dados extraídos foram colocados em planilha no Excel 2020, e seguidamente realizados cálculos de porcentagem simples. **Resultados:** Entre os anos 2017 a 2021, cresceu 78% o número de óbitos por IC em Recife, de 87 para 155 óbitos. Além disso, nota-se predominância de mortes na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, com 177 óbitos, seguida da faixa de 70 a 74 anos, com 121 óbitos. Percebe-se também que o aumento dos óbitos é acompanhado no VIGITEL pelo aumento da porcentagem do consumo de refrigerantes (7,4% para 11,3%), do número de fumantes (7,4% para 9,8%), da autoavaliação negativa do estado de saúde (3,2% para 4,1%) e da redução do consumo ideal de hortaliças (35,1% para 34,5%). **Conclusão:** Apesar do aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e da redução do número de internações por IC de 2008 a 2016 no Nordeste, a região permanece com tendência crescente da taxa de mortalidade até 2019. Ademais, ainda que o "Programa Hipertensão", implantado em 2012, tenha conseguido controlar a hipertensão e os outros FR cardiovasculares o número de óbitos por IC ainda é crescente, revelando um provável difícil controle desse dado. Também, pode estar relacionado ao aumento do número de idosos e à prevalência de FR nesse grupo, os quais requerem cuidado de múltiplas demandas, trazendo desafios para os profissionais da ESF. Assim, é preciso que a APS atue na melhoria de seus programas de promoção de saúde a fim de atuar no controle de FR em GV, principalmente idosos a fim de reduzir os óbitos de uma das principais causas dentre as doenças do aparelho circulatório.

3537

Desafios da Dengue em pacientes transplantados: um relato de caso

NATÁLIA CARVALHINHO CARLOS DE SOUZA, MATHEUS CARVALHO ALVES NOGUEIRA, TAMARA CRISTINA TREIB, MÔNICA SAMUELAVILA GRINBERG, LUÍS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, IÁSCARA WOZNIAK DE CAMPOS, FABIANA GOULART MARCONDES BRAGA, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

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

Fundamento: A dengue é uma doença de alta incidência no Brasil, atualmente em uma epidemia. Os transplantados de órgãos sólidos, por serem imunossuprimidos, podem estar mais suscetíveis a manifestações graves da doença. **Relato de caso:** E, masculino, 64 anos, transplantado cardíaco de 2003, com antecedente de miocardiopatia chagásica. Portador de doença renal crônica dialítica, submetido a transplante renal em março/2024. Estava em uso de tacrolimus 5+5mg, micofenolato 360mg 12/12h e prednisona 20mg/dia. Procurou atendimento em 29/04/24 devido a mialgia, tosse, coriza, odinofagia e febre. Realizado painel viral, positivo para Influenza A, sendo iniciado oseltamivir. Manteve febre por mais 4 dias, evoluindo com melhora nos dias seguintes. Laboratório com plaquetopenia leve. Uma semana após os sintomas iniciais, apresentou piora clínica e laboratorial - prostração, taquipneia, leucocitose e piora da plaquetopenia. Evoluiu com sonolência e confusão mental, pancitopenia, disfunção renal, dor abdominal, hepatite e pancreatite, derrames cavitários (derrame pleural e ascite) e sangramentos (melena e hematúria). Em 15/05/24, realizada coleta de NS1 e IgM para dengue, ambos positivos, com IgG negativo. Iniciada hidratação endovenosa, evoluindo com melhora clínica e laboratorial em cerca de duas semanas. **Discussão e Conclusão:** A dengue é uma doença infecciosa causada pelo vírus da família Flaviviridae (variantes DENV 1-4), transmitida pelo mosquito Aedes aegypti. O quadro clínico é caracterizado por febre, mialgia, dor retro-orbitária, artralgia, cefaleia e rash cutâneo. Alguns casos podem evoluir com sinais de alarme, geralmente entre o 3º e o 7º dias - dor abdominal e vômitos, derrames intracavitários, sangramentos de mucosas, letargia/irritabilidade, hipotensão postural, hepatomegalia e aumento de hematócrito. Casos mais graves evoluem com choque, sangramentos graves e disfunção orgânica grave. O diagnóstico é feito pelo NS1 (geralmente positivo até o 5º dia de doença) e pela sorologia (positiva a partir do 6º dia). O tratamento inclui hidratação oral ou endovenosa, de acordo com o grupo de risco. Existem poucas informações disponíveis na literatura sobre as particularidades da dengue nos transplantados cardíacos. Dados de séries de casos focadas em receptores de transplante de órgãos sólidos (rim e fígado) mostram alta prevalência de dengue com sinais de alarme, além de altas taxas de internação, inclusive em terapia intensiva.

3543

Perfil ecocardiográfico de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica de acordo com as principais etiologias de serviço de referência de Pernambuco

MARIA JÚLIA NASCIMENTO DE LIMA, CATHARINA MAYNARD DE ARRUDA FALCÃO SANTOS, GABRIELA ARCOVERDE WANDERLEY, CAMILA NOGUEIRA LEANDRO LIRA, TAYNE FERNANDA LEMOS TORRES, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO, MARIA DAS NEVES DANTAS DA SILVEIRA BARROS, MARIA DA GLÓRIA AURELIANO DE MELO CAVALCANTI, ANA MARIA CRONEMBERGER MENDES, MARIA DA PIEDADE COSTAS REIS DE ALBUQUERQUE, WILSON DE OLIVEIRA JÚNIOR, CRISTINA FÁTIMA VELLOSO CARRAZONE e SILVIA MARINHO MARTINS.

Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE, UEPB, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica ocasionada por diversas etiologias. Identificar a causa da IC é crucial, pois diferentes etiologias estão associadas a distintos perfis nas variáveis ecocardiográficas, sendo relevante delimitar essa associação. **Objetivo:** Verificar frequência e associação entre achados ecocardiográficos e as principais etiologias de IC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal com 242 pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FE) inferior a 50% no último ano. A análise de dados foi realizada utilizando o software SPSS versão 21.0, adotando um nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Média de idade de 59 anos (DP=11), maioria homem (58%), parda (67%) e procedente da zona urbana (80%). 66% hipertensa, 30% diabética, 30% dislipidêmica. Tempo médio de diagnóstico: 9 anos (1 mês- 40 anos). As etiologias mais prevalentes: chagásica (31%), isquêmica (21%), hipertensiva (18%), alcoólica (9%). Maioria CF II (44%) e III (25%). 18% possui FA. ECO: FEVE média de 31% (16-49%, DP=8), 69% com AE aumentado (média de 45mm, 27-79), média de DDVE 65mm (35-90, DP=8), 32% com função sistólica do VD reduzida, 47% com alteração segmentar e insuficiência mitral secundária (IM) em 51%. A etiologia alcoólica foi a que apresentou maior média da FEVE. A presença de alteração segmentar foi mais prevalente na etiologia isquêmica ($p=0,05$). A etiologia chagásica e hipertensiva mostraram maior frequência de IM, sugerindo importantes alterações na geometria ventricular ($p=0,02$). A tabela abaixo mostra as principais etiologias e sua relação com as variáveis ecocardiográficas analisadas: **Conclusão:** O perfil ecocardiográfico na insuficiência cardíaca (IC) revela características distintas conforme a etiologia. Observa-se que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) na IC de etiologia alcoólica é maior em comparação com as demais causas. As alterações segmentares do miocárdio, amplamente registradas, estão fortemente associadas à etiologia isquêmica, mas também afetam quase metade dos pacientes com IC decorrente da doença de Chagas, que é menos discutida. A repercussão em outras cavidades, como o átrio esquerdo (AE) e o VD, não apresentou diferenças significativas entre os grupos avaliados.

3547

Síndrome da microdeleção do cromossomo 12Q24.1 familiar com apresentação atípica: serie de casos

PAULO HENRIQUE DO Ó GAYOSO MEIRA, JULIANA RODRIGUES NEVES, CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, MARIA EDUARDA ANTUNES PARREIRAS, IRIS CAROLINE DE OLIVEIRA MOURA, REBECA VAZ VIEIRA DE CASTRO, MYCHELLE PASCOALINE DE MIRANDA SILVA, JÉSSICA EMILLE DE MOURA ROCHA, RAYSSA BORGES DE MEDEIROS, MARIA ELISA LUCENA SALES DE MELO ASSUNÇÃO e NORMA LUCENA CAVALCANTI LICÍNIO DA SILVA.

Instituto Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, PE, Recife, PE, BRASIL - Instituto Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, PE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade Maurício de Nassau, UNINASSAU, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A síndrome da microdeleção do cromossomo 12q24.1 é uma doença rara, com prevalência de 1 para 100.000 nascimentos, descrita na década de 60 por Mary Holt e Samuel Oram, sendo caracterizada por alterações musculares esqueléticas em membros superiores, distúrbios de condução cardíaca e malformações no septo interatrial. São associados a mutações no gene TBX5, presente no cromossomo 12q24.1, em quase 70% dos casos. Este gene é responsável pela diferenciação e separação dos cardiomiócitos para formação do sistema de condução e do septo interatrial e/ou interventricular. **Relato de caso:** Uma família com 4 casos de Holt Oram. Paciente 1, o pai, homem, 58 anos, com história de comunicação interatrial (CIA) corrigida com patch pericárdio bovino aos 55 anos, eletrocardiograma (ECG) com ritmo sinusal sem distúrbios de condução, apresenta polegar trifalângico bilateral. Filho 1 (paciente 2), homem, 31 anos, sem defeitos septais, ECG com ritmo sinusal e eixo normal com presença de pausas sinusais, apresentando encurtamento de polegares bilaterais, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, epilepsia desde os 10 anos de idade e presença de cardiomiopatia dilatada idiopática. Filho 2 (paciente 3), homem, 21 anos, portador de hipotireoidismo, CIA ostium secundum fechada percutaneamente aos 18 anos, apresentando ECG com ritmo sinusal e BAV 1º grau, associado a episódios de ritmo juncional. Filho 3 (paciente 4), mulher, 15 anos, com CIA ostium secundum fechada percutaneamente aos 12 anos, apresentando bloqueio atrioventricular de 1º grau, polegar trifalângico bilateral. **Discussão e Conclusão:** As mutações no gene TBX5 podem variar de patogênica, não patogênica ou de significado indeterminado. Essas mutações podem ser hereditárias com padrão autossômico dominante ou mutação "de novo" em indivíduos sem história familiar. Pequenas variações na expressão do TBX5 podem causar fenótipos diferentes da doença. A presença de cardiomiopatia dilatada idiopática em pacientes com síndrome de Holt Oram é pouco descrita na literatura internacional e sem relatos ainda na literatura nacional. Alguns estudos apontam que TBX5, além de participar na formação septal, também é responsável pela função de cardiomiócitos tanto diretamente como indiretamente influenciando a expressão de outros genes. A síndrome da microdeleção do cromossomo 12q24.1 é rara e a apresentação na forma de miocardiopatia dilatada é considerada raríssima, sendo ainda objeto de estudo da relação genótipo/fenótipo.

3548

Insuficiência cardíaca de etiologia chagásica no século XXI: análise do perfil cardiometabólico de pacientes atendidos em ambulatório de referência

CELINA MARIA DE CARVALHO GUIMARÃES, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, SILVIA MARINHO MARTINS ALVES, CAROLINA DE ARAÚJO MEDEIROS, CRISTINA DE FÁTIMA VELLOSO CARRAZZONE e WILSON ALVES DE OLIVEIRA JUNIOR.

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - PROCAPE, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Chagas (DC) é endêmica no Brasil e tem apresentação variável, desde assintomática até manifestações graves como a cardiopatia, dos quais cerca de 10% evoluem para Insuficiência Cardíaca (IC). Caracteristicamente esse grupo de pacientes era formado majoritariamente por jovens oriundos da zona rural e sem os fatores de risco clássicos para doença aterosclerótica. Com o aumento da prevalência das doenças crônicas na população em geral, indaga-se se também ocorreu tal mudança nessa população. **Objetivo:** Avaliar o perfil cardiometabólico atual de pacientes com IC de etiologia chagásica. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal sediado em ambulatório de referência em IC e DC em Pernambuco. Foram incluídos 276 pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com IC e com registro prévio ou atual de Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) reduzida pelo ecocardiograma transtorácico, convocados entre abril de 2018 a dezembro de 2023. A amostra foi dividida mediante a causa da IC em dois grupos: grupo A - etiologia chagásica; grupo B - demais etiologias. A partir disso, traçou-se o perfil cardiometabólico dos pacientes a fim de comparar os dois grupos. A análise estatística foi realizada através do software SPSS 20.0, aplicado o teste Qui-quadrado para comparação das variáveis qualitativas e nível de significância foi definido por $p < 0,05$. **Resultados:** Ambos os grupos eram majoritariamente formado por homens [A- 52,3%/ B - 62,7% - ($p=0,103$)], cor parda [A- 52,9%/ B-51,7% ($p = 0,336$)] e baixa escolaridade [A-88,6%/ B-63,2% ($p=0,0001$)]. O grupo com DC era majoritariamente natural do interior Pernambucano (66,4% - $p=0,0001$), com 48,9% procedentes da Região Metropolitana do Recife ($p=0,0001$). Quanto ao perfil clínico, não houve diferença estatística entre a classe funcional da IC. Com relação às comorbidades, a Hipertensão Arterial [A-55,7%/B-78% ($p=0,001$)] e Dislipidemia, sendo a Hipertrigliceridemia [A- 25,3%/ B-41,5% ($p=0,010$)] e a presença de HDL-c baixo [A-27,1%/B-45,6% ($p=0,004$)], as comorbidades mais frequentemente associadas. **Conclusão:** Houve uma mudança clara no perfil clínico dos indivíduos afetados pela DC, com aumento da frequência de comorbidades como hipertensão arterial, hipertrigliceridemia e HDL-c baixo, apesar de inferior as demais etiologias. No entanto, observou-se baixo nível de escolaridade entre os portadores de DC, reforçando que, mesmo com algumas mudanças, a DC aponta para um perfil populacional socialmente negligenciado. Dessa forma, o estudo descreve alterações nas característica clínicas de pacientes com DC através do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a qual já é observada na população brasileira em geral.

3549

Diagnóstico etiológico de miocardiopatia de fenótipo dilatado com desfecho arritmico grave através da multimodalidade da imagem e teste genético

GLAUBER MELO ARAUJO, MARIA CATARINA DIAS GUERRA, SIMONE CRISTINA SOARES BRANDÃO, ANDREA VIRGÍNIA FERREIRA CHAVES, EVELINE CALADO, RENATA ÁVILA, CARLOS HENRIQUE TAVARES ALBUQUERQUE, ALICE ALMEIDA ALCÂNTARA, FLAVIANA LAURENTINO LOPES DIAS, LOUISE DE FARO, THAISA ULISSES REIBEIRO LEITE, SILVIA MARINHO MARTINS, ALLISSON RAINIERLE SOUZA COELHO, DAVI BARBOSA SOARES e RENATA SIMÕES VASCONCELOS.

Hospital das Clínicas, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: As cardiomiopatias antes categorizadas como idiopáticas podem na atualidade ter sua etiologia revelada com precisão através da clínica e da multimodalidade de imagem cardiovascular. A cardiomiopatia dilatada (CMD) é relativamente comum, com prevalência que varia de 1/250 a 1/500 na população geral, sendo a principal causa de transplante cardíaco em todo o mundo. Em até 40% dos pacientes com CMD é encontrada uma variante genética patogênica ou provavelmente patogênica que poderia explicar esse fenótipo cardíaco, que ressalta a importância do teste genético. Em estudos recentes a Titina (TTN) vem se destacando frente as suas mutações e associação com defeitos na musculatura cardíaca. **Objetivo:** O objetivo deste relato é demonstrar a importância da multimodalidade da imagem e dos testes genéticos na investigação etiológica de CMD de início tardio com repercussão arritmica potencialmente fatal. **Relato de caso:** Masculino, 78 anos, previamente hígido. Em 2010, foi flagrada disfunção sistólica global em ecocardiograma transtorácico, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 40%. Relatava consumo alcoólico moderado, tinha obesidade e negava tabagismo, diabetes, hipertensão ou história familiar de doença coronária. Realizado cintilografia miocárdica que não identificou áreas de hipoperfusão. Em 2018, foi submetido à ressonância magnética cardíaca (RMC) que revelou discreta dilatação de câmaras esquerdas, hipocinesia difusa leve (FEVE 52%) e ausência de isquemia e de fibrose miocárdica. Em 2021 realizou angiotomografia de coronárias, sem estenoses coronarianas e holter seriados que revelou episódios frequentes de taquicardia ventricular (TV) não sustentada. Em 2022, apresentou palpitações de início súbito sendo flagrada TV sustentada, revertida com amiodarona e colocado cardiodesfibrilador implantável (CDI) na internação. Após 2 meses, nova RMC revelou hipocinesia difusa discreta com padrão de realce tardio difuso no VE. Amiloidose e Sarcoidose descartadas por pesquisa de cadeias leves, cintilografia com pirofosfato e tomografia por emissão de pósitrons negativas. Em 2023, recebeu choque apropriado do CDI. Mantendo-se bem clinicamente até o momento, em uso de amiodarona, bisoprolol, ramipril e dapagliflozina. Realizado mapeamento genético sendo encontrada mutação provavelmente patogênica no gene TTN. **Discussão e Conclusão:** A CMD apresenta heterogeneidade genotípica com mais de 50 genes descritos em associação ao fenótipo. Mutações no gene TTN são as mais comumente implicadas na CMD, as quais são associadas a arritmias ventriculares frequentes. Neste relato mostramos como a multimodalidade de imagem cardiovascular e a avaliação genética contribuíram na investigação etiológica de um paciente com CMD de início tardio cursando com arritmia ventricular potencialmente fatal.

3552

Responsividade e interpretabilidade do World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 após um programa de reabilitação cardíaca em pacientes com insuficiência cardíaca

CRISTIANY AZEVEDO MARTINS, GYSLANE FELIX SOUSA, CAROLINE ALVES MADEIRA, GLENDA MARIANO DE QUEIROZ SILVA, MARIA BEATRIZ DE CARVALHO CAMPOS, JULIA MARIA SALES BEDÊ, PEDRO LUCAS DE LIMA FREITAS, THAÍS ELIAS MOURA e DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE.

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta na incapacidade física e na perda da independência funcional, dificultando a vida do paciente com IC, podendo degradar sua qualidade de vida. Apesar da facilidade de estimar a capacidade funcional por meio de instrumentos validados muito pouco se sabe sobre a prevalência, a gravidade dos déficits nas atividades de vida diária desta população. Dessa forma o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0, pode ser um instrumento importante para verificar impactos positivos ou não em serviços de reabilitação para pacientes com IC por ser um instrumento que mensura de forma geral a funcionalidade e a incapacidade nos principais domínios da vida. **Objetivo:** Verificar a responsividade e a interpretabilidade do WHODAS 2.0 em pacientes com IC submetidos a um programa de reabilitação cardiovascular (RCV). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo em indivíduos com diagnóstico de IC que se submeteram a um programa de reabilitação cardiovascular supervisionado. O programa incluiu principalmente exercícios aeróbicos e de força, realizados 2x/semana, durante oito semanas. Foram avaliados antes e após o programa com os seguintes instrumentos: WHODAS 2.0, versão de 36 itens, Classificação funcional pela New York Heart Association (NYHA), Teste de caminhada de 6 minutos (TC6), Questionário de Qualidade de Vida de Minnesota, Capacidade Funcional estimada pelo Duke Activity Status Index (DASI). A responsividade à terapia de reabilitação foi avaliada pelo teste Wilcoxon. Para a interpretabilidade objetivou-se investigar um valor de diferença mínima importante (DMI), a partir de métodos baseados em âncoras e em distribuição. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (n=22, 55%), com IC do tipo fração de ejeção preservada (n=21, 52,5%), média de idade de 62,1±13,4 anos, Fração de ejeção do ventrículo esquerdo média de 50,8±15,5%. Foi verificado uma melhora em todos os domínios do WHODAS 2.0, entretanto sem diferença estatística na cognição, autocuidado, relações interpessoais e atividades de trabalho (p>0,05). Além disso observados uma melhora no TC6 (p=0,003) e na qualidade de vida (p<0,001). Nas correlações entre as variáveis foi observado apenas uma correlação fraca entre as atividades domésticas do WHODAS e o DASI. A partir de métodos baseados em âncoras e em distribuição, não foi possível estimar uma DMI para o WHODAS 2.0. **Conclusão:** O WHODAS 2.0 é um instrumento responsivo, pois foi capaz de detectar mudanças no estado de saúde dos pacientes. Entretanto, não foi possível prever um delta de melhora na pontuação do WHODAS 2.0 capaz de estimar uma diferença mínima clinicamente importante para a população estudada.

3554

Recuperação completa da função cardíaca com tratamento clínico de cardiomiopatia dilatada provavelmente secundária à COVID-19: relato de caso

BIANCA MIRANDA GOUVEIA, ANTONIO MARIA ZACARIAS ARAÚJO MONTEIRO, TASSIO MATHEUS ROSA MOURA e DANIELLE BORBOREMA TOLENTINO DOS SANTOS.

Hospital de Clínica Gaspar Vianna, Belém, PA, BRASIL.

Fundamento: A pandemia de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, durou de março de 2020 até maio de 2023, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e tornou-se um desafio para os sistemas de saúde em diversos países. O quadro inicial é geralmente de acometimento do sistema respiratório, porém foram registrados acometimentos de diversos órgãos, incluindo o miocárdio. O aumento da troponina indicando lesão miocárdica é identificada principalmente em pacientes que já possuem outras doenças cardiovasculares e está associada a maior morbimortalidade. **Relato de caso:** D.J.N, sexo feminino, 39 anos, internada por COVID-19 em junho de 2022. Evoluiu com sintomas de insuficiência cardíaca (IC), como dispnéia aos mínimos esforços e edema de membros inferiores. Realizou ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que evidenciou hipocinesia difusa e fração de ejeção reduzida de 28%, além de dilatação do ventrículo esquerdo. Realizou exames sorológicos e investigação coronariana, que afastou outras causas. Recebeu diagnóstico de cardiomiopatia dilatada, provavelmente secundária à infecção do SARS-Cov-2. Iniciou tratamento medicamentoso ainda na internação, com drogas modificadoras da IC e medicamentos sintomáticos para COVID-19. Ressonância Magnética do coração realizada após 2 meses do diagnóstico demonstrou fração de ejeção de 51% e padrão inespecífico de cardiomiopatia dilatada não isquêmica. Houve recuperação completa da função cardíaca após tratamento medicamentoso otimizado conforme diretrizes nacionais e internacionais. Atualmente a paciente faz acompanhamento ambulatorial em hospital referência de cardiologia, mantém o tratamento medicamentoso e encontra-se assintomática. O ECOTT mais recente demonstrou dimensões cardíacas normais, sem disfunção sistólica, com fração de ejeção de 65%. **Discussão e Conclusão:** Os mecanismos de lesão miocárdica em paciente com COVID-19 são diversos, e o acometimento pode ser do miocárdio e/ou pericárdio, e ocorre principalmente na fase aguda da infecção. Os quadros de miocardite têm geralmente etiologia viral, sendo a infecção pelo SARS-CoV-2 uma possibilidade. É uma condição com quadro clínico variável, podendo ser desde assintomático até desenvolvimento de choque cardiogênico com insuficiência cardíaca fulminante. A cardiomiopatia dilatada é caracterizada pelo aumento da cavidade ventricular esquerda, com adelgaçamento das paredes do miocárdio e redução da força de contratilidade cardíaca. É responsável por parte dos casos de insuficiência cardíaca, e pode ter várias etiologias, incluindo a infecção viral pelo SARS-Cov-2. A recuperação completa da função ventricular é pouco descrita em literatura.

3556

Diagnóstico da insuficiência cardíaca pediátrica e rastreio de complicações cardiovasculares futuras através da inteligência artificial: uma revisão de literatura

AYRTON DINIZ MARQUES, VICTOR ANTUNES DE MENEZES, ANDRÉ CAVALCANTI FONSECA, YURI COELHO BARBOSA e JACIEL BENEDITO DE OLIVEIRA.

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma cardiopatia que ainda possui significativas limitações diagnósticas. As Redes Neurais Convolucionais (RNCs) baseadas em Eletrocardiograma (ECG) surgiram como uma alternativa para a identificação da IC e o estabelecimento preditivo de eventos cardiovasculares adversos maiores (ECAM) em adultos. Entretanto, a IC pediátrica não é contemplada suficientemente por essa ferramenta, o que corrobora a necessidade da ampliação de estudos para a aplicação contudente dessa técnica. Estudos comprovam que as RNCs baseadas em ECG são mais eficientes na confirmação diagnóstica da IC do que o mesmo sistema de Inteligência Artificial (IA) aplicado à medição do peptídeo natriurético tipo B (BNP), sendo este segundo um método já estabelecido na prática clínica. **Objetivo:** Abordar as RNCs baseadas em ECG como possível método marcador de insuficiência cardíaca pediátrica que promova o seu diagnóstico precoce e a previsão de eventos cardiovasculares adversos. **Materiais e Métodos:** Nesta revisão de literatura, foram aplicados os descritores "Heart Failure" AND "Artificial intelligence" AND "Pediatric" nas bases de dados Pubmed e ScienceDirect, sendo encontrados 100 resultados. Na busca, artigos publicados há até 2 anos, de idioma inglês e português e que abordassem tecnologias de IA como ferramentas diagnósticas da Insuficiência Cardíaca pediátrica foram os critérios de inclusão. Foram excluídos os artigos que não fossem gratuitos, os artigos duplicados e os que não abordassem a IC como principal alvo de diagnóstico. Com esses filtros, foi selecionado 1 artigo. **Resultados:** Na literatura, para a avaliação da eficácia dos RNCs baseados em ECG, foi considerado um parâmetro que refletisse o risco de eventos cardiovasculares futuros: o indicador de insuficiência cardíaca elétrica (IICE). Este indicador foi comparado com os RNCs treinados com o BNP para a apuração dessa análise. Assim, constatou-se que o IICE atingiu uma melhor área sob curva do que os BNP em termos de previsão de eventos cardiovasculares adversos maiores (ECAM), apresentando precisões médias de 32,4% a 67,9%, o que representou de 1,6 a 7,5 vezes mais do que as do BNP. Desse modo, nota-se a maior precisão oferecida pelo método de RNCs baseados em ECG em relação aos BNP, confirmando a sua eficiência para o monitoramento da IC pediátrica. **Conclusão:** Portanto, torna-se nítido que as Redes Neurais Convolucionais (RNCs) baseadas em ECG são uma importante ferramenta diagnóstica e prognóstica para a Insuficiência Cardíaca pediátrica, tal como já tem sido na IC em pacientes adultos. Assim, convém aprofundar a aplicação dessa tecnologia na análise dessa cardiopatia, bem como de seus benefícios a longo prazo para as crianças com suspeitas dessa condição.

3557

Levantamento da taxa de mortalidade entre pacientes com insuficiência cardíaca em comparação a outras doenças cardiovasculares no estado de Pernambuco entre o período de pandemia da COVID-19

PEDRO GUILHERME FERNANDES LIMA, MATHEUS MATOS NERY SILVA, PAULA MILENA DE ALMEIDA SILVA, ISMENIA RICHELLE DA SILVA SILVA, THAIANE FERNANDA MARQUES BARROS BEZERRA, LÍVIA LEANDRO DE SOUZA PEREIRA e WESLEY JONATHAN LOPES PENHA.

Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica que ganhou destaque no cenário pandêmico da COVID-19 por sua crescente prevalência e baixa sobrevida. De fato, a IC é um desfecho desfavorável comum de muitas afecções cardiovasculares e hemodinâmicas, com alta taxa de mortalidade (TM), sendo este dado premente por revelar o panorama atual da doença e demandar resultados terapêuticos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é analisar e comparar a TM entre pacientes com IC e outras doenças cardiovasculares (ODC) durante o período da pandemia da COVID-19 no estado de Pernambuco. **Delineamento Materiais e Métodos:** Este estudo possui perfil epidemiológico, ecológico, descritivo e de caráter quantitativo. Os dados são referentes aos óbitos por IC ocorridos no estado de Pernambuco, no período de janeiro de 2020 a maio de 2023. A coleta de dados deu-se através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponibilizados pela secretaria de vigilância em saúde do ministério da saúde, no portal do Departamento de Informática do SUS. A busca dos dados se deu por meio da Classificação Internacional de Doenças, com o código L50. Dentro das variáveis utilizadas, estão: doença cardiovascular, caráter de atendimento, município e ano. A tabulação foi feita pelo TABNET e a análise dos dados com auxílio do Software Microsoft Office Excel. Por se tratar de um estudo com dados secundários e efetuado em uma plataforma de domínio público, não foi necessário a aquisição de termos e submissões à comitês. **Resultados:** Os resultados indicam que, durante o período da pandemia da COVID-19 em Pernambuco, a TM entre pacientes com IC foi significativamente diferente daquela observada em ODC. Essas análises fornecem insights importantes sobre o impacto da pandemia na mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares e podem orientar futuras intervenções e políticas de saúde. **Conclusão:** Destarte, nota-se significativa TM da IC durante o período analisado, sobretudo quando comparado às ODC, com 2.691 óbitos registrados - cerca de 48% do total de mortes observadas. As análises realizadas ressaltam a urgência de implementar estratégias direcionadas para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz desta doença durante crises de saúde pública, visando melhorar os desfechos clínicos e reduzir a morbimortalidade associada.

3558

Fatores associados ao remodelamento reverso na cardiomiopatia de chagas com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida

MARIA TEREZA SAMPAIO SOUSA LIRA LIRA, SILAS RAMOS FURQUIM, DANIEL DE MARCHI, PAMELA CAMARA MACIEL, RAFAEL CAVALCANTI TOURINHO DANTAS, FABIO MARIA TEREZA SAMPAIO DE FERNANDES, FELIX JOSE ALVAREZ RAMIRES, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, EDUARDO GOMES LIME e EDIMAR ALCIDES BOCCCHI.

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

Fundamento: O remodelamento reverso (RR) está associado a melhores desfechos de mortalidade e morbidade na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) em diversas etiologias, no entanto esses trabalhos habitualmente incluem um pequeno numero de pacientes com cardiomiopatia chagásica (CCDC), então a incidência e os fatores associados ao RR nesta patologia permanecem incertos. **Objetivo:** Avaliar a incidência de remodelamento reverso positivo na CCDC e os fatores clínicos associados. **Materiais e Métodos:** De janeiro de 2006 a setembro de 2021, o prontuário de 1043 pacientes com CCDC associada a ICFER foram avaliados e os dados coletados. Foram incluídos pacientes que tinham pelo menos 2 ecocardiogramas com intervalo mínimo de 6 meses entre os exames e excluídos aqueles com outras etiologias de ICFER associadas. O RR positivo (RRP) foi definido como: fração de ejeção do ventrículo esquerdo no segundo ecocardiograma de 40% ou mais ou um aumento absoluto da FEVE em 10% ou mais. Para características basais, foram utilizados o teste de Kolmogorov-Smirnov para variáveis numéricas e o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas. Para encontrar fatores associados de maneira independente ao RRP, realizou-se modelo de regressão logística univariada seguida de análise multivariada com as variáveis que demonstraram valor de $p < 0,05$. A significância estatística foi estabelecida com um valor de $P < 0,05$. **Resultados:** 221 (21,2%) foram classificados como RRP e 822 (78,8%) como remodelamento reverso negativo (RRN). Os indivíduos no grupo RRP eram principalmente mulheres (51,6% versus 41,4%; $p < 0,001$), mais velhos [59 anos (53 - 66) versus 56 anos (47 - 64); $p = 0,007$], mais hipertensos (43,4% versus 35,8%; $p = 0,036$) e tinham valores iniciais mais elevados de frequência cardíaca [70 bpm (60 - 80) versus 65 bpm (60 - 75); $p = 0,002$] e FEVE [30,0% (26,0 - 35,0) versus 29% (25,0 - 34,0); $p < 0,001$] em comparação ao grupo RRN. Além disso, o grupo RRP tinha uma menor taxa de pacientes utilizando betabloqueadores (BB) (76,6% versus 87,0%; $p = 0,0004$), espironolactona (38,5% versus 59,5%; $p < 0,001$) e terapia tripla (30,9% versus 50,4%; $p < 0,001$). A análise de regressão logística multivariada identificou a idade [razão de chances (OR): 1,593; intervalo de confiança de 95% (IC 95%) 1,096 - 2,314; $p = 0,015$], o diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo (OR: 0,517; IC 95% 0,354 - 0,754; $p < 0,001$) e insuficiência mitral moderada a grave (OR: 0,269; IC 95% 0,119 - 0,608; $p = 0,002$) como fatores independentes associados ao RRP. Este modelo apresentou uma área sob a curva (AUC) de 0,718. **Conclusão:** Este estudo mostra que idade, DSFVE e insuficiência mitral moderada a grave são cruciais para o RRP na CCDC. Destaca-se a importância desses fatores na gestão clínica e estratégias terapêuticas.

3559

Doença genética como causa de miocardiopatia dilatada e miopatia esquelética em paciente candidato a transplante cardíaco

ALI IBRAHIM YASSINE, BERNARDO MAY GOMEL, LARA DO NORTE GARCIA, MICHELE AMORIM HERINGER, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

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

Fundamento: A miocardiopatia dilatada (MCD) é uma das principais causas de transplante no mundo. Tem como principais etiologias miocardite, alcoólica, toxicidade por drogas ou distúrbios endócrinos, sendo a etiologia genética presente em 35% dos casos. **Relato de caso:** Paciente, sexo masculino, 35 anos, foi admitido em hospital da cidade de origem com sinais de congestão sistêmica e pulmonar e de baixo débito cardíaco, sendo então encaminhado para a nossa instituição para avaliação de transplante cardíaco por dependência de inotrópico. Apresentava de antecedentes patológicos insuficiência cardíaca (IC) de fração de ejeção (FE) reduzida de diagnóstico recente e presença de tremores em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Por ser MCD sem etiologia definida, foi solicitada ressonância magnética (RM) do coração que evidenciou FEVE de 17% com realce tardio de padrão não-ischêmico "ring-like" no miocárdio, que pode estar relacionado à sequela de miocardite ou cardiomiopatia genética. Este achado de imagem associado aos sintomas neuromusculares do paciente (tremores, parestia de musculatura proximal e disfagia moderada, com ocorrência de pneumonia aspirativa), levantou-se a hipótese de doença miocárdica genética com comprometimento neuromuscular e foi solicitado painel genético completo (exoma). Foram identificadas mutação patogênica do gene filamina C (FLNC) e variante de significado incerto do gene ADCY5, que estão relacionados a miocardiopatia dilatada e miopatia periférica de etiologia genética. Como o paciente não apresentava contraindicações do ponto de vista de prognóstico neuromuscular, foi listado e submetido ao transplante cardíaco em agosto de 2023 e está em seguimento dos cuidados pós-transplante, mantendo os tremores, porém com melhora parcial da instabilidade de marcha, em acompanhamento com equipe de reabilitação. **Discussão e Conclusão:** A mutação do gene da FLNC está presente em 1 a 5% dos casos de MCD, mas inicialmente foi associada apenas a miopatias fibrilares (tanto proximal quanto distal). Hoje sabe-se que acomete ventrículo direito e/ou ventrículo esquerdo, com arritmias e insuficiência cardíaca. O processo está associado à degeneração das fibrilas musculares, agregação de proteínas e presença de vacúolos com formação de fibrose. O padrão de fibrose tipo "ring-like" na RNM de coração está associado a várias doenças genéticas mas com predomínio das mutações na desmoplacina e filamina C. Portanto devemos considerar a realização de teste genético nos pacientes jovens, com sintomas musculares concomitantes e arritmias, mesmo sem história familiar positiva. Importante para prognóstico e aconselhamento familiar.

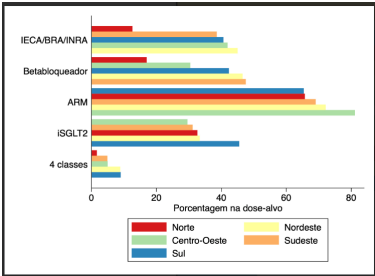
3562

O cenário da insuficiência cardíaca crônica no Brasil: resultados do estudo Rosa dos Ventos

MIGUEL MORITA FERNANDES-SILVA, DHAYN FREITAS, GABRIELA WANDERLEY, CAMILA LIRA, LUCAS TERUI, SILVIA MARTINS, MARCELO SALAME, DELCIO G.SILVA JUNIOR, AGUINALDO FREITAS, SABRINA BERNARDEZ, JEFFERSON LUIS VIEIRA, FABIANA MARCONDES-BRAGA, RENATO LOPES, WILSON NADRUZ e ODILSON MARCOS SILVESTRE.

Duke University Medical Center, NC, EUA - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, BRASIL - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, BRASIL - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande, MS, BRASIL - Instituto do Coração, InCor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL - Jipamed Medicina Avançada, Ji-Paraná, RO, BRASIL - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, BRASIL - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, BRASIL - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: O tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca (IC) conforme as diretrizes é uma das medidas de maior impacto na mortalidade destes pacientes. Embora tenha se sugerido que a adesão às diretrizes é baixa, não há dados consistentes na população Brasileira. **Objetivo:** Descrever as características dos pacientes com IC crônica no Brasil. **Materiais e Métodos:** Estudo multicêntrico, incluindo pacientes com IC e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) <50%, idade >18 anos atendidos no período de junho de 2021 a janeiro de 2024 em 32 centros nas cinco macrorregiões do Brasil. Características demográficas, clínicas e de tratamento foram coletadas durante o atendimento ambulatorial. A otimização de medicamentos foi analisada conforme as medicações e doses recomendadas pela diretriz de IC da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Resultados:** Foram analisados 2312 pacientes (61±13 anos; 36% mulheres, 35% brancos, FEVE 34±9%, 82% em centros do SUS), com tempo mediano desde o diagnóstico de IC de 3,5 anos. A etiologia isquêmica ocorreu em 36% e Chagas em 11%. Durante a consulta, 27% estavam em classe funcional III/IV (NYHA), e 72% tinham pelo menos uma hospitalização prévia por descompensação. Bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona foram prescritos para 88% (Intervalo de Confiança (CI) 95%: 87-90%) dos pacientes, dos quais 26% (CI 95%: 24-28%) receberam sacubitril-valsartana. Betabloqueadores foram prescritos para 92%(CI 95%: 91-93%) dos pacientes, antagonista mineralocorticoide (ARM) para 74% (CI 95%: 73-76%) e inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) para 38% (CI 95%: 36-40%). Apenas 27% (CI 95% 25-29%) dos pacientes receberam as quatro classes de medicamentos e somente 6% (CI 95% 4-8%) estavam na dose alvo. A figura mostra o percentual de otimização por macrorregião do país. **Conclusão:** No Brasil, a adesão às diretrizes de tratamento clínico da IC é baixa. Políticas públicas direcionadas à implementação das diretrizes da IC podem mudar a sobrevida de uma proporção significativa destes pacientes.



3567

Angina de Ludwig, um foco amigdaliano, evoluindo com mioepicardite, mediastinite e empiema pleural: um caso de sucesso

RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA, ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO e GUALTER BOAVENTURA CANÇADO.

Hospital Orizonti, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: Angina de Ludwig é uma infecção polimicrobiana dos espaços cervicais, potencialmente fatal. Causas: infecções odontológicas, abscesso amigdaliano, osteomielite, fratura da mandíbula. Sintomas:odinofagia, dor e endureção cervical, edema e protrusão da língua. Complicações: mediastinite e obstrução das vias aéreas. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais. **Relato de caso:** Homem, 38 anos, hipertenso e obeso. Apresentou odinofagia, febre, linfadenomegalia cervical em 20/02/24, iniciando-se Azitromicina e Prednisona. Em 24/02 prescreveram penicilina benzatina. Manteve sintomas e febre. Admitido no nosso serviço com dor torácica ventilatório-dependente, dor salga e odinofagia. Ao exame: Corado, subfebril, FC =140, PA =105/70, amígdalas hipertróficas e hiperemiadas, sem placas. Linfonodos submandibulares, móveis e dolorosos, bilaterais. Bulhas normorritmicas, B3, sem sopros. Crepitações pulmonares bibasais. Descartou-se embolia pulmonar. Troponina alta. ECG: Taquicardia sinusal, infra de PR e supradesnivelamento ST, difusos. Ecocardiograma: função sistodiastólica, biventricular normal, discreto espessamento pericárdico. TC de tórax e cervical evidenciou abscesso peri-amigdaliano, estendendo-se ao mediastino, sinais de mediastinite e empiema pleural à E. Iniciada antibioticoterapia venosa. Ressonância cardíaca: sinais de mioepicardite, pequena área de miocárdio acometido e função sistodiastólica biventricular normal. Submetido a descorticação pulmonar, drenagem do mediastino, pleurectomia, pleurodese, toracotomia com drenagem pleural fechada. Paine viral - RTPCR (swab de orofaringe) evidenciou Epstein-Barr, Herpes simples, Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae. Cultura da secreção pulmonar evidenciou Streptococcus anginosus multissensível. Tratamentos: antibioticoterapia venosa guiada pelas culturas, antivirais, reabordagem torácica, manutenção de dreno torácico de longa duração, enalapril e bisoprolol. Apresentou melhora clínica progressiva. Recebeu alta hospitalar, retirou o dreno ambulatorialmente e encontra-se muito bem, em reabilitação. **Discussão e Conclusão:** A angina de Ludwig é uma infecção potencialmente fatal, mesmo em adultos jovens, presumivelmente saudáveis, como nosso paciente. O início precoce de antibióticos e antivirais e as intervenções cirúrgicas (para retirada dos tecidos desvitalizados) são fundamentais. No presente caso, tudo indica que as infecções virais precederam a bacteriana e predispueram ao quadro drástico.

3568

Miocardite como manifestação da forma grave de Leptospirose: relato de caso

JOÃO PAULO CARDOSO DA SILVA, GUSTAVO MICENA DE ARAÚJO, FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER, ANNA LUISA RAMOS SILVA, FERNANDA DIAS FREIRE, RAYSSA MARCELLA VIEIRA FERREIRA e ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO.

Hospital Orizont, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A leptospirose é uma zoonose prevalente em países subtropicais em desenvolvimento, como o Brasil. É uma doença de evolução benigna em 90% dos casos, porém 10% deles podem evoluir para a forma grave, sendo a miocardite uma das suas apresentações clínicas e importante causa de óbito. Descrevemos o caso de um paciente jovem internado no contexto de leptospirose que evoluiu rapidamente com injúria renal aguda KDIGO III, além de dispneia e dor torácica. Propedêutica cardiológica com ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca confirmaram o diagnóstico de miocardite. **Relato de caso:** Homem, 45 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, admitido com quadro de febre, mialgia, mal estar inespecífico, dor abdominal e nos membros inferiores. Relato de viagem recente para Paraty (RJ). Sorologias para dengue, hepatites virais, HIV, VDRL, Parvovírus, Coronavírus e Chikungunya todas negativas. Positivou para Leptospirose com resultado IgM reagente pelo método de hemoaglutinação. Apresentou rápida piora da função renal, progredindo para necessidade de terapia renal substitutiva. Evoluiu com dor torácica em aperto, difusa, sem irradiações, associada a dispneia e ortopneia. Exame cardiovascular sem alterações, ausculta pulmonar com estertores crepitantes, sem sinais de congestão sistêmica. Exames laboratoriais: troponina 2030 ng/L, ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 45%, hipocinesia dos segmentos médio e apical inferior e basal inferosseptal. Encaminhado para cineangiogramia que não mostrou lesões obstrutivas significativas. Ressonância magnética cardíaca mostrou sinais de edema miocárdico e presença de realce tardio sugestivo de necrose e/ou fibrose miocárdica de padrão heterogêneo, mesocárdico e subepicárdico, não isquêmico, acometendo o segmento inferolaterobasal do ventrículo esquerdo, com melhora da função ventricular esquerda (FEVE 63%) após 2 semanas. Iniciado Ertapenem, hidralazina, nitrato e carvedilol, evoluiu com melhora clínica, classe funcional NYHA II, recebendo alta em boas condições clínicas para acompanhamento cardiológico ambulatorial. **Discussão e Conclusão:** A Leptospirose é uma doença infecciosa prevalente no Brasil. A letalidade na forma grave pode chegar a 40%, sendo a miocardite uma das manifestações graves da doença, podendo levar ao óbito. O pronto diagnóstico e tratamento adequado, neste caso, mudaram a evolução do paciente.

3570

Análise dos parâmetros clínicos de pacientes hospitalizados com miocardite em um hospital terciário de Belo Horizonte: uma avaliação retrospectiva

FERNANDA ROQUETTE DE ARAÚJO, ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, BRUNA FRANCILENE SILVA RODRIGUES, FERNANDA DIAS FREIRE e GUSTAVO MICENA DE ARAÚJO.

Hospital Orizont, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A miocardite é uma condição inflamatória do miocárdio que pode resultar em disfunção cardíaca aguda. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos, especialmente devido à maior conscientização e ao avanço nos métodos de diagnóstico. A miocardite pode ter várias causas, incluindo infecções virais, bacterianas, fúngicas ou parasitárias, reações imunomediadas e exposição a toxinas. Pode se apresentar com uma ampla gama de sintomas, que variam desde um resfriado leve até insuficiência cardíaca aguda, dor torácica e arritmias potencialmente fatais com risco de vida. **Objetivo:** Analisar os parâmetros clínicos, de imagem e laboratoriais de pacientes hospitalizados com miocardite em um hospital terciário de Belo Horizonte-MG. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo em um serviço terciário de Belo Horizonte, no período de abril de 2023 a maio de 2024, com pacientes diagnosticados com Miocardite, com idade superior a 18 anos. Foram analisados parâmetros clínicos, como: pressão arterial, frequência cardíaca, classificação funcional, troponina e etiologia da Miocardite, além de resultados laboratoriais e de imagem. **Resultados:** Total de 26 pacientes, 46% mulheres. Idade média 49,5 anos (19-80). 73% com etiologia viral. Em relação aos dados vitais à admissão, 19% apresentaram pressão arterial elevada e 15% com taquicardia. Os sintomas mais comuns foram dispneia (81%) e dor torácica (73%). A presença de edema miocárdico (92%) e realce tardio sugestivo de necrose e/ou fibrose miocárdica, não isquêmico no ventrículo esquerdo (58%) foram as alterações mais encontradas à RM cardíaca. BNP e troponina estavam alteradas em 26% dos pacientes. Em relação à classificação funcional, 26% estavam em NYHA III, 15% em NYHA IV e 55% em NYHA II. Todos os pacientes receberam betabloqueadores e inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Todos receberam alta hospitalar e estão em acompanhamento ambulatorial, a maioria em reabilitação cardíaca supervisionada. Apenas uma paciente reinternou-se no período. **Conclusão:** Nossos dados corroboram os da literatura, mostrando que a etiologia viral é a predominante e que os fenótipos de insuficiência cardíaca e dor torácica simulando síndrome coronariana são os mais frequentes. Os biomarcadores, mas, especialmente, a ressonância magnética cardíaca são fundamentais para o diagnóstico. Quando iniciados precocemente, o tratamento clínico otimizado contribui para a boa evolução clínica.

3572

Seguimento a longo prazo de um paciente com amiloidose por transtirretina mostra desenvolvimento da cardiomiopatia mas dissociação com o acúmulo miocárdico de 99mTc-pirofosfato

FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, DENISE MAYUMI TANAKA, BIANCA FADUL DE OLIVEIRA PEIXOTO, CAROLINA LAVIGNE MOREIRA, PEDRO MANOEL MARQUES GARIBALDI, ALEXANDRE TODOROVIC FABRO, ALEXANDRE BALDINI DE FIGUEIREDO, WILSON MARQUES-JÚNIOR e MARCUS VINICIUS SIMÕES.

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

Fundamento: A cintilografia cardíaca com 99mTc-Pirofosfato positiva (Cint-Piro) pode diagnosticar de forma não invasiva a amiloidose cardíaca por transtirretina (AC-ATTR), desde que seja descartada a presença de cadeias leves monoclonais no sangue e na urina. No entanto, seu papel no monitoramento da evolução da AC-ATTR ainda resta por ser definido, podendo haver falhas na detecção da progressão da doença miocárdica. Relatamos um caso de ATTR hereditária com desenvolvimento de cardiomiopatia durante o seguimento de longo prazo, exibindo redução progressiva da captação de 99mTc-Pirofosfato. **Relato de caso:** Homem, 74 anos, branco, com hipertensão arterial e artrite psoriásica, iniciou há 3 anos, queimação na planta dos pés progressiva, sem disautonomia. História familiar positiva para neuropatia. Ao exame, detectou-se polineuropatia sensitivo-motora axonal e Síndrome do Túnel do Carpo bilateral. Genética com variante patogênica p.Val50Met no gene TTR. Iniciado tratamento específico com Tafamidis 20mg/dia. Assintomático do ponto de vista cardiovascular, em CF I, exibindo hipotensão postural. ECG: sinusal, bloqueio atrioventricular de primeiro grau. Ecocardiograma (ECO): septo interventricular (SIV): 12mm e FEVE:59%. Cint-Piro mostrou captação cardíaca positiva grau 3 de Perugini, relação Coração/ contralateral (C/CL): 2,11. Após 4 anos, iniciou com insuficiência cardíaca: dispneia e fadiga aos esforços CF III NYHA, ortopneia e edema em pés, sendo tratado com diurético de alça com melhora. Houve elevação de biomarcadores: com NT-ProBNP =593pg/ml, Troponina 79,31ng/ml. No ECO, espessamento de paredes com SIV: 13mm, FE: 51%, com piora diastólica, strain global longitudinal reduzido (SGL): -13,6%. Nova Cint-Piro com redução da captação miocárdica, com Perugini grau 2, e C/CL: 1,5. Após 1 ano, novamente CF NYHA III, com episódios de síncope, bradicardia e ritmo regular, FC =35bpm, com episódios de BAV avançado. Realizado implante de marcapasso definitivo, com resolução das síncope, e aumento da dose de diurético. No ECO, progressão da AC-ATTR: SIV =18mm, SGL= -11% e FEVE: 41%, com aumento de NT-ProBNP =1824pg/ml. Contudo, Nova Cint-Piro com redução da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato, Perugini grau 1 e C/CL de 1,4. **Discussão e Conclusão:** Esse caso ilustra que a Cint-Piro pode mostrar-se precocemente positiva, indicando a presença de AC-ATTR mesmo antes das alterações estruturais e morfológicas pelo ECO. No entanto, no seguimento após início do tratamento específico, a redução sequencial da captação miocárdica de 99mTc-Pirofosfato pode mostrar dissociação com a progressão clínica e laboratorial que indicam piora da cardiomiopatia. Esse relato salienta a necessidade de melhor investigação sobre os mecanismos de captação miocárdica e do seu papel na monitoração da evolução da doença.

3576

Efetividade de tratamento com imunossupressores em miocardites: um foco na Doença de Takayasu

MARIA CLARA BARROS DE SOUSA ARAÚJO, PRISCILA WOLBECK JUNGEMANN, BENÍCIO DE OLIVEIRA ROMÃO, ANA LETÍCIA DA SILVA CAMPOS, BEATRIZ DE ALMEIDA SAMPAIO, EVELYN GENIELLY CAMILO BEZERRA, ISLAINE SANT'ANNA VALOZ, MARIA EDUARDA BORGES ARAÚJO LEITE, SAMUEL DE ANDRADE COSTA, TAINÁ ROCHA GUEDES e YASMIN PAIVA E SILVA AGUIAR DE OLIVEIRA.

Centro Universitário de Maceió, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário de Maceió, UNIMA, Maceió, AL, BRASIL - Centro Universitário Tiradentes, UNIT, Aracaju, SE, BRASIL - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, HUPAA, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoa, UNCISAL, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A miocardite é uma inflamação do miocárdio, frequentemente causada por infecções virais, bacterianas ou autoimunes, podendo resultar em insuficiência cardíaca. No contexto da doença de Takayasu, que afeta os grandes vasos, a miocardite representa um desafio terapêutico significativo. Embora a abordagem terapêutica com corticosteroides e imunossupressores seja necessária para reduzir a inflamação e os danos cardíacos, seu uso apresenta lacunas importantes, como efeitos colaterais significativos e nem sempre prevenção da progressão da doença. **Objetivo:** Este estudo visa avaliar a eficácia dos tratamentos imunossupressores em doenças cardíacas, com foco específico na doença de Takayasu, investigando suas implicações clínicas e potenciais benefícios no manejo desta condição desafiadora. **Materiais e Métodos:** Revisão sistemática nas bases de dados PUBMED, BVS e OpenEvidence, em maio de 2024. Foram incluídos estudos que avaliaram a eficácia de tratamentos imunossupressores na doença de Takayasu. Utilizou-se os descritores: "Myocarditis" AND "Takayasu" AND "Immunosuppressive Therapy". Foram excluídos textos duplicados, publicações superiores a 5 anos e estudos incompletos. **Resultados:** Foram encontrados dois estudos relevantes para a discussão. O primeiro destaca a eficácia do Tocilizumab e da terapia sistêmica com corticosteroides, ciclofosfamida e outros agentes imunossupressores na redução dos marcadores inflamatórios e no número total de lesões da artéria coronária em pacientes com arterite de Takayasu (TA) com envolvimento coronariano. Além disso, ressalta a importância da terapia direcionada, incluindo prednisolona e ciclofosfamida, na melhoria da função da artéria coronária e na redução dos sintomas da doença. Já o segundo estudo aborda a terapia imunossupressora no contexto da miocardite associada a distúrbios do tecido conjuntivo, evidenciando os benefícios clínicos significativos da combinação de prednisolona e azatioprina. Para a arterite de Takayasu, a terapia imunossupressora, como glicocorticoides de alta dose seguidos por metotrexato ou azatioprina, é recomendada como abordagem inicial, destacando a necessidade de uma estratégia terapêutica multifacetada e individualizada para o manejo eficaz dessas condições cardíacas complexas. **Conclusão:** Os estudos, embora demonstrem resultados significativos da terapia imunossupressora na miocardite e arterite de Takayasu, revelam a necessidade de mais estudos para entender seus efeitos a longo prazo e tempo de administração. Além disso, os exames de imagem não invasivos, como a ecocardiografia com a avaliação do strain, mostram-se promissores no acompanhamento prospectivo dos pacientes em uso dessas drogas.

3577

Comportamento da frequência cardíaca, fadiga e dispnéia nos testes funcionais em pacientes com insuficiência cardíaca: teste do degrau x teste caminhada

AMANDA SILVA DA COSTA, CAROLINA AZEVEDO DA GRACA LIRA, CAROLINE ALVES MADEIRA, LINDEMBERG BARRETO MOTA DA COSTA, LIVIA NEPOMUCENO SOARES, MARÍLIA ISABELLE DE LIMA MOTA, VINICIUS DE SOUSA VERAS e DANIELA GUARDANO BUCHARLES MONTALVERNE.

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Estima-se que 64,3 milhões de pessoas vivem com insuficiência cardíaca (IC) no mundo, e a redução acentuada na capacidade funcional (CF) é uma das repercussões da doença. Dessa forma, os testes funcionais, como o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), e o teste do degrau de 6 minutos (TD6), são utilizados para avaliar a CF de pacientes com insuficiência cardíaca (IC). **Objetivo:** Comparar a frequência cardíaca e percepção subjetiva de esforço e de fadiga de membros inferiores no período pré e pós teste do degrau e de caminhada de 6 minutos em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. **Delimitação, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa com pacientes portadores de IC atendidos no ambulatório de um Hospital de referência, no período de julho de 2022 a dezembro de 2023. Foi aplicado inicialmente um questionário com dados sociodemográficos e dados referentes à condição de saúde. Após foi aplicado o teste da caminhada dos 6 minutos (TC6) e o teste do degrau de 6 minutos (TD6) randomizados de forma aleatória. Frequência cardíaca (FC), percepção subjetiva de esforço (Borg Dispneia) e de fadiga de membros inferiores (Borg de MMII) foram avaliados no repouso e imediatamente ao término dos dois testes. Testes de correlação e teste T pareado foram aplicados. O nível de significância adotado foi de 5%. Estudo aprovado no Coética com No 4.987.763. **Resultados:** Foram avaliados 53 pacientes. Desses 28 (52,8%) eram homens, com média de idade de 59,7±15,6 anos, peso médio de 71,6±14,9kg, e altura média de 1,58±0,09m. Na NYHA, a classe I foi predominante (n=20, 37,7%). A FEVE média foi de 53,6±15,9%. No TC6, os participantes caminharam em média 382,0±90,9 metros. No TD6, a média foi de 79,3±31,8 passos. Foi encontrada uma correlação moderada entre o TC6 e o TD6 (r=0,599, p<0,001), não houve correlação tanto do TC6, quanto do TD6 com a FEVE (p=0,914 e p=0,242 respectivamente). No período pré-teste não foi observado diferença estatística entre os valores de Borg Dispneia (1,4±1,5 pontos no TC6 e 1,1±1,4 pontos no TD6, p=0,168) e Borg MMII (1,4±1,5 pontos no TC6 e 1,1±1,5 pontos no TD6). Já na FC foi verificada diferença no pré (75,9±16,5 bpm no TC6 e 72,1±17,7 bpm no TD6, p=0,012). No pós-teste foi identificada, em média, uma FC com 9,4 bpm a mais no TD6 em relação ao TC6 (80,4±17,7 bpm no TC6 e 89,9±25,9 bpm no TD6, p<0,001), e o mesmo padrão foi observado no Borg Dispneia (3,1±2,4 pontos no TC6 e 4,4±2,3 pontos no TD6, p<0,001 e no Borg MMII (2,9±2,3 pontos no TC6 e 4,1±2,5 pontos no TD6, p=0,001). **Conclusão:** O TD6 provoca um maior aumento da frequência cardíaca e na sensação de fadiga de MMII quando comparado ao TC6. Além disso todos os valores estão dentro da faixa de segurança para realização dos testes.

3579

Impacto da reatividade contra painel de linfócitos e do cross match virtual na sobrevida pós-transplante cardíaco e no tempo de internação

GABRIEL BARROS AULICINO, SANDRIGO MANGINI, FABIANA G. MARCONDES-BRAGA, LUIS FERNANDO B.C. SEGURO, MONICA SAMUEL AVILA, IASCARA WOZNIAC CAMPOS, FABIO A. GIAOTTO e FERNANDO BACAL.

Incor, HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: A reatividade contra painel de linfócitos (PRA) e o crossmatch virtual realizados antes do transplante são estratégias que visam minimizar o risco de complicações após transplante cardíaco. **Objetivo:** Avaliar se alteração do PRA e o status do crossmatch virtual antes do transplante impactam de forma significativa no tempo de internação, na incidência de disfunção primária do enxerto e na mortalidade em um ano após transplante cardíaco. **Delimitação e Métodos:** Estudo retrospectivo com 310 pacientes adultos transplantados cardíacos no Incor HC-FMUSP no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou teste Mann-Whitney para avaliar a relação entre a positividade do PRA e do crossmatch virtual com disfunção primária do enxerto e com tempo de internação. A regressão de Cox simples foi utilizada para estabelecer a relação entre sensibilização imunológica e mortalidade no primeiro ano após TxC. Em nosso serviço utiliza-se a plataforma luminex para determinação do PRA, considerando um corte de MFI (mean fluorescence intensity) de 1500. **Resultados:** Dos 310 pacientes analisados, 69 pacientes (22,2%) apresentaram PRA positivo para anticorpo classe I. A positividade do PRA para anticorpos classe II ocorreu em 24 pacientes (7,7%). O crossmatch virtual foi positivo em 19 pacientes (6,6%). Destes, 1 paciente apresentava MFI <1500, 12 apresentavam MFI entre 1500 e 3000 e 6 pacientes mostravam MFI >3000. A terapia de indução foi realizada em 43 pacientes (13,9%). A positividade do PRA ou do crossmatch virtual, não estiveram relacionados com aumento da mortalidade no primeiro ano ou com disfunção primária do enxerto no PO imediato, independente do valor do MFI. O tempo de internação após TxC foi em média de 33 dias, os pacientes com MFI >3000 (1%), apresentaram tempo médio internação de 53,6 dias (p:0,3). A realização de terapia de indução antes do transplante se relacionou com aumento de mortalidade (p:0,023; OR 3,8; IC 95%: 1,2-12,2). **Conclusão:** Nesta casuística, a positividade do PRA ou do crossmatch virtual antes do transplante não apresentaram correlação com mortalidade no primeiro ano após TxC ou com disfunção primária do enxerto. Os pacientes com crossmatch virtual positivo e MFI > 3000 mostraram uma tendência a apresentar maior tempo de internação hospitalar.

3580

Avaliação dos fatores preditores de disfunção primária do enxerto e do prognóstico clínico durante a internação e seguimento após transplante cardíaco

GABRIEL BARROS AULICINO, SANDRIGO MANGINI, FABIANA G. MARCONDES-BRAGA, LUIS FERNANDO B. C. SEGURO, MONICA SAMUEL AVILA, IASCARA WOZNIAK CAMPOS, FABIO A. GAIOTTO e FERNANDO BACAL.
Incor, HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL.

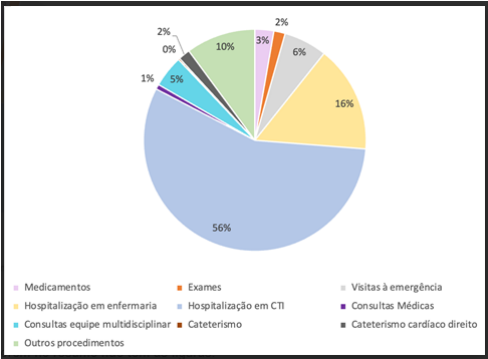
Fundamento: O transplante cardíaco (TxC) é o tratamento padrão-ouro para pacientes com insuficiência cardíaca avançada e que apresentam sinais de mau prognóstico. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi revisar as características clínicas dos pacientes submetidos a Transplante Cardíaco e identificar os fatores de risco para ocorrência de disfunção primária do enxerto (DPE) no pós-operatório imediato. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva onde foram analisados 310 pacientes adultos transplantados no Incor (HC-FMUSP) entre janeiro 2013 e dezembro 2019. A análise de regressão logística univariável e multivariável foi utilizada para estabelecer preditores independentes de ocorrência de disfunção primária do enxerto no pos-operatório imediato, conforme os critérios da ISHLT. A regressão de Cox simples foi utilizada para estabelecer correlação entre DPE e mortalidade em 01 ano. **Resultados:** Três variáveis associadas ao receptor foram estatisticamente significativas na predição de disfunção primária do enxerto (DPE): BNP >1200mg/dl, tempo de CEC>110min e os pacientes em Intermacs I (em suporte circulatório mecânico com ECMO) antes do transplante. Evolutivamente, os pacientes que apresentaram DPE tiveram piora mais significativa da função renal após TxC (Variação da Creatinina imediatamente pre-TxC - Cr no 7 dia após TxC: - 0.6 e - 0.1, respectivamente, p<0.009), e necessidade de doses mais elevadas de inotrópicos no pós-operatório (escore inotrópico no 1; 5 e 7 dias: 19 e 49; 5 e 25; 2.5 e 15; respectivamente; p<0.001). A ocorrência de DPE se associou a maior mortalidade após TxC (p<0.001) e a maior tempo de internação em UTI, no grupo de pacientes com DPE grave, que necessitaram de dispositivo de assistência circulatória (p<0.001) para suporte hemodinâmico no pós-operatório. **Conclusão:** Nesta população, três variáveis são fatores de risco independentes para a ocorrência de DPE: BNP >1200mg/dl, tempo de CEC>110min e os pacientes mais graves (Intermacs I) com necessidade de suporte circulatório mecânico) antes do transplante. Além disso, a ocorrência de DPE também se associou a maior morbidade e mortalidade durante internação.

3584

Custos diretos de saúde em pacientes com insuficiência cardíaca avançada no Brasil: análise de microcusteio

LIVIA ADAMS GOLDRACH, ANA PAULA ETGES, LAURA CAROLINE TAVARES HASTENTEUFEL, DAYANNA LEMOS, ANDREAS ZUCKERMANN, MANDEEP MEHRA, CARISI ANNE POLANCZYK e NADINE CLAUSELL.
Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, EUA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Medical University of Vienna, ÁUSTRIA.

Fundamento: O custo em saúde de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) avançada que não têm acesso a terapias como transplante cardíaco ou dispositivos de assistência ventricular (DAV) de longa duração não é conhecido na América Latina. **Objetivo:** Estimar o custo de pacientes com IC avançada elegíveis para implante de DAV de longa duração e que não tiveram acesso à terapia, no contexto de um hospital universitário terciário do Sistema Único de Saúde. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Coorte retrospectiva de pacientes com IC avançada candidatos a implante de DAV de longa duração, não-elegíveis para transplante cardíaco, no período de 2015-2023. A coleta de dados iniciou na data de indicação do dispositivo e se estendeu até o óbito ou a censura (30/6/2023). Foram aferidos os custos diretos relacionados a cuidados de saúde (internações, medicamentos, exames, consultas médicas e multidisciplinares, procedimentos) por metodologia de microcusteio, seguindo o método time-driven activity-based costing. Os custos estão expressos em unidade de dólar internacional (Int\$). **Resultados:** Foram incluídos 20 pacientes (90% masculinos, idade média 50+15 anos, 65% etiologia isquêmica) seguidos por 15 (7.7 - 21.7) meses, com sobrevida de 40% no período. O custo médio por paciente foi Int\$ 120.457+78.029, e os principais componentes dos custos estão demonstrados na Figura 1. As hospitalizações foram o principal determinante do custo (72% do custo total), e pacientes mais graves (INTERMACS ≤3) custaram cerca de 70% mais que os pacientes em INTERMACS >3 no momento da indicação do dispositivo. **Conclusão:** Pacientes com IC avançada candidatos a DAV de longa duração, mas sem acesso à terapia, representam elevado custo para o sistema de saúde brasileiro, mesmo sendo considerando apenas custos diretos. Estes resultados podem subsidiar a análise de custo-efetividade da terapia com DAV de longa duração em pacientes selecionados com IC avançada.



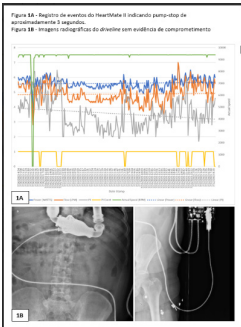
3585

Disfunção mecânica de dispositivo de assistência ventricular: relato de caso de fenômeno short-to-shield

ROCÍO BELÉN CORREA, LAURA HASTENTEUFEL, DAYANNA LEMOS, FERNANDO LUIS SCOLARI, LEONARDO BRIDI, LETÍCIA ORLANDIN, NADINE CLAUSELL e LIVIA GOLDRAICH.

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

Fundamento: A maioria das causas de disfunção mecânica dos dispositivos de assistência ventricular (DAV) está relacionada a baterias, controladores e cabos periféricos. O fenômeno short-to-shield (STS) é um tipo específico de disfunção do condutor de impulsão (driveline) observado em até 6% dos pacientes em suporte com HeartMate II® (HM II). Ocorre devido ao dano no isolamento elétrico resultando em parada da bomba ao se conectar a um Power Module (PM) com aterramento. A identificação precoce e manejo do STS são fundamentais para garantir o funcionamento adequado do DAV. **Relato de caso:** Homem, 59 anos, com insuficiência cardíaca (IC) avançada de etiologia isquêmica e cirurgia de revascularização miocárdica prévia recebeu implante de HM II e valvuloplastia tricúspide em novembro/2017 por status INTERMACS 2 persistente e hipertensão pulmonar proibitiva para transplante. Como complicações clínicas relacionadas ao HM II, apresentou acidente cerebrovascular isquêmico menor e infecções recorrentes de óstio do driveline por Staphylococcus aureus tratado cronicamente com antibiótico oral. Em julho/2023, durante a análise do arquivo de registros, foi detectado episódio recente de pump-stop com 3 segundos de duração (Figura 1A). Ao ser questionado, o paciente relatou estar assintomático, mas ter acidentalmente dobrado o driveline ao sentar-se. O pump-stop aconteceu enquanto encontrava-se conectado ao Mobile Power Unit (MPU). Foram realizadas inspeção e imagens radiográficas do driveline e do controlador, não tendo sido identificado qualquer comprometimento evidente (Figura 1B). Foi realizado diagnóstico de STS indicando-se troca de MPU para PM com cabo de conexão sem aterramento. Não foram observados novos eventos de pump-stop ou outras disfunções mecânicas até maio/2024. **Discussão e Conclusão:** O fenômeno STS ocorre quando há dano no isolamento da driveline, com consequente falha de aterramento elétrico. Os principais fatores de risco conhecidos são infecções recorrentes e trauma da driveline. Há três opções de tratamento para STS: 1) reparo externo do cabo do driveline, 2) cirurgia para troca de dispositivo, 3) uso de cabo sem aterramento ao usar PM. Neste caso, foi descartado comprometimento do driveline através de imagens. Considerando as dificuldades de troca de bomba no Brasil e a dupla esternotomia prévia, foi indicado o uso de cabo sem aterramento com o PM. É importante reconhecermos rapidamente episódios de STS para evitar disfunções mecânicas graves do HM II.



3586

Taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca entre as diferentes faixas etárias no estado de Pernambuco: um estudo comparativo entre os anos de 2013 a 2023

WESLEY JONATHAN LOPES PENHA, LÍVIA LEANDRO SOUZA PEREIRA, RAFAELA CRISTINA TAVARES SILVA, ANNA DEBORAH MARTINS ALENCAR CRUZ, FRANÇOIS TALLES MEDEIROS RODRIGUES, ROBSON SILVA LUCENA, JENIFFER LAYANE VIEIRA SILVA e BIANCA FRANCINE FERREIRA CAVALCANTI.

Afya Faculdade de Ciências Médicas, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por comprometimento estrutural e funcional do coração, afetando o enchimento ventricular e a ejeção de sangue, acarretando em baixa capacidade funcional e alta taxa de mortalidade decorrente de eventos cardiovasculares associados. Entre os anos de 1998 e 2019 foi responsável por 75,5 óbitos por cada 100 mil habitantes, somente no Brasil. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo analisar a taxa de mortalidade e de óbitos por IC no estado de Pernambuco (PE), entre as diferentes faixas etárias, entre os anos de 2013 a 2023, a partir de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS). **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, ecológico, descritivo e de caráter quantitativo. Os dados são referentes aos tempo de internamento por IC ocorridos no estado de PE, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2023. A coleta deu-se através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilizados eletronicamente pela secretaria de vigilância em saúde do MS no portal do Departamento de Informática do SUS. A busca dos dados se deu por meio da Classificação Internacional de Doenças, com o código I50. Dentro das variáveis utilizadas, estão incluídas as faixas etárias entre 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69; 70 a 79 e 80 anos e mais. A tabulação foi feita pelo TABNET e a análise com auxílio do Software Microsoft Office Excel. **Resultados:** Na tabela 01, pode ser observado a taxa de mortalidade e o número de óbitos de acordo com a faixa etária. A análise de dados revelou um alto número de óbitos por IC nas faixas etária mais avançadas, sobretudo nos pacientes com faixa etária entre 70 a 79 anos de idade e com 80 anos ou mais, caracterizando cerca de aproximadamente 56% da taxa de óbitos quando somados esses dois grupos. Em contraste, nos pacientes mais jovens pode ser observado um menor número de óbitos, com os indivíduos de faixa etária entre 20 a 29 anos, totalizando cerca de apenas 1% do número de óbitos total. Quanto a taxa de mortalidade, caracterizada pela razão entre número de óbitos por mil habitantes, é observado que os grupos de pacientes com faixa etária entre 70 a 79 anos de idade e com 80 anos ou mais, também atingiram maior número, com taxa de mortalidade de 11,49 e 17,65, respectivamente. **Conclusão:** Foi observado que os pacientes com idades mais avançadas apresentou tanto um maior número de óbitos quanto da taxa mortalidade, entre os anos de 2013 a 2023, no estado de PE. Os dados observados corroboram com a literatura médica, na qual caracteriza esse grupo como mais vulnerável. Ademais, a presença de outras comorbidades e a baixa reserva funcional pelo processo de envelhecimento, somam-se, resultando em piores desfechos clínicos relacionados a IC.

Tabela 1: Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca, entre os anos de 2013 a 2023 no estado de Pernambuco, entre as diferentes faixas etárias.

Faixa etária (idade)	Nº de Óbitos	Taxa de mortalidade
20 a 29	94	7,12
30 a 39	213	6,53
40 a 49	501	6,28
50 a 59	1.093	7,19
60 a 69	1.888	9,1
70 a 79	2.322	11,49
80 anos e mais	2.657	17,46

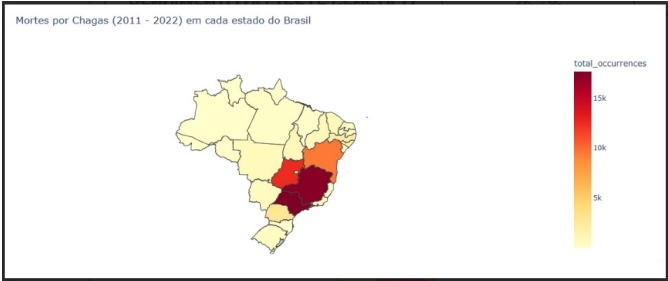
3587

A diversidade regional na mortalidade da Doença de Chagas no Brasil: avaliando série histórica

GABRIELLY NACIMENTO, LUÍS EDUARDO MARTINS ALVES, FERNANDO SALES, CAROLINA ARAÚJO MEDEIROS, CELINA GUIMARÃES, GABRIELA ARCOVERDE WANDERLEY, PAULA INESSA SOUSA, CAMILA NOGUEIRA LIRA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, CRISTINA VELLOSO CARRAZZONE, WILSON ALVES OLIVEIRA JR e SILVIA MARINHO MARTINS.

Instituto do Coração do HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - PROCAPE, PE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal de Pernambuco, CIN, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Chagas (DC) permanece como a principal causa de morbimortalidade entre as doenças tropicais negligenciadas no Brasil. Apesar da elevada prevalência, a notificação da forma crônica da doença teve início efetivo apenas após 2022. A mortalidade apresenta variação regional e a disponibilização destes dados em plataforma digital pode fornecer insights valiosos para orientar políticas de saúde pública relacionadas à doença. **Objetivo:** Comparar a mortalidade por Doença de Chagas nas regiões do Brasil utilizando uma técnica de programação e disponibilização do código na plataforma GITHUB. **Materiais e Métodos:** Foram incluídas todas as mortes ocorridas no Brasil entre 2011 e 2022, registradas nas Declarações de Óbito (DO), as quais constam no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde - Brasil, cujos dados estão disponíveis no DATASUS. Para a coleta e processamento dos dados, a biblioteca PySUS foi amplamente aplicada, realizando cerca de 75 mil buscas e downloads. Esses dados foram posteriormente filtrados utilizando a biblioteca 'Pandas' na linguagem Python. Foi criado um mapa com dados das frequências nas regiões do país com a apresentação dos resultados (Figura 1). **Resultados:** Foram avaliados os dados de mortalidade de um período de 12 anos. Houve predomínio do sexo masculino (52,4%), idade média de 70 anos (DP: 13) e etnia parda (43,9%). O coeficiente de mortalidade foi de 2,90 em 2011 e 2,92 por 100.000 habitantes em 2022, apresentando maior índice nos anos de 2020 e 2021, com 3,04 e 3,18, respectivamente. O coeficiente de mortalidade apresentou diferença significativa quando comparado entre regiões, sendo mais elevado no Centro-Oeste. Em 2011, esse coeficiente foi de 8,39, aumentando para 10,01 em 2021 e permanecendo elevado em 2022, com 9,33 óbitos/100.000 habitantes. Destaca-se o estado de GO, que apresentou a maior média do país (15,11) quando analisado todo o período. No entanto, os extremos do país exibem os menores valores: a região Sul registrou 0,94 (2011) e 0,68 (2022) por 100.000 habitantes, enquanto a região Norte registrou 0,61 (2011) e 0,97 (2022) por 100.000 habitantes. Os menores índices de mortalidade no intervalo foram identificados nos estados do Amazonas e Santa Catarina (0,05 e 0,08/100.000 habitantes, respectivamente). Os dados da série por estado estão representados no mapa (Figura 1). **Conclusão:** A Doença de Chagas apresenta elevada mortalidade, com distribuição desigual entre as regiões do país. A disponibilização do código de computação pode facilitar o acesso rápido a esses dados, bem como sua posterior análise, possibilitando que o assunto seja constantemente revisitado.



3588

Dispositivos de assistência ventricular de longa permanência: experiência de um programa no sul do Brasil

MARIA EDUARDA MOTA MARTINS, LAURA HASTENTEUFEL, DAYANNA LEMOS MACHADO, LETÍCIA ORLANDIN, FERNANDO SCOLARI, LEONARDO HENNIG BRIDI, SILVIA MOREIRA AYUB FERREIRA, NADINE CLAUSELL e LÍVIA ADAMS GOLDRAICH.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, BRASIL.

Fundamento: Dispositivos de assistência ventricular (DAV) de longa permanência são uma opção terapêutica para pacientes selecionados com insuficiência cardíaca (IC) avançada para os quais o transplante cardíaco esteja contraindicado ou pouco acessível. Embora já consolidado em países desenvolvidos, no Brasil a terapia ainda não está disponível pelo Sistema Único de Saúde. Programas multiprofissionais especializados são fundamentais para o sucesso do tratamento e ainda são incipientes no país. **Objetivo:** Descrever a experiência com DAV de longa permanência em um centro regional de referência para terapias avançadas para IC. **Materiais e Métodos:** Série de pacientes em acompanhamento após o implante de DAV de longa duração entre novembro/2017 e maio/2024. **Resultados:** Foram incluídos sete pacientes com média de idade 63 ±6 anos, 43% homens, 57% IC de etiologia não-iskêmica. Todos encontravam-se em INTERMACS ≤3 no pré-operatório; o DAV foi indicado em quatro pacientes por hipertensão pulmonar, em dois por hipersensibilização imunológica, e em um caso por elevado tempo de espera para transplante. Foram implantados quatro dispositivos HeartMate II e três dispositivos HeartMate 3, sendo cinco implantes realizados pelo programa PROADI-SUS do Hospital Sírio-Libanês (HSL) e dois implantes realizados no centro. Pacientes que receberam o DAV em São Paulo retornaram para acompanhamento em Porto Alegre. A maioria (n=6) residia longe do centro de referência (Figura 1). As principais complicações observadas foram: infecção do driveline (n=6); acidente vascular cerebral isquêmico menor (n=3, sendo 2 peri-operatórios); sangramento com necessidade de transfusão (n=1); trombose de bomba (n=1); trombo na raiz da aorta (n=1); compressão extrínseca da cânula de outflow (n=1); e falha mecânica da driveline (n=1). O tempo mediano de suporte com DAV foi de 1,4 anos (mínimo 2 meses e dois pacientes com >6 anos, ainda em suporte). Três pacientes realizaram transplante, mas dois faleceram por complicações peri- e pós-operatórias no transplante, respectivamente; em quatro casos, o DAV se tornou terapia de destino. A sobrevida total foi de 4 (1,3 - 5,9) anos. **Conclusão:** Programas regionais para o cuidado de pacientes com DAV, em parceria com instituição de referência nacional como HSL, podem ser uma alternativa para ampliar o acesso à terapia no Brasil com bons resultados.



3589

Qual protocolo do teste sentar e levantar é capaz de prever a capacidade funcional de exercício em pacientes com insuficiência cardíaca?

GYSLANE FELIX SOUSA, CRISTIANY AZEVEDO MARTINS, CRISLAINE SILVA COSTA, GABRIELA FLORIANO DA SILVA TAVARES, LINDEMBERG BARRETO MOTA DA COSTA, MARIA LUIZA CARDOSO DE OLIVEIRA, TAYNAN FERREIRA DA SILVA, VINICIUS DE SOUSA VERAS e DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE.

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Sabe-se que indivíduos com insuficiência cardíaca (IC) apresentam importantes perdas funcionais, tais como a força muscular periférica, a redução nos níveis de atividades de vida diária, a intolerância ao exercício e a maior fadiga. Medidas avaliativas devem ser melhores apresentadas, estudos recentes sugeriram usar o teste sentar e levantar de um minuto (TSL-1min) como uma alternativa ao teste de caminhada de seis minutos (TC6). **Objetivo:** Analisar, dentre os 3 tipos de protocolos do teste de sentar e levantar, qual é capaz de prever a capacidade funcional de exercício em pacientes com IC e verificar a associação dos 3 protocolos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal, realizado no Serviço de Fisioterapia Cardiovascular de um Ambulatório de Cardiologia de Referência no Nordeste Brasileiro, no período de outubro de 2022 a novembro de 2023. 56 pacientes diagnosticados com IC com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) normal e reduzida, foram submetidos a uma avaliação clínica, aplicação da escala de funcionalidade do New York Heart Association (NYHA), TSL de 5 repetições (TSL-5rep), de 30 segundos (TSL-30s) e de 1 minuto (TSL-1min), Teste da caminhada de 6 minutos (TC6) e Avaliação da Força Muscular do Quadríceps (FMQ). Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial. Correlações foram obtidas usando coeficientes de correlação de Spearman. A análise da curva da característica operacional do receptor (ROC) foi usada para mostrar a capacidade de cada protocolo TSL de identificar indivíduos com exercício funcional de incapacidade funcional ou preservado capacidade no TC6. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 60,4±15,3 anos, sendo 30 (52,6%) mulheres e destes 27 (47,4%) possuíam FEVE preservada. Os 3 protocolos foram capazes de identificar sujeitos com capacidade de exercício baixa e preservada, porém o TSL-1min apresentou melhores valores discriminativos (AUC=0,629). Também foi observado boa correlação entre os três protocolos ($r>0,668$, $p<0,001$). Foi verificado uma correlação dos 3 testes com o TC6 ($r=0,582$, $p<0,001$). A força do quadríceps não apresentou correlação somente com o TSL-5rep ($r=0,174$, $p=0,199$). Foram verificadas maiores alterações nas variáveis de frequência cardíaca ($9,62\pm12,98$), saturação periférica de oxigênio ($-0,96\pm2,20$), pressão arterial sistólica ($8,28\pm13,36$), dispnéia e fadiga de membros inferiores no TSL 1-min ($p<0,05$). **Conclusão:** Os 3 protocolos do TSL são capazes de prever a capacidade funcional de exercício em pacientes com IC, entretanto, oTSL-1min apresentou-se como o melhor protocolo, pois apresentou associações moderadas aos desfechos clínicos. Além disso foi verificado boa associação entre os 3 protocolos do TSL.

3590

Qual o melhor protocolo no teste de velocidade da marcha para discriminar capacidade de exercício em pacientes com insuficiência cardíaca?

CAROLINA INÊS NASCIMENTO BRAGA, DÉBORA DA NOBREGA BARROSO, CRISLAINE SILVA COSTA, GLECYELLE DE SOUZA LIMA, LÍCIA NAIR MATOS MUNIZ, LÍVIA NEPOMUCENO SOARES, MARIA BEATRIZ DE CARVALHO CAMPOS, THUANNY NAIARA DA SILVA BARROS e DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE.

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Avaliar a capacidade de exercício tem sido uma tarefa cada vez mais difícil pela necessidade de espaço físico adequado para realização do teste de caminhada de 6 minutos (TC6). Sendo assim, testes que avaliam a marcha em um espaço menor vem sendo cada vez mais utilizados, e, dessa forma destaca-se o 4-metre gait speed (4MGS). **Objetivo:** Verificar se existe diferença entre os dois tipos de protocolos do 4MGS e se eles são capazes de discriminar capacidade de exercício em pacientes com insuficiência cardíaca. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado num ambulatório de referência, no período de julho de 2022 a novembro de 2023 com indivíduos com diagnóstico de IC e idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras. 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 Thoracic Society e a distância percorrida foi o parâmetro principal avaliado. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial (teste T e correlação de Spearman). A análise da curva da característica operacional do receptor (ROC) foi usada para mostrar a capacidade de cada protocolo de identificar indivíduos com capacidade de exercício preservado ou reduzido. **Resultados:** Foram avaliados 90 pacientes, maioria mulheres ($n=47$, 52,2%), com média de idade de 59,6±14,8 anos e FEVE média foi de 51,9±15,9%. A velocidade média no 4MGS-4m foi de 1,04±0,41m/s e no 4MGS-8m foi de 1,10±0,47m/s, havendo diferença entre os protocolos ($p=0,016$), porém foi observado uma excelente concordância (CCI=0,849) e uma moderada associação entre eles ($r=0,633$ $p<0,001$). No TC6 os participantes caminharam em média 388,2±106,5 metros. Na correlação observamos uma moderada correlação entre velocidade média no 4MGS-4m e o TC6 ($r=0,601$, $p<0,001$) e entre velocidade média no 4MGS-8m e o TC6 ($r=0,529$, $p<0,001$). Não foi observado correlação dos testes com a FEVE ($p=0,388$ e $p=0,189$ respectivamente velocidade média no 4MGS-4m e 4MGS-8m). Quando estratificado o TC6 em capacidade de exercício baixa e preservada observamos que os dois protocolos foram capazes de discriminar esses pacientes somente quando usado o tempo de duração do teste (Área sob a curva 4MGS-4 [AUC]≥0,795 E 4MGS-8 [AUC]≥0,791). Quando usado a velocidade média não foi observado essa discriminação (Área sob a curva 4MGS-4 [AUC]≥0,188 E 4MGS-8 [AUC]≥0,206). **Conclusão:** Foi verificado uma excelente concordância e moderada associação entre os dois protocolos do 4MGS, entretanto a execução (velocidade do teste) é mais rápida no 4MGS-8. Os dois protocolos são capazes de discriminar a capacidade de exercícios se forem relacionados ao tempo de duração do teste e não a sua velocidade média.

3595

Panorama dos custos hospitalares de pacientes internados por IC em comparação com outras doenças cardiovasculares entre 2021 e 2023 no estado de Pernambuco

RICARDO SANTANA DO NASCIMENTO, WELLINGTON FREITAS DE MENEZES, JEFFERSON FREITAS DE AZEVEDO, ISMAEL CEFAS ALBUQUERQUE DA SILVA e VICTÓRIA MADALENA SILVA HONÓRIO QUEIROGA.

AFYA, FCM, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa que resulta na incapacidade estrutural e funcional do enchimento ou ejeção ventricular do sangue. As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no Brasil, com um impacto significativo no orçamento do Ministério da Saúde, especialmente na atenção de alta complexidade. Essa situação resulta em custos econômicos elevados, incluindo custos hospitalares, acompanhamento da doença e perda de produtividade no mercado de trabalho, sendo mais acentuada em indivíduos com situação econômica desfavorável. **Objetivo:** O objetivo é a análise dos custos hospitalares de pacientes com insuficiência cardíaca em comparação com outras doenças cardiovasculares em Pernambuco de 2021 a 2023. Destaca gastos médios, variações temporais e razões por trás, para orientar políticas de saúde e alocação de recursos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Este estudo possui perfil epidemiológico, ecológico, descritivo e de caráter quantitativo. Os dados são referentes aos óbitos por insuficiência cardíaca ocorridos no estado de Pernambuco, no período de janeiro de 2020 a maio de 2023. A coleta deu-se através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e disponibilizados eletronicamente pela secretaria de vigilância em saúde do ministério da saúde, no portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A busca se deu por meio da Classificação Internacional de Doenças, com o código I50. Dentre as variáveis utilizadas, estão: doença cardiovascular, caráter de atendimento, município, ano e valores dos serviços hospitalares. A tabulação foi feita pelo TABNET e a análise dos dados com auxílio do Microsoft Office Excel. **Resultados:** Entre 2021 e 2023, os custos hospitalares relacionados à IC em Pernambuco variaram de forma crescente, em 2021, os custos da IC representaram 30% dos custos cardiovasculares, aumentando para 37% em 2022 e mantendo-se em 33% em 2023. Os custos hospitalares para IC aumentaram significativamente de 2021 para 2023, com um incremento de aproximadamente 32,4% entre 2021 e 2022, seguido por um aumento adicional de cerca de 14,4% entre 2022 e 2023. Durante o mesmo período, os custos hospitalares totais relacionados à IC aumentaram aproximadamente 51,5%, enquanto os custos hospitalares totais relacionados ao conjunto de doenças cardiovasculares aumentaram somente 38%. **Conclusão:** O levantamento de dados revelou a significativa influência dos pacientes internados por insuficiência cardíaca nos custos hospitalares. Comparativamente a outras complicações cardiovasculares, os gastos com IC são substanciais, destacando a importância de uma alocação eficaz de recursos.

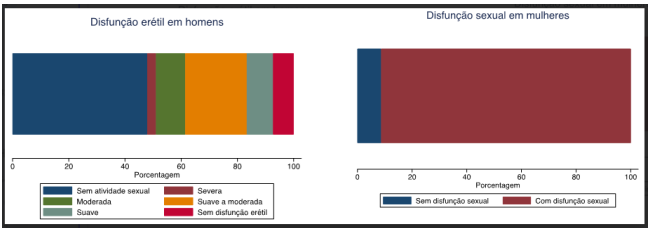
3596

Disfunção sexual em homens e mulheres com insuficiência cardíaca crônica

CAMILA NOGUEIRA LIRA, GABRIELA ARCOVERDE WANDERLEY, MARIA JÚLIA NASCIMENTO LIMA, CLARICE VIUDES ABREU, ANA CAROLINA KRACHINSKI GAMA, PEDRO GEBRAN MESSIAS, FERNANDA BARONE SANTOS, FERNANDO BACAL, HUMBERTO VILLACORTA, SILVIA MARINHO MARTINS, LEONARDO INÁCIO MARCONDES BRAGA, DHAYN FREITAS, ODILSON MARCOS SILVESTRE, MIGUEL MORITA FERNANDES-SILVA e FABIANA G MARCONDES-BRAGA.

Centro Internacional de Pesquisa Clínica, São José dos Campos, SP, BRASIL - Instituto do Coração do HC, FMUSP, São Paulo, SP, BRASIL - PROCAPE, PE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, BRASIL - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome de etiologia multifatorial, que impõe limitações à qualidade de vida. Estudos tem sugerido que a IC aumenta a chance de disfunção erétil nos homens, mas não há estudos quanto a disfunção sexual em mulheres com IC. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e preditores de disfunção sexual em homens e mulheres com IC crônica. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal de pacientes com IC e fração de ejeção (FEVE) <50% de 5 centros do Estudo Rosa dos Ventos (CAAE 25756919.9.1001.5010). Foram aplicados os questionários International Index of Erectile Function (IIEF) e Female Sexual Function Index (FSFI), previamente validados, para avaliar a função sexual em homens e mulheres, respectivamente. A disfunção sexual no sexo masculino é classificada em cinco categorias, em que escores mais baixos indicam maior gravidade, enquanto no sexo feminino é dividida em com ou sem disfunção. Para ambos os sexos, o corte para a ausência de disfunção sexual é de 26 pontos. O grau de disfunção sexual foi definido a partir de pontuações atribuídas a cada domínio dos questionários. Para a análise de dados, foi realizada uma regressão multivariada tipo stepwise para identificar os preditores independentes de disfunção sexual. **Resultados:** Foram incluídos 164 pacientes, (61±11 anos, 29% de etiologia isquêmica, (47; 28,7%), FEVE33±8 %), sendo 58% (n=95) homens, e 42% (n=69) mulheres. Entre os homens que tiveram atividade sexual nas prévias 4 semanas (53%), a prevalência de disfunção erétil foi de 86% (Figura 1). O único preditor independente de disfunção erétil foi o índice de massa corpórea (Beta =-0,25; p=0,026). Em relação aos outros domínios da disfunção sexual masculina, a idade foi associada à pior função orgásmica (Beta =-0,10; p=0,022), pior desejo sexual (Beta =-0,06; p=0,009) e pior satisfação sexual (Beta =-0,14; p=0,014). A etiologia isquêmica esteve associada a um maior índice de desejo sexual (Beta =1,14; p=0,011), comparado as outras etiologias. Em relação às mulheres, a prevalência de disfunção sexual foi de 91% (Figura 1), sendo a idade a única variável independentemente associada ao escore de disfunção sexual feminina (Beta =-0,41; p<0,001). Figura 1: Prevalência de disfunção sexual em homens e mulheres. **Conclusão:** Em pacientes com IC crônica, observamos uma elevada prevalência de disfunção sexual tanto em homens como em mulheres. Enquanto obesidade foi um preditor independente de disfunção erétil nos homens, a idade foi associada a maior disfunção sexual em ambos os sexos.



3597

Fração de ejeção acima ou abaixo de 50% impacta no desempenho no teste do Degrau de 6 minutos?

AMANDA SILVA DA COSTA, DÉBORA DA NÓBREGA BARROSO, CELIANE NOGUEIRA MORAIS DE SOUSA, GLEYCELLE DE SOUSA LIMA, LÍCIA NAIR MATOS MUNIZ, MARÍLIA ISABELLE DE LIMA MOTA, TAYNAN FERREIRA DA SILVA, THUANNY NAIARA DA SILVA BARROS, WANESSA SOUSA MENEZES e DANIELA GARDANO BURCHARLES MONTALVERNE.

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: A redução acentuada da capacidade funcional (CF) das milhões de pessoas que vivem com insuficiência cardíaca (IC) no mundo é uma das principais percuções da doença. Dessa forma, os testes funcionais, como o teste do degrau de 6 minutos (TD6), vem sendo utilizado para avaliar a CF de pacientes. **Objetivo:** Verificar se o tipo de insuficiência cardíaca influência no desempenho do teste do degrau de 6 minutos. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, realizado num ambulatório de referência, no período de julho de 2022 a novembro de 2023 com indivíduos com diagnóstico de IC e idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras. Pesquisa aprovada com CEP nº 4.987.763. Foram excluídos pacientes com sequelas motoras, doenças pulmonares crônicas e renais. Foi aplicado uma ficha de avaliação com dados sociodemográficos e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). Após foi realizado o TD6 e avaliado a força muscular do quadríceps (FMQ). Para análise estatística inicialmente os participantes foram classificados em IC com FEVE preservada (ICFEp) para aqueles com valores de FEVE <50%, IC com FEVE reduzida (ICFEr) para FEVE <40% e IC de FEVE (ICFEi) para FEVE entre 41 e 49%. Como o subgrupo ICFEr e ICFEi eram pequenos, os pacientes foram agrupados em um único grupo para comparar ICFE preservado X não preservado. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial por meio do Teste Qui-quadrado, teste de T. Foi considerado como estatisticamente significante quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 69 pacientes, sendo 19 (27,5%) ICFEr, 12 (17,4%) ICFEi e 38 (55,1%) ICFEp. Como o agrupamento ficaram 38 pacientes no grupo ICFEp e 31 no grupo ICFE não preservado. Não foi evidenciado diferença estatística com relação a idade ($p=0,797$), peso ($p=0,231$), altura ($p=0,908$) e sexo ($p=0,320$) entre os 2 grupos. Com relação ao desempenho médio no TD6 encontramos $80,7 \pm 31,7$ passos no grupo ICFEp, $76,7 \pm 31,1$ passos no grupo ICFE não preservado, entretanto não foi evidenciado diferença estatisticamente significante ($p=0,646$). Quanto a FMQ também não foi encontrada diferença entre os grupos nem no membro dominante ($p=0,056$) e nem no não dominante ($p=0,113$) com valores médios respectivos de $6,6 \pm 5,1$ kgf ICFEr e $10,4 \pm 8,7$ kgf ICFE não preservado no membro dominante e $6,1 \pm 5,2$ kgf ICFEr e $9,1 \pm 7,9$ kgf ICFE não preservado no membro não dominante. **Conclusão:** O desempenho do TD6 não apresentou relação com a classificação da insuficiência cardíaca. O grupo ICFEp parece apresentar melhor desempenho no TD6, entretanto com menor FMQ.

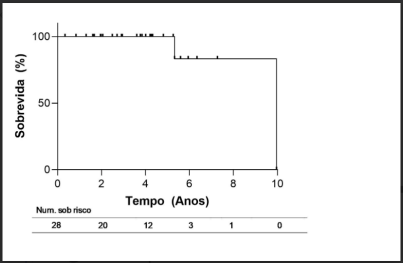
3598

Sobrevida a longo prazo em pacientes suportados por ECMO venoarterial no manejo do choque cardiogênico em hospital público do sul do Brasil

FERNANDO LUIS SCOLARI, FERNANDA BANDEIRA RODRIGUES, RAFFAELA NAZARIO, LEONARDO HENNIG BRIDI, DIEGO SILVA LEITE NUNES, TULIO FREDERICO TONETTO, VINICIUS DAUDT MORAES, ALVARO ALBRECHT, MARCELO CURCIO GIB, LUIS HENRIQUE DUSSIN, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL e LIVIA ADAMS GOLDRACH.

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

Fundamento: O uso da membrana de oxigenação extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) como suporte cardiorrespiratório tem se tornado cada vez mais frequente em pacientes em choque cardiogênico de diversas etiologias. No entanto, dados acerca da sobrevida a longo prazo ainda são escassos no Brasil. **Objetivo:** Analisar 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 analisar a sobrevida a longo prazo. **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva consecutiva dos pacientes em choque cardiogênico tratados com ECMO-VA entre janeiro/2013 e janeiro/2024 em hospital público e universitário. As complicações e desfechos clínicos foram coletados e expressos em contagem total e frequências. Foi elaborada curva de Kaplan-Meier para expressão de sobrevida. **Resultados:** 50 pacientes consecutivos submetidos a ECMO-VA no período avaliado foram incluídos, totalizando 54 suportes. Os pacientes apresentaram mediana de 54 (41-62) anos, sendo 32 (64%) do sexo masculino. As causas do choque cardiogênico foram pós-infarto agudo do miocárdio em 16 (32%), pós-transplante cardíaco em 15 (30%), insuficiência cardíaca crônica agudizada em 6 (12%), pós-cardiotomia em 5 (10%), tromboembolismo pulmonar maciço em 2 (4%), miocardite em 2 (4%), pós-parada cardiorrespiratória em 1 (2%) e outros em 3 (6%). Em 38 (76%) pacientes, a indicação de suporte foi ponte para recuperação. As principais complicações observadas foram: infecção durante ou relacionados suporte 18 (36%), insuficiência renal com necessidade de diálise 17 (34%), isquemia de membro inferior com necessidade de intervenção cirúrgica em 15 pacientes (30%), sendo 3 com fasciotomia e 1 com amputação infra-condiliana, sangramento 12 (24%), neurológicas 5 (10%) e relacionadas ao circuito 2 (0,04%). Quanto aos desfechos observados, houveram 43 decanulações (80%) e alta hospitalar em 28 pacientes (52%) na internação index. A mediana do tempo de seguimento foi de 0,84 (0-3,8) anos. Dentre os 28 sobreviventes a mediana de seguimento foi de 3,8 (1,9-5,1) anos, sendo 11 (47%) transplantados, fração de ejeção na última avaliação de $60 \pm 20\%$. Apenas dois (9%) faleceram após a alta com 5,3 e 9,9 anos de seguimento, respectivamente, ambos transplantados. Em 23 (89%) e 7 (25%) dos casos atingiram 1 e 5 anos de seguimento, respectivamente, com 100% de sobrevida nos dois períodos. A figura 1 demonstra a sobrevida pós-alta hospitalar. **Conclusão:** A despeito das dificuldade de implementação e manutenção de equipes treinadas em ECMO-VA no Brasil, a sobrevida pós alta de pacientes que fizeram uso da tecnologia por choque cardiogênico refratário demonstra bons resultados. Contudo, faz-se necessário a redução na taxa de complicações durante o suporte em ECMO, podendo impactar em melhores desfechos.



3599

Rara associação entre estenose mitral reumática e cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva: relato de caso

JONAS LOPES SILVA, JAQUELINE ANDRADE FONSECA, DAVI MENDES LUNA, MARIA LUIZA VASCONCELOS MONTENEGRO, LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, ANA PAULA ALMEIDA VIEIRA, RENAN CAMILO BRAGA, JESSICA MARIA SERRA ANDRADE, SERGIO TAVARES MONTENEGRO, EUGENIO SOARES ALBUQUERQUE, CARLOS ANTONIO MOTA SILVEIRA e GABRIELA VIANNA ANDRADE LIMA.

PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - UPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A estenose mitral caracteriza-se pela restrição do movimento dos folhetos mitrais, decorrente do espessamento e da imobilidade dos folhetos valvares causando resistência ao fluxo sanguíneo transmitral. Assim, é rara sua associação com a cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMHO), já que esta é marcada pela oclusão da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE), possivelmente pela movimentação dos folhetos mitrais durante a sístole. **Objetivo:** Objetivou-se relatar um caso de cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMHO) associada à estenose mitral (EM) de provável etiologia reumática. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, hipertensa, história familiar de morte súbita, admitida em hospital cardiológico de referência com relato de mal estar súbito, palpitação e diaforese, evoluindo com dor torácica retroesternal, com irradiação para o membro superior esquerdo há duas horas da admissão. Ao exame físico: ritmo cardíaco irregular, sopro sistólico em foco aórtico (3+/6+) e sopro sistólico em foco mitral (4+/6+) com irradiação para região axilar esquerda. Constatou-se nível de troponina elevado associado à fibrilação atrial de alta resposta em eletrocardiograma, levando à hipótese de infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMSST). A paciente foi submetida ao cateterismo cardíaco eletivo que mostrou artérias coronárias isentas de ateromatose significativa, descartando a hipótese de IAMSST. O ecocardiograma transesofágico (ETE) evidenciou: DLM com estenose moderada e insuficiência discreta, além de dupla lesão aórtica (DLA) com estenose discreta e insuficiência moderada, lesões de provável etiologia reumática; cardiomiopatia hipertrófica septal assimétrica com gradiente médio-ventricular estendendo-se até VSVE medindo 29mmHg; ventrículo esquerdo (VE) de dimensões reduzidas, função sistólica preservada, avaliação prejudicada da função diastólica devido à valvopatia e átrio esquerdo aumentado de grau importante; dilatação do seio aórtico e da aorta ascendente. O Caso foi discutido com a equipe da enfermagem de valvopatias que optou pela não intervenção cirúrgica das lesões valvares. Foi implantado cardiodesfibrilador implantável (CDI) devido ao alto risco e história familiar de morte súbita. Paciente evoluiu sem intercorrências, sem novos episódios de dor torácica e de fibrilação atrial, recebeu alta com programação de acompanhamento ambulatorial. **Discussão e Conclusão:** A rara associação entre EM e CMHO reforçam a originalidade do caso. Palpitação e dor torácica são sintomas que podem surgir com a hipertrofia septal e obstrução potencial de VSVE, como no presente relato. O manejo cirúrgico em pacientes com CMHO sintomáticos que apresentam anormalidades valvulares concomitantes deve ser garantido.

3602

Paciente com miocardiopatia restritiva submetido ao transplante cardíaco. Um caso de endocardiomiofibrose

BERNARDO MAY GOMEL, ALI IBRAHIM YASSINE, LARA DO NORTE GARCIA, MICHELE AMORIM HERINGER, JOSE LEUDO XAVIER JUNIOR, GABRIELA CAMPOS CARDOSO DE LIMA, SANDRIGO MANGINI e FERNANDO BACAL.

Curso de Pós-Graduação em Insuficiência Cardíaca da SBC, INC, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A endocardiomiofibrose corresponde à principal causa de cardiomiopatia restritiva no mundo, sendo endêmico nas regiões equatoriais da África, Brasil, Venezuela e Índia. A fisiopatologia da doença é incerta e a mortalidade pode atingir até 50% dos casos em 2 anos nos pacientes portadores desta patologia, sendo o transplante cardíaco uma possibilidade terapêutica nos casos de insuficiência cardíaca avançada. **Relato de caso:** Homem de 57 anos foi encaminhado ao ambulatório de insuficiência cardíaca (IC) avançada. Foi diagnosticado com IC há dois anos e neste período teve múltiplas internações por congestão e repetidas paracenteses de alívio. O Ecocardiograma demonstrava dilatação biatrial, preenchimento das porções apicais dos ventrículos por tecido homogêneo (sugestivo de fibrose) e disfunção diastólica grau III. Foi internado por congestão refratária a altas doses de diurético. Evoluiu com piora importante da disfunção renal e da micro hemodinâmica, sendo iniciado milrinone 0,5mcg/kg/min. Foi listado e submetido a transplante cardíaco em fevereiro de 2024. O estudo anatomopatológico do coração demonstrou extensa área de fibrose endomiocárdica com extensão ao miocárdio compacto, sobretudo no ventrículo esquerdo. A pesquisa de substância amiloide foi negativa. **Discussão e Conclusão:** A endocardiomiofibrose é definida pela presença de fibrose endocárdica ventricular, com maior acometimento em ventrículo esquerdo (em 40% dos casos), que se estende desde o ápice, podendo acometer até o folheto posterior da válvula mitral (VM), poupando via de saída do VE e folheto anterior da VM. Estima-se que seja a principal causa de cardiopatia restritiva no mundo, sendo endêmica na zona equatorial do Brasil e África, como também em outros países do hemisfério sul. A etiologia é incerta, sendo aventada hipótese infecciosa, imunológica, genética e exposição ambiental como possíveis mecanismos fisiopatológicos da doença. Inicialmente se manifesta como cardite, sendo a terapia imunossupressora de primeira escolha, porém os pacientes se apresentam após período possível de miocardite. Devido a alta mortalidade nos pacientes com insuficiência cardíaca portadoras desta patologia, atingindo até 50 por cento dos casos em dois anos e a limitação terapêutica nos casos dos pacientes portadores de IC avançada, o transplante cardíaco surge como uma possibilidade terapêutica para estes pacientes.

3607

Mortalidade do infarto agudo do miocárdio em pacientes com COVID-19: revisão sistemática da literatura e metanálise

JOÃO GABRIEL SANTANA TRINDADE e DIOGO COSTA GARÇÃO.

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, BRASIL - Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, BRASIL.

Fundamento: Diversos estudos relatam os comprometimentos cardíacos ocasionados pelo SARS-CoV-2, incluindo eventos trombóticos, lesão miocárdica e isquemia, que resultaram em mortes por todo o mundo. O Infarto Agudo do Miocárdio é uma das complicações mais letais da Covid-19, estando relacionado à ruptura de placas ateroscleróticas precipitada por danos nas células endoteliais e um estado inflamatório exacerbado. **Objetivo:** Avaliar a mortalidade do infarto agudo do miocárdio em pacientes com Covid-19. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura e metanálise realizada através das bases MEDLINE-PubMed, Embase, LILACS, SciELO e Scopus, em abril de 2024. A busca dos estudos foi realizada na língua inglesa, com os seguintes descritores: "Acute myocardial infarction" AND "COVID-19 sequelae" OR "Acute myocardial infarction" AND "COVID-19" AND "Prevalence". Dois revisores conduziram a elegibilidade, a triagem e a extração de dados. Foi utilizado o software Rayyan no processo de inclusão e exclusão dos artigos, além do software R para realização da análise estatística. **Resultados:** 1226 estudos foram identificados no total. Destes, 1215 artigos foram excluídos após a leitura de título e resumo. Após a leitura completa dos textos, 11 estudos retrospectivos foram incluídos na revisão. No total, 110.906 pacientes com IAM participaram dos estudos. Foram avaliadas a mortalidade dos pacientes no período entre a admissão até 30 dias após alta hospitalar, como também a ocorrência de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) entre os grupos com e sem infecção por Covid-19. Na metanálise, observou-se o que o grupo de pacientes com um diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e infecção concomitante por Covid-19 esteve significativamente associado ao aumento da mortalidade em relação ao grupo controle (OR=4,52 [2,47 a 8,26]; p<0,01; i2=93%). Foram realizadas análise de subgrupo por continente e meta-regressão por idade. Contudo, nenhuma dessas variáveis reduziu à alta heterogeneidade, demonstrando que não influenciaram significativamente no resultado da metanálise. Além disso, não foi observada diferença significativa na ocorrência de IAMCSST entre os grupos analisados (OR=0,95 [0,70 a 1,28]; p=0,73; i2=23%). **Conclusão:** Pacientes com infarto agudo do miocárdio e Covid-19 apresentaram um risco maior de mortalidade em comparação a indivíduos com infarto agudo do miocárdio sem a infecção por SARS-CoV-2.

3613

Disautonomia está associada à disfunção ventricular no pós infarto do miocárdio: estudo piloto

LUDMILA CRISTINA CAMILO FURTADO, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ISABELLE CONCEIÇÃO DE ALBUQUERQUE MACHADO MOREIRA, DÁRIO CELESTINO SOBRAL FILHO e RAFAEL ALESSANDRO FERREIRA GOMES.

Força Aérea Brasileira, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

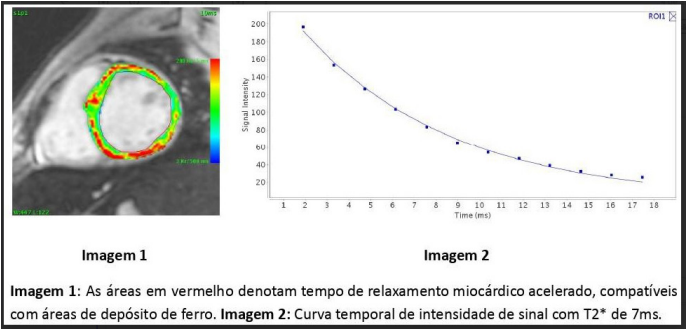
Fundamento: As doenças cardiovasculares apresentam elevada mortalidade, correspondendo a cerca de 30% dos óbitos globais. Uma de suas consequências é a disfunção ventricular, presente em 20% dos pacientes após infarto do miocárdio (IM). A persistência dessa disfunção ventricular piora o prognóstico, principalmente pela maior incidência de arritmias graves. Descreve-se na literatura uma possível associação entre o comprometimento autonômico do miocárdio e a disfunção ventricular esquerda. No entanto, até o momento, não se incorporou a avaliação rotineira da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) e da turbulência da frequência cardíaca (TFC) na prática clínica devido à incerteza na validade externa dos dados obtidos por metodologias e definições distintas. **Objetivo:** Avaliar a associação da disfunção ventricular esquerda após IM com a função autonômica cardíaca a partir da VFC e da TFC. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal com grupo de comparação que avaliou 32 sobreviventes de IM. A VFC e a TFC foram obtidas por meio do Holter de 24 horas realizado entre 4 e 8 semanas após evento isquêmico. A função ventricular esquerda (FEVE) foi medida pelo método Simpson no ecocardiograma bidimensional. A disfunção ventricular esquerda foi definida como FEVE <50%. **Resultados:** Os pacientes tinham média de 56 anos de idade, 70% eram do sexo masculino e todos estavam em uso de betabloqueador. Com relação aos parâmetros de modulação autonômica, constatou-se que quase 6% apresentaram alteração em SDNN, SDNNIDX e LF, 12% em rMSSD, 18% em pNN50% e 25% em pelo menos um parâmetro de TFC. Nenhum paciente apresentou SDNN inferior a 50ms, porém, foi encontrada maior ocorrência de alterações em parâmetros que avaliam a VFC (SDNN, SDNNIDX, rMSSD, PNN50% e LF) no grupo com disfunção ventricular esquerda. Não houve diferenças significativas nos parâmetros da TFC quanto ao grupo com disfunção ventricular esquerda. A FEVE esteve relacionada com SDNN<70ms (p=0,01), SDNNIDX<20ms (p=0,01), rMSSD<15ms (p=0,01) e pNN50%<0,75% (p=0,01). Houve correlação positiva entre os dados da FEVE e TS (p=0,002, r=0,546). **Conclusão:** O estudo identificou que mais de 20% dos pacientes pós-IM apresentaram diminuição da VFC e/ou TFC, sendo mais prevalente naqueles com disfunção ventricular esquerda. Faz-se necessário mais estudos para definir a associação entre a função sistólica do ventrículo esquerdo e os parâmetros autonômicos cardíacos.

3615

Insuficiência cardíaca secundária a sobrecarga de ferro em paciente com betatalassemia

ÉRIKA PIEROTTE, HENRIQUE ALEXSANDER NEVES, LUCAS TERUI, PEDRO HENRIQUE REGINATO, ANA CAROLINA GAMA, BRUNO CÉSAR QUEIROZ, GUSTAVO ALEX SANTOS, CAROLINA MONTENEGRO, BRUNO CARDOSO, TIAGO AUGUSTO MAGALHÃES e MIGUEL FERNANDES-SILVA.
Curso de Pós-Graduação em Insuficiência Cardíaca da SBC, INC, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, BRASIL.

Fundamento: A sobrecarga de ferro pode resultar em danos cardíacos significativos, contribuindo para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca (IC). A betatalassemia, com prevalência estimada em 0,8% na população brasileira, pode levar ao acúmulo de ferro devido a absorção aumentada de ferro e necessidade de transfusões repetidas. Nós relatamos um caso de IC por cardiomiopatia decorrente de sobrecarga de ferro em paciente com betatalassemia. **Relato de caso:** Paciente feminina, 26 anos, portadora de betatalassemia maior com hemossiderose, associada a hipopituitarismo, hipoparatiroidismo, diabetes mellitus e histórico de transfusões de repetição, em uso de 4g de deferiprona (quelante de ferro) ao dia. Admitida em ambiente hospitalar com queixa de precordialgia ventilatório-dependente com piora ao decúbito associada a dispneia. Ausculta cardíaca sugestiva de atrito pericárdico, com ritmo cardíaco regular e extrasístoles frequentes. Dentre os exames laboratoriais, destacou-se ferritina de 33511ng/mL (Valor de referência: 30 a 300ng/mL). A tomografia computadorizada de tórax mostrou derrame pleural bilateral. No segundo dia de internamento, iniciou com quadro de palpitações, sendo observada taquicardia atrial multifocal em eletrocardiograma. Ecocardiograma transtorácico demonstrou hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo (VE), com fração de ejeção de 46% (Simpson) e derrame pericárdico discreto sem sinais de repercussão hemodinâmica. Holter 24h mostrou períodos de taquicardia atrial intercalada com ritmo sinusal compatível com diagnóstico de taquicardia atrial incessante. Realizada ressonância magnética (RNM) cardíaca que mostrou fração de ejeção do VE 29% associada a dilatação ventricular esquerda global importante, derrame pericárdico laminar e alterações compatíveis com sobrecarga de ferro (T2 estimado de 6,9±0,2ms, equivalente a concentração de ferro miocárdico de 4,23mg/g; Valor de referência: <20ms e >1,2mg/g, respectivamente; Figura). Iniciou-se colchicina 0,5mg. A paciente apresentou melhora clínica dos sintomas após tratamento otimizado da IC. **Discussão e Conclusão:** Nós apresentamos um caso de IC em paciente jovem causada por cardiomiopatia por sobrecarga de ferro como complicação de betatalassemia maior. Nota-se a importância do monitoramento do depósito de ferro no tecido cardíaco nestes com RNM cardíaca, especialmente na presença de sinais e sintomas de IC e/ou arritmias.



3616

Valores da força muscular respiratória associados à classificação da insuficiência cardíaca de pacientes acompanhados em uma clínica especializada

GIULIA BARBOSA AAVÓLIO, CHRISTIANE ALVES, FELIPE MODESTO, LUANA MARCHESE, SHEILA ABDALA, ANTÔNIO LAGOEIRO, EVANDRO TINOCO MESQUITA, MÔNICA QUINTÃO e SÉRGIO CHERMONT.
INCA, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL - UFF, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) tem sido considerada um grave problema de saúde pública com elevado desfecho de morbimortalidade e alto índice de disfunções cardiopulmonares. Pouco se sabe sobre o perfil da Força Muscular Respiratória (FMR) e sua relação com a classificação da IC. **Objetivo:** Descrever as características da FMR e suas diferenças pela classificação da IC em pacientes acompanhados em uma clínica especializada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo que incluiu 44 pacientes, de ambos os sexos, acompanhados em uma clínica de IC de uma Universidade (RJ, Brasil). Os pacientes desta clínica seguem um protocolo de avaliação, incluindo testes funcionais específicos, dentre eles, a medida da Força da Muscular Inspiratória e Expiratória (FMI e FME), com a mensuração das Pressões Inspiratória Máxima e Expiratória Máxima (PiMáx e PeMáx). A amostra foi separada segundo o diagnóstico da IC com fração de ejeção preservada ou reduzida (grupo ICPEP e grupo ICFER) e comparada entre eles. A análise estatística foi feita a partir do Teste t-Student, considerando $p < 0,05$ como significante. **Resultados:** A partir de uma análise retrospectiva, foram avaliados 44 indivíduos, 22 homens, idade 66±9 anos. 16 pacientes com ICPEP e 28 com ICFER (36%, 64%). A FMI encontrava-se 25% menor no sexo feminino (67,2±34,9cmH₂O) quando comparada ao sexo masculino (90,3±41,4cmH₂O). Tanto mulheres como homens com ICPEP apresentaram respectivamente uma PiMáx: 54,4±29,9cmH₂O e 67±20,1cmH₂O (70% e 59% do predito). De outro modo, em relação aos pacientes com ICFER a FMI em mulheres apresentou uma PiMáx de 76±35,4 cmH₂O (95% do predito) e em homens com ICFER PiMáx: 101,1±44,2cmH₂O (99,9% do predito). Ocorreu uma diferença significante entre os valores percentuais do valor predito nos grupos ICFER e ICPEP respectivamente, tanto entre homens (99,9±11 vs 70±7%) como em mulheres (95±11 vs 59±9%) com o valor de $p < 0,05$ para todos. **Conclusão:** Estes resultados preliminares apresentaram menores valores da PiMáx em ambos os sexos nos pacientes com ICPEP, quando comparados aos de ICFER, com um percentual do valor predito ≤ 70 , caracterizando estes pacientes com déficit na FMI. Tais dados sugerem que os pacientes com ICPEP apresentaram tendência à fraqueza da musculatura inspiratória. Portanto, associar a classificação da IC à avaliação da FMI e FME, poderá acrescentar um importante dado clínico no diagnóstico e na prescrição da conduta de pacientes com ICPEP.

3617

Resultados preliminares da validação clínica do Heart Failure Daily Weight Tracker em uma amostra de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

VITÓRIA EUGÊNIA DA COSTA LAGRANHA, JANAINA DOS SANTOS PRATES, ANDRE ABRUZZI RODRIGUES, VITOR ALVES GUEDES e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: Baseados na importância do peso e na monitorização de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca agudamente descompensada (ICAD), profissionais do Instituto de Cardiologia da Universidade de Ottawa no Canadá desenvolveram o Heart Failure Daily Weight Tracker (HFDWT). Para uso no Brasil é necessário a validação em uma amostra de pacientes com insuficiência cardíaca. **Objetivo:** Validar clinicamente o HFDWT em uma amostra de pacientes com ICAD. **Métodos:** Estudo conduzido com pacientes adultos admitidos por ICAD. Após tradução, adaptação e teste em estudo piloto do HFDWT passou-se a etapa de validação clínica. O HFDWT é composto por orientações sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas de ICAD, divididas em zonas de gerenciamento com analogia às cores de um semáforo: verde - indica ausência ou sintomas leves; amarelo - início da descompensação; e vermelho - descompensação aguda com mais sinais e sintomas. Os pacientes com ICAD foram acompanhados e ensinados diariamente para a autogestão do cuidado. Além das orientações, o paciente preenchia diariamente o peso e sinalizava a zona que se encontrava no dia, baseados nos seus sinais e sintomas. Os pacientes foram avaliados clinicamente na internação, alta e 30 dias após a alta. Para avaliar a associação entre as cores do instrumento e os sinais e sintomas foi utilizado o teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram incluídos 51 pacientes, média de idade 59 ± 13 anos; fração de ejeção média $28 \pm 13\%$; perfil hemodinâmico na admissão mais prevalente - perfil B, n=45 (88%). A mediana do tempo de internação foi 14(8-22) dias; O peso médio entre as zonas marcadas pelo pesquisador na internação foi de 77,5kg na zona verde, 82,5kg na zona amarela e 97kg na zona vermelha. Na alta foi 79,5kg na zona verde, 83,5kg na zona amarela e nenhum paciente foi classificado vermelho. No ambulatório, 78,6kg na zona verde, 80,5kg na zona amarela e 88,4kg na zona vermelha. A diferença de peso em relação às cores entre a avaliação de alta para 30 dias após a alta foi estatisticamente significativa ($p=0,03$). A diferença de peso da zona amarela para a vermelha foi de um ganho de $6,9 \pm 2,7$ kg ($p=0,03$). A diferença de peso da zona verde para a vermelha foi de um ganho de $6,9 \pm 2,7$ kg ($p=0,03$). Não houve significância estatística entre diferença de peso em relação às cores entre internação e alta. **Conclusão:** Os resultados preliminares indicam que esta ferramenta mostra-se adequada para o monitoramento de peso e sintomas de ICAD, assim como mostrou a variância entre as médias de peso e as zonas de gerenciamento.



3619

Aplicação das equações de predição da força de prensão palmar como ferramenta preditiva na insuficiência cardíaca agudamente descompensada

SUENA MEDEIROS PARAHIABA, ÉDINA CAROLINE TERNUS RIBEIRO, INGRID DA SILVEIRA KNOBLOCH, DÉBORA DAPPER, FERNANDA DONNER ALVES, ANDREIA BIOLO, INGRID SCHWEIGERT PERRY, NADINE OLIVEIRA CLAUSELL, GABRIELA CORREA SOUZA e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

UFCSPA, Porto Alegre, RS, BRASIL - UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A força de prensão palmar (FPP) é um indicador prognóstico simples de ser medido e relevante na insuficiência cardíaca agudamente descompensada (ICAD), associando-se a mortalidade e reinternações. Entretanto, a interpretação clínica é limitada pela falta de valores de referência para esta população. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade das equações de predição da FPP como parâmetro para avaliação da FPP e sua capacidade prognóstica na ICAD. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte com pacientes com ICAD, diagnosticados com insuficiência cardíaca (IC) há pelo menos 3 meses. A FPP máxima foi coletada em três medições utilizando o dinamômetro Jamar, com o paciente sentado e braço flexionado a 90 graus. Dados clínicos foram coletados do prontuário eletrônico, a avaliação da FPP e a antropometria foi realizada em até 36 horas da internação. Uma equação derivada e validada para a predição da FPP em pacientes com IC estável foi utilizada para inferir a FPP esperada (FFPP) em um cenário de compensação, simulando o histórico do paciente: se adulto, $FPPp = -32,855 + 14,945 \cdot \text{sexo (homem = 1; mulher = 0)} - 0,274 \cdot \text{idade (anos)} + 40,159 \cdot \text{altura (m)}$; se idosos, $FPPp = 1,541 + 0,264 \cdot \text{sexo (homem = 1; mulher = 0)} - 0,482 \cdot \text{idade (anos)} + 20,490 \cdot \text{altura (m)} - 6,087 \cdot \text{fibrilação atrial (sim = 1; não = 0)} + 0,481 \cdot \text{circunferência da panturrilha (cm)}$. A FFPP foi comparada com a FPP máxima observada na internação por ICAD, e a variação (%) entre elas foi calculada e avaliada como fator prognóstico para mortalidade em três meses a partir da regressão de Cox. **Resultados:** A amostra incluiu 196 pacientes hospitalizados por ICAD, predominantemente homens, idosos e declarados brancos com mediana de idade de 58 anos (52 a 67). A mediana da fração de ejeção foi de 28% (IQ 23 a 40) e do tempo de hospitalização foi de 8 dias (IQ 4 a 14). A mediana da variação da FPP foi uma redução de 7,5% (IQ 4 a 14) para pacientes que permaneceram vivos e uma redução de -6% (-28 a 12), e -31% (-41 a -14) para aqueles que evoluíram à óbito em três meses ($P = 0,020$). A variação da FPP frente à FPP esperada foi acurada para prever a mortalidade em três meses pós-alta hospitalar (AUC: 0,692, IC 95% 0,538 a 0,846; $P = 0,021$). A redução da FPP $\geq 30\%$ foi associada a um risco 4,6 vezes maior (IC 95%: 1,5 a 13,7, $p = 0,006$) de mortalidade em três meses, em comparação com reduções menores que 30%. **Conclusão:** O uso das equações de predição da FPP identifica a redução da FPP na chegada da internação por ICAD, que está relacionada com aumento da mortalidade. O uso das fórmulas de predição da FPP pode melhorar a avaliação da capacidade funcional em pacientes com ICAD, abrindo a possibilidade de intervenções individualizadas mais precoces e melhorando os desfechos.

3620

Autocuidado na insuficiência cardíaca: impacto na mortalidade global e cardíaca: subanálise do ensaio clínico MESSAGE-HF

DANIELA DE SOUZA BERNARDES, LUIS EDUARDO ROHDE, OMAR PEREIRA DE ALMEIDA NETO, VÂNIA NAOMI HIRAKATA, LETICIA LÓPEZ PEDRAZA, MARINA SCHERER SANTOS, JANAINA DOS SANTOS PRATES, FELIX RAMIRES, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, ALEXANDRE B. CAVALCANTI e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja, Madrid, SPAIN - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: No Brasil, a descompensação da insuficiência cardíaca (IC) é frequentemente atribuída à prática inadequada do autocuidado, conhecimento insuficiente dos pacientes sobre sinais de piora e uso irregular de medicamentos. Estratégias tradicionais de acompanhamento, embora benéficas, enfrentam desafios de reprodutibilidade. Abordagens de transição de cuidados mais pragmáticas são necessárias principalmente para que seus resultados tenham viabilidade a longo prazo. **Objetivo:** Apresentar os resultados da subanálise do ensaio clínico MESSAGE-HF na perspectiva do comportamento do autocuidado relacionado com desfechos globais e cardíacos de mortalidade. **Materiais e Métodos:** Subanálise do ensaio clínico randomizado MESSAGE-HF. Os participantes foram designados aleatoriamente para uma estratégia multifacetada de telemonitoramento com envio de mensagens de texto, associado a algoritmos de inteligência artificial e ferramentas de ensino de autocuidado (grupo experimental), ou acompanhamento padrão nas instituições em estudo. Pacientes elegíveis foram recrutados em 30 clínicas de IC distribuídas nas cinco regiões no Brasil até 30 dias após internação índice por descompensação da IC. O autocuidado foi avaliado pela Versão Brasileira da European Heart Failure Self-care Behavior Scale, composta por 12 itens, com pontuação máxima de 60 pontos (menores escores indicam melhor autocuidado). Utilizou-se Kaplan-Meier para avaliar sobrevivência ao longo do tempo com base em mudanças nos escores de autocuidado associado a mortalidade por todas as causas e tempo até a morte por causa cardiovascular. **Resultados:** Foram randomizados 699 pacientes. As características sociodemográficas e clínicas foram avaliadas globalmente na amostra. No período de 30 dias do início do seguimento, 247 apresentaram níveis elevados de autocuidado (≤ 20). A média de idade deste grupo foi de 62 ± 14 anos, predominantemente masculinos (66,8%). Associação entre mudanças no autocuidado e mortalidade por todas as causas e tempo até morte por causa cardiovascular indicaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$ e $p=0,023$), sugerindo maior sobrevida em pacientes com redução mínima de 4 pontos no autocuidado. **Conclusão:** Resultados da subanálise destacam a importância do autocuidado na IC, indicando que melhoria significativa está associada a redução de desfechos clínicos importantes, como mortalidade global e cardiovascular.

3622

O tipo de insuficiência cardíaca impacta na funcionalidade e qualidade de vida de pacientes clinicamente estáveis?

CAROLINA INÊS NASCIMENTO BRAGA, CAROLINA AZEVEDO DA GRAÇA LIRA, CELIANE NOGUEIRA MORAIS DE SOUSA, GABRIELA FLORIANO DA SILVA TAVARES, JULIA MARIA SALES BEDÊ, MARIA LUIZA CARDOSO DE OLIVEIRA, PEDRO LUCAS DE LIMA FREITAS, THAÍS ELIAS MOURA, WANESSA SOUSA MENEZES e DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE.

Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, BRASIL - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, CE, BRASIL - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL.

Fundamento: Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) apresentam redução da capacidade funcional e da qualidade de vida. O questionamento atual é se o tipo de IC classificado pela fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em preservado, intermediário ou reduzido, leva a diferentes desfechos na funcionalidade. **Objetivo:** Verificar se existe relação entre o tipo de IC com a capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes clinicamente 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 novembro de 2023. 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 de avaliação inicial contendo informações gerais, classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) e o valor da FEVE foi coletado do último ecocardiograma do paciente. Logo após foi aplicado o questionário Duke Activity Status Index (DASI), realizado o Teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e avaliado a qualidade de vida pelo Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF). Análise estatística realizada pelo Software SPSS versão 23, sendo considerado como estatisticamente significante quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 197 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino ($n=103$, 52,3%), com média de idade, peso e altura de respectivamente $59,4 \pm 14,4$ anos, 72 ± 15 kg e $1,58 \pm 0,14$ m. Desses 89 (45,2%) possuíam FEVE $\geq 50\%$ (FEVE preservado), 43 (21,8%) com FEVE entre 41 e 49% (FEVE intermediário) e 65 (33%) com FEVE $\leq 40\%$ (FEVE reduzido). Foi observado diferença na idade entre o grupo FEVE intermediário com o reduzido ($p=0,018$) e entre o FEVE preservado com o reduzido ($p=0,005$). Não foi evidenciado diferença quanto ao sexo, peso e altura ($p > 0,05$). Quanto a NYHA também não foi evidenciada diferença entre os grupos ($p=0,252$), sendo que a maioria, no grupo FEVE preservado foi NYHA I ($n=31$), no grupo intermediário NYHA I e II foram iguais ($n=16$ em cada classe) e FEVE reduzida foi a NYHA II ($n=28$). Também não foi evidenciado diferença na distância percorrida no TC6 (372 ± 120 metros na FEVE preservado, 349 ± 119 metros na FEVE intermediária 41-50% e 361 ± 103 metros na FEVE reduzida), nem no DASI (preservado 25 ± 15 pontos, intermediário 25 ± 13 pontos e reduzido 31 ± 15 pontos) e nem na MLWHF (31 ± 25 pontos no preservado, 39 ± 26 pontos intermediário e 32 ± 23 pontos no reduzido). **Conclusão:** A capacidade funcional e a qualidade de vida não parecem ser influenciadas pelo tipo de IC. Pessoas mais jovens apresentavam valores de FEVE mais reduzidos.

3623

Insuficiência cardíaca no Brasil: tendências epidemiológicas de internação e possível influência da Covid-19 (2012-2022)

CATHARINA MAYNARD DE ARRUDA FALCÃO SANTOS, YAGO SANTIAGO NASCIMENTO e SILVIA MARINHO MARTINS.

Faculdade de Ciências Médicas, UPE, Recife, PE, BRASIL - PROCAPE, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, considerada a via final das cardiopatias, que configura-se como uma patologia de altos custos, mortalidade e morbidade. Globalmente, a alta taxa de mortalidade está associada à internação: pacientes internados por IC possuem uma taxa de mortalidade entre 10 e 15%, podendo sofrer impacto de fatores diversos. **Objetivo:** Avaliar a frequência de internação e os desfechos de taxa de mortalidade em pacientes internados para tratamento hospitalar de insuficiência cardíaca dentre os anos de 2013-2023, destacando a possível influência da pandemia de Covid-19 nestes resultados. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo coorte transversal retrospectivo utilizando informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), contidas no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletados dados referentes ao número total de internações para o tratamento de insuficiência cardíaca, bem como ao número total de óbitos e taxa de mortalidade advindas dessa condição, entre os anos de 2012 a 2022, anos anteriores à pandemia (2012-2019) e os anos de pandemia de COVID-19 (2020-2022). Foi realizada análise de correlação entre as variáveis por meio do coeficiente de correlação de Pearson, cuja significância foi verificada por meio do teste t de Student. Tal análise foi realizada pelo sistema de software livre PSPP. O nível de significância estabelecido foi de 5%. **Resultados:** De 2012 a 2022, ocorreram um total de 2.326.559 internações para tratamento de Insuficiência Cardíaca e 252.476 mortes decorrentes dessa patologia em âmbito hospitalar. A taxa média de mortalidade foi de 10,85% (252.476/2.326.559). Nesse período, houve tendência de decréscimo do número de internações por ano ($r = -0,867$; $p = 0,001$), uma tendência estacionária no número de óbitos ($r = 0,093$; $p = 0,787$), mas tendência de aumento da taxa de mortalidade anual ($r = 0,951$; $p < 0,001$). Comparando os períodos 2012-2019 e 2020-2022, totalizando 1.781.497 e 545.062 hospitalizações respectivamente, verificamos que a taxa média de mortalidade foi de 10,32% (183.880/1.781.497) e 12,58% (68.596/545.062), nesta ordem. As taxas de internações médias anuais, comparando esses períodos, foi de 222.687 internações/ano (1.781.497/8) no período pré pandêmico (2012-2019) e de 181.687 internações/ano (545.062/3) no período de pandemia (2020-2022). **Conclusão:** Durante o período pandêmico, houve aumento da taxa de mortalidade quando comparada ao intervalo 2012-2019. É possível que nesse período, fatores como a redução da assistência ambulatorial e a perda de segmento assistencial possam ter colaborado para o dado. Ademais, a queda do número de internações pode ser possivelmente relacionada com a redução da busca, por parte dos pacientes, por atendimento médico.

3624

ALCAPA e ligadura de artéria coronária esquerda em lactente: 14 anos de evolução

SORAYA ABUNADER KALIL, ELISA KALIL, LIGIA BEATRIZ MAMBRINI SÓ E SILVA, STELAMARIS LUCHESE, ISABEL ELISA MENDES e CAROLINA SANDER REISER.

Hospital da Criança Conceição, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: A Síndrome de ALCAPA (anomalous left coronary artery from the pulmonary artery) ou Síndrome de Bland-White-Garland, é uma cardiopatia rara, com a artéria coronária esquerda (ACE) originando-se da artéria pulmonar. Sua incidência é de 1/300.000 nascidos vivos, representando 0,24% a 0,46 % das cardiopatias congênitas. Quando não tratada, tem taxa de mortalidade de até 90% no primeiro ano de vida. Na gestação, a elevada resistência arteriolar pulmonar é responsável por manter a pressão de perfusão do ventrículo esquerdo (VE) através da ACE. Após o nascimento, com a redução da resistência vascular pulmonar, a circulação coronária se torna deficiente pela baixa concentração de oxigênio e pela diminuição da pressão de perfusão na artéria coronária anômala. Isto resulta na reversão do fluxo na ACE e isquemia do VE, podendo evoluir para infarto miocárdico, disfunção ventricular esquerda, insuficiência mitral secundária, arritmia ventricular, baixo débito cardíaco e choque. **Relato de caso:** T.F.A, feminina, 4 anos, assintomática. História de ICC por miocardiopatia dilatada aos 3 meses de idade. Foi realizado cineangiogramiografia com diagnóstico de ACE anômala com origem do tronco da artéria pulmonar. Aos 5 meses, realizou uma cirurgia de ligadura da ACE (descendente anterior e circunflexa). Ecocardiograma pré cirurgia 09/2010: VE dilatado, grave disfunção sistólica global, acinesia do segmento médio do SIV, parede anterior e discinesia apical, FE (fração de ejeção) 23%, regurgitação v.mitral leve. Ecocardiograma pós-cirurgia 10/2010: VE dilatado, FE:38,8%, regurgitação v.mitral leve; 06/2014: Leve dilatação VE, FE:75%, enchimento retrógrado na ACE, discinesia de septo apical; 07/2019: Diâmetro do VE normal, FE:63%, hipocinesia de septo apical; 05/2023: Diâmetro do VE normal, FE:68%, hipocinesia de septo apical, fluxo retrógrado na ACE com fluxo diastólico na artéria pulmonar, regurgitação valvar mitral leve. ECG 05/2014: RS, zona inativa em parede antero-septo-lateral. RX Tórax 06/2014: Cardiomegalia. Holter 2015,2017,2020: normal. Teste Ergométrico 11/2022: sem modificações significativas do segmento ST em relação ao repouso, sem arritmia. AngioTC de artérias coronárias 10/2023: Origem anômala da ACE do tronco pulmonar. Oclusão da artéria descendente anterior no seu terço proximal e da artéria circunflexa após a origem; ramos colaterais são responsáveis por circulação retrógrada para o ramo diagonal e tronco da ACE. **Discussão e Conclusão:** A síndrome de ALCAPA é responsável por uma das causas mais comuns de isquemia e infarto miocárdico na população pediátrica. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico permitem interromper o quadro isquêmico e preservar a função ventricular como descrito nesse caso.

3625

Comportamento de autocuidado e conhecimento estratificado por regiões do Brasil: subanálise do ensaio clínico MESSAGE-HF

DANIELA DE SOUZA BERNARDES, LUIS EDUARDO ROHDE, OMAR PEREIRA DE ALMEIDA NETO, VÂNIA NAOMI HIRAKATA, LETICIA LÓPEZ PEDRAZA, MARINA SCHERER SANTOS, JANAINA DOS SANTOS PRATES, FELIX RAMIRES, PEDRO GABRIEL MELO DE BARROS E SILVA, ALEXANDRE B. CAVALCANTI e ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja, Madrid, SPAIN - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital do Coração, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) como condição de saúde prevalente é responsável por elevadas taxas de morbimortalidade, hospitalizações e por consequência custos expressivos para o sistema de saúde. No Brasil, fatores como fragilidade no autocuidado e conhecimento insuficiente contribuem para a descompensação clínica da IC. Estudos prévios destacam diferenças sociodemográficas e clínicas nas diferentes regiões do país. **Objetivo:** Apresentar os resultados da subanálise do ensaio clínico MESSAGE-HF na perspectiva do comportamento de autocuidado e conhecimento em pacientes com IC em diferentes regiões geográficas do Brasil. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Subanálise do ensaio clínico randomizado MESSAGE-HF. Os participantes foram designados de maneira aleatória para uma estratégia multifacetada de telemonitoramento ou tratamento padrão. Os pacientes foram recrutados em 30 clínicas distribuídas em cinco regiões brasileiras. Pacientes do grupo experimental receberam mensagens de texto, associado a algoritmos de inteligência artificial e reforço para autocuidado, grupo controle receberam cuidado padrão nas suas clínicas. O autocuidado foi avaliado pela Versão Brasileira da European Heart Failure Self-care Behavior Scale, com pontuação máxima de 60 pontos; menores escores indicam melhor autocuidado. Para a avaliação do conhecimento foi utilizado o Questionário de Conhecimento da IC, validado no Brasil, em que se considera conhecimento adequado, 70% de acertos. **Resultados:** Foram randomizados 699 pacientes. As características demográficas e clínicas foram avaliadas com base nos escores de autocuidado e conhecimento. Após 30 dias de seguimento, independentemente do grupo de alocação, 247 pacientes apresentaram níveis mais elevados de autocuidado (≤ 20), a média de idade foi de 62 ± 14 anos. Em relação ao conhecimento, 416 pacientes alcançaram bons escores (70,01+), com média de idade semelhante. As análises de autocuidado em IC por região indicaram que a região sul demonstrou desempenho superior nos escores de autocuidado em comparação com as demais regiões ($p < 0,001$). A região sul também demonstrou melhores escores em relação ao conhecimento em comparação com as demais: 74,9% apresentaram acertos superiores a 70,01% do questionário ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os resultados destacam disparidades regionais no comportamento de autocuidado e conhecimento em pacientes com IC, ressaltando a necessidade de intervenções específicas para melhorar a gestão da doença em diferentes áreas do país.

3628

Da gestação ao dispositivo de assistência ventricular de longa permanência: relato de caso

CLÁUDIA SEVERGNINI EUGÊNIO, MELISSA SCHIWE, MELINA MARIA TROJAHN, FERNANDA LOUREGA CHIEZA, EMILY JUSTINIANO, BRENDA GONÇALVES DONAY, LAURA MARIANA MERCALI e SIMONI CHIARELLI POKORSKI.

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

Fundamento: A cardiomiopatia dilatada (CMD) é conhecida como uma doença que envolve um intenso processo de remodelação ventricular (1). Quando associada a gestação, período marcado por alterações fisiológicas que levam a deterioração da condição materna resultando em elevado risco de trabalho de parto prematuro, arritmias e aumento do risco de morte materno-fetal. **Relato de caso:** Gestante (G1A0) de 31 anos, branca, história familiar de CMD por alteração na titina, assintomática até início da gestação, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 35%, portadora de cardiodesfibrilador implantável para prevenção primária, diabetes gestacional e previamente obesa. Encaminhada ambulatorialmente com idade gestacional (IG) 29+3 para observação por hipocalemia ($K 3 \text{ mEq/mL}$) e vômitos, após quatro dias foi encaminhada a unidade de Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) por sinais de descompensação da insuficiência cardíaca (IC), com piora da FEVE (19%). Otimizado tratamento clínico e programado parto cesariana para IG 32 semanas. Após três dias na UCC, com IG 30+2, a paciente evoluiu com piora do lactato ($8,1 \text{ mmol/L}$), seguido de choque cardiogênico e necessidade de cesariana de urgência. Após cesariana paciente evoluiu com melhora dos parâmetros hemodinâmicos, extubação precoce, redução das drogas vasoativas e devido a necessidade do uso de medicações que interferem na amamentação, optou-se em conjunto com a paciente pela inibição da lactação com o auxílio medicamentoso. O neonato foi entubado e encaminhado a unidade de terapia intensiva da neonatologia para seguimento dos cuidados. Duas semanas após o parto, a paciente teve alta hospitalar e seguiu em acompanhamento ambulatorial. Entretanto, uma semana após a alta, a paciente apresentou piora do quadro clínico e reinternou em perfil clínico-hemodinâmico C, em uso de inotrópicos endovenosos e aguardando implante de dispositivo de assistência ventricular de longa permanência como ponte para transplante devido às condições climáticas do estado na ocasião. **Discussão e Conclusão:** Na literatura há poucos estudos sobre gestação em mulheres com CMH, assim, estudos de caso subsidiam a assistência de maior complexidade. Cabe a equipe multidisciplinar dar assistência ao paciente em sua totalidade, levando em conta suas fragilidades, sejam elas de caráter físico ou emocional.

3630

Implicações clínicas do realce tardio atrial na cardiomiopatia hipertrófica

HENRIQUE IAHNKE GARBIN, JULIA CARVALHO DA SILVA, CAROLINA SAYURI ARASHIRO, BEATRIZ PIVA E MATTOS, ANDREIA BIOLO, MURILO FOPPA, FELIPE COSTA FUCHS e FERNANDO LUIS SCOLARI.

Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL - Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é caracterizada por desarranjo celular, fibrose e alterações hemodinâmicas, classicamente documentadas no ventrículo esquerdo (VE). Anomalias estruturais dos átrios não são comumente avaliadas, a despeito da alta prevalência de fibrilação atrial (FA) nesta população. O realce tardio atrial (RTA), detectado por meio do gadolínio na ressonância magnética cardíaca (RMC), pode estar associado a maior gravidade da doença. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do RTA à RMC e sua associação com características clínicas da CMH. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Uma coorte prospectiva de pacientes consecutivos com CMH foi seguida entre dezembro de 2012 a outubro de 2023. A presença qualitativa do RTA na RMC foi retrospectivamente avaliada. Variáveis morfológicas e clínicas foram analisadas em relação à presença do RTA. **Resultados:** Foram incluídos 78 pacientes, com idade de 58±16 anos, sendo 43 (55%) do sexo feminino, com espessura parietal máxima do VE de 17±4mm. O RTA foi detectado em 14 (18%) indivíduos. A presença do RTA foi mais comum no sexo feminino [11 (79%) vs. 24 (37%), P<0,01] e naqueles com FA [7 (50%) vs. 11 (17%), P=0,01]. Diâmetro do átrio esquerdo [47±4 vs. 43±6mm, P=0,04], massa do VE [338±109 vs. 273±108 g, P=0,05] e obstrução na via de saída do VE (gradiente ≥ 30 mmHg) [11 (79%) vs. 21 (33%), P=0,01] avaliados ao ecocardiograma, e insuficiência mitral [9 (64%) vs. 32 (50%), P=0,03] e área do átrio esquerdo [33±8 vs. 27±6mm, P<0,01] à RMC estiveram associados ao RTA. Sessenta e sete (85%) pacientes evidenciaram ritmo sinusal até a realização da RMC, 10 (15%) apresentaram RTA, dos quais 9 (12%) desenvolveram FA. O RTA foi associado com o desenvolvimento de FA [4 (40%) vs. 5 (9%), P=0,02], independente da área ou diâmetro do átrio esquerdo [HR 9,85 (IC 95% 1,32 - 73,2), P=0,025]. **Conclusão:** O RTA à RMC, avaliado pela primeira vez em uma população com CMH, demonstrou ser um marcador de gravidade da doença. Além disso, o RTA pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de FA na CMH.

3631

Terapia gênica e células tronco como alternativas promissoras no tratamento da insuficiência cardíaca

VITÓRIO AUGUSTO ALEXANDRE ALVES, SAMUEL ROXSANDER, MARCOS VINICIUS FREIRE PINTO SILVEIRA, LUCAS RODRIGUES DE SOUSA, PEDRO AUGUSTO DE LIMA BARROSO, LARISSA CAVALCANTE MONTEIRO DE BRITO, PHELIPE DOS SANTOS ARAÚJO, RAISSA RACKEL PINHEIRO DOS SANTOS, MATHEUS EDUARDO SANTOS MADRUGA, EDUARDA CLEMENTE DE PONTES, AMANDA COSTA SOUZA VILLARIM, MARIA EDUARDA CORREIA DA SILVA, BÁRBARA GONÇALVES GADELHA, YVON ROMMEL FIGUEIRA DE LUNA JÚNIOR e KLEBER OLIVEIRA DE SOUZA.

Centro Universitário de João Pessoa, UNIPÊ, João Pessoa, PB, BRASIL - Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, FCM PB, João Pessoa, PB, BRASIL - Faculdade de Medicina Nova Esperança, FAMENE, João Pessoa, PB, BRASIL - Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, BRASIL - Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, Campina Grande, PB, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, caracterizada pela dificuldade do coração de bombear sangue de forma eficiente. A terapia convencional frequentemente se concentra em aliviar os sintomas e retardar a progressão da doença, mas não aborda a regeneração do tecido cardíaco danificado. A terapia gênica e as células-tronco têm mostrado promissoras individualmente; A combinação dessas abordagens pode oferecer uma estratégia sinérgica para reparar e regenerar o tecido cardíaco, melhorando a função cardíaca e a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e a segurança da terapia gênica combinada com células-tronco na insuficiência cardíaca, analisando estudos clínicos e pré-clínicos recentes. **Materiais e Métodos:** Uma busca abrangente foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e LILACS, utilizando os termos "gene therapy", "stem cells" e "heart failure". Foram incluídos estudos publicados entre 2013 e 2024, em inglês e português, que investigaram a combinação de terapia gênica e células-tronco em modelos animais e humanos com IC. Estudos de revisão, cartas ao editor e artigos de opinião foram excluídos. Dos 28 estudos inicialmente identificados, 7 atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** A maioria dos estudos usou células-tronco mesenquimais (MSCs) da medula óssea e vetores virais (adenovírus e AAV) para entregar genes terapêuticos como SERCA2a. Ensaios pré-clínicos em ratos mostraram melhorias na função cardíaca, medidas pela fração de ejeção ventricular. As MSCs secretam fatores de crescimento e citocinas que promovem angiogênese e protegem contra a apoptose das células cardíacas, melhorando a função cardíaca. A terapia gênica para aumentar a expressão de SERCA2a mostrou melhorias em modelos animais e ensaios clínicos iniciais. Estudos também utilizaram células CD34+ combinadas com terapia gênica para regeneração vascular no tecido cardíaco, com resultados variáveis na fração de ejeção ventricular e capacidade funcional dos pacientes. A variabilidade nos resultados deve-se a diferenças nos tipos de células-tronco, genes terapêuticos, vetores virais e métodos de administração. A heterogeneidade dos estudos e a resposta imunológica aos vetores virais representam desafios significativos para a eficácia da terapia. **Conclusão:** A combinação de terapia gênica e células-tronco é uma abordagem promissora para a insuficiência cardíaca, com evidências iniciais de segurança e eficácia. Mais estudos clínicos são necessários para confirmar resultados e otimizar tratamentos. Futuros focos devem incluir a otimização dos vetores virais e a combinação com outras terapias avançadas para melhorar a regeneração cardíaca.

3635

Avaliação do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados com insuficiência cardíaca descompensada: análise preliminar

BRENDA GONÇALVES DONAY ALVES, THAYS DA SILVA RODRIGUES, ELLEN HETTWER MAGEDANZ, ANDREIA DA SILVA GUSTAVO e LUIZ CARLOS BODANESE.

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

Fundamento: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, resultante da anormalidade funcional ou estrutural do coração, podendo levar a alterações de ejeção e enchimento ventricular. A IC está relacionada a reinternações, bem como à morbimortalidade. **Objetivo:** Verificar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados com IC descompensada, quando incluídos em uma intervenção educativa em saúde. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Estudo transversal, aninhado a um ensaio clínico randomizado (ECR) não cego. Critérios de inclusão: pacientes adultos (≥18 anos), internados por IC descompensada de qualquer etiologia em um Hospital Universitário de Porto Alegre; estar em unidade de enfermagem clínica - após início da compensação do quadro; paciente e/ou familiar alfabetizado; acesso a telefonia. Critérios de exclusão: pacientes com deficiência visual e/ou auditiva; comorbidades graves com expectativa de vida <1 ano; pacientes em fila de espera para transplante cardíaco; limitações cognitivas e sem familiar apto a receber e compreender a intervenção educativa. A amostra é composta por 70 pacientes, incluídos em uma intervenção educativa em saúde, no período de outubro/2021 a fevereiro/2024. As variáveis estudadas foram características sociodemográficas e clínicas. Para a análise dos dados, as variáveis foram descritas por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão, conforme a normalidade ou assimetria. O projeto tem aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS. **Resultados:** Foram incluídos 70 pacientes no ECR até o momento, com idade média de 64,0±13,24 anos, a maioria do sexo masculino (57,1%), autodeclarados brancos (78,5%), com mediana de FEVE de 29,5% (mínimo de 11 - máximo de 79), 81,4% com perfil clínico-hemodinâmico quente-úmido; 77,1% foram classificados com classe funcional da NYHA III e IV, 34,3% apresentavam ausculta com crepitações, 37,0% edema de membros inferiores e 42,3% tiveram internação nos últimos 6 meses. A hipertensão arterial (68,6%) e diabetes mellitus (51,4%) foram as comorbidades mais frequentes. **Conclusão:** Tendo em vista a complexidade clínica destes pacientes, com diversas limitações devido aos sinais e sintomas, faz-se necessário conhecer o perfil através dos dados sociodemográficos, hábitos de vida, conhecimento sobre o diagnóstico e o que ele representa, relação do paciente com as atividades cotidianas, as dúvidas, os medicamentos utilizados e, com estas informações, traçar um plano de cuidados adequado e individualizado para este público. Sendo assim, a ampliação do tamanho amostral se faz necessária para possíveis análises de fatores associados.

3636

Taquicardia sinusal inapropriada pode associar-se a taquicardiomiopatia?

PEDRO HEITOR DE MAGALHÃES ANDRADE, THIAGO JOSÉ DA SILVA, FLÁVIO HENRIQUE VALICELLI, JOÃO PAULO CHAVES DE MELO, CRISTIANO HONÓRIO RIBEIRO TEIXEIRA, ELERSON ARFELLI, MARCELO GARCIA LEAL e MARCUS VINÍCIUS SIMÕES.

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

Fundamento: A taquicardia sinusal inapropriada (TSI) é definida como ritmo sinusal rápido (frequência cardíaca superior a 100bpm) em repouso ou atividade mínima desproporcional ao nível de estresse físico, emocional, patológico ou farmacológico. Tende a ser persistente e a maioria dos pacientes afetados são jovens e do sexo feminino. O prognóstico é considerado benigno e não há relatos prévios da sua associação com cardiomiopatia induzida por taquicardia. Apresentamos um relato de um caso raro em que a TSI associou-se ao desenvolvimento de disfunção miocárdica. **Relato de caso:** Mulher, 34 anos, em seguimento ambulatorial há 6 anos por palpitações taquicárdicas, sem evidência de cardiopatia estrutural ao ecocardiograma, submetida por duas vezes a estudo eletrofisiológico e sem indução de taquicardias atriais e ventriculares, recebendo diagnóstico de TSI. Apresentava também bloqueio de ramo esquerdo (BRE) apenas quando submetida a esforço físico em esteira quando atingia frequência cardíaca de 130bpm (bloqueio fase 3). Recebeu tratamento com ivabradina em dose otimizada, com controle parcial dos sintomas. Há 2 anos iniciou dispneia aos esforços progredindo para classe funcional (CF) III da NYHA, com ortopneia e edema de membros inferiores, mantendo episódios de TSI. Eletrocardiograma em repouso evidenciou BRE e verificado em ecocardiograma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 38% com dilatação moderada do ventrículo esquerdo. Ressonância magnética cardíaca corroborou achados ecocardiográficos e não evidenciou edema e fibrose miocárdica. Instituído e otimizado tratamento medicamentoso para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) e para a TSI, porém sem melhora da CF e das palpitações. A conduta adotada foi ablação do nó atrioventricular e implante de marca-passo com estimulação fisiológica do ramo esquerdo e correção do dessincronismo associado ao BRE. Paciente apresentou melhora das queixas taquicárdicas e dos sintomas de insuficiência cardíaca. Novo ecocardiograma evidenciou FEVE de 47% associada a leve dilatação ventricular esquerda. **Discussão e Conclusão:** Apesar da TSI ser considerada uma arritmia benigna, este caso ilustra uma situação incomum em que a TSI persistente e prolongada associou-se ao desenvolvimento de cardiomiopatia dilatada, reversível após o controle da taquicardia.

3637

Avaliação da mortalidade em pacientes portadores de insuficiência tricúspide internados por insuficiência cardíaca descompensada em hospital cardiológico terciário

FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ENZO MACÊDO NUNES, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA SILVA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA, ALEXANDRE SENA CAMARGOS FIGUEIREDO e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO.

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Professor Luiz Tavares, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A insuficiência tricúspide (IT) está frequentemente associada à disfunção do ventrículo direito (VD), resultando em sobrecarga de volume e pressão, o que pode levar a desfechos clínicos adversos. É reconhecida como fator de mau prognóstico para insuficiência cardíaca (IC), tanto em pacientes com fração de ejeção reduzida (ICFER) quanto em pacientes com fração de ejeção preservada (ICFEP). **Objetivo:** Avaliar a relação entre insuficiência tricúspide, moderada ou grave, e o desfecho clínico em pacientes internados com insuficiência cardíaca (IC) descompensada. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico. A amostra foi composta por 467 pacientes internados por IC em hospital cardiológico terciário. A associação entre as duas variáveis foi calculada pelo teste Qui-Quadrado de Pearson. **Resultados:** Dos 467 pacientes avaliados com IC, 34,9% apresentaram ICFEP e 65,1%, ICFER. Quanto à presença de IT, 41,9% possuíam IT moderada ou grave evidenciadas através do ecocardiograma. Entre os pacientes com ICFEP, 34,9% tinham IT moderada/grave, enquanto 45,7% dos pacientes com ICFER também apresentavam o mesmo achado. Em relação ao desfecho clínico, na ICFEP, 24,5% dos pacientes foram a óbito, dos quais 60% apresentavam IT moderada/grave. Já na ICFER, 16,8% dos pacientes foram a óbito, com 58,8% destes pacientes com IT. O risco relativo (RR) de mortalidade para pacientes com ICFEP, ajustado para IT, foi de 2,8 (IC 95%: 1,6 - 4,8, p = 0,001). Já para pacientes com ICFER, o RR foi de 1,7 (IC 95%: 1,0 - 2,8, p = 0,040). **Conclusão:** Os resultados destacaram associação significativa entre a presença de insuficiência tricúspide e mortalidade em pacientes com IC descompensada, independentemente da fração de ejeção ventricular. Na literatura, a proporção de pacientes com ICFER e IT moderada/grave foi de 23%, enquanto em nosso estudo foi de 41,9%. Essa relação entre IT moderada/grave como um preditor de desfechos negativos em pacientes com ICFER já foi estabelecida, assim como a sua mortalidade aumentou com a gravidade crescente da IT.

3642

Cardiomiopatia hipertrófica e o papel da genética no seu prognóstico

BIANCA ALICE SOUZA, MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DA SILVA FILHA, MARIA TEREZA SAMPAIO DE SOUSA LIRA, DIEGO FELIPE FERRAO PEREIRA DE ANDRADE BARROS e RODRIGO MORENO DIAS CARNEIRO.

Hospital Agamenon Magalhães, Recife, PE, BRASIL - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, MIP, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a cardiopatia genética mais frequente na população geral, caracterizada por uma hipertrofia ventricular esquerda assimétrica. A prevalência estimada é de 1:500 na população geral com base no fenótipo da doença, sendo maior (1:200) quando se consideram transmissão familiar, casos subclínicos e mutações patogênicas no sarcômero. Nos últimos anos, surgiram estratégias de manejo eficazes no combate às complicações mais graves da CMH para melhorar o curso clínico. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 38 anos, com queixas de síncope, dispnéia aos esforços e ortopneia. Em eletrocardiograma, ritmo sinusal regular, com sinais de sobrecarga ventricular esquerda e alteração de repolarização em parede inferior. Para investigação, solicitado ecocardiograma transtorácico, que demonstrou fração de ejeção preservada, com achados correspondentes à cardiomiopatia hipertrófica septal assimétrica obstrutiva, com septo de 36mm, presença de obstrução dinâmica em via de saída, com gradiente máximo de 54mmHg. Ainda realizado Ressonância Magnética Cardíaca com realce tardio miocárdico de padrão mesocárdico e multifocal nos segmentos anteroseptal e inferoseptal das regiões basal e medial do ventrículo esquerdo, compatível com fibrose miocárdica, correspondente a 11,4% da massa do ventrículo esquerdo. Submetida a teste genético que identificou presença de variante patogênica em heterozigose no gene MYBPC3. A paciente iniciou tratamento clínico com beta-bloqueador e diuréticos e fez implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI). **Discussão:** A mutação genética evidenciada neste caso ocorre em até 60% dos pacientes com fenocópia de CMH, provoca alterações na estrutura do sarcômero e está relacionada a um risco aumentado de morte súbita. Para colocação de CDI na CMH, são avaliados critérios que incluem síncope inexplicada recente com ou sem obstrução da via de saída; histórico familiar de morte súbita relacionada à CMH em parente próximo; aneurisma apical acinético ou discinético da parede fina do VE com tecido cicatricial regional; episódios repetitivos e/ou prolongados de taquicardia ventricular não sustentada; realce tardio com gadolínio com extensa fibrose, e hipertrofia ventricular esquerda maciça (espessura da parede $\geq$ 30mm). Sendo a avaliação genética mais uma ferramenta para aprimorar essa decisão terapêutica. Além disso, para pacientes com CMH obstrutiva e sintomas graves, após a terapia clínica inicial, as opções de tratamento podem incluir redução septal seja com ablação septal com álcool ou miectomia cirúrgica.

3644 Diferencial de hipertrofia ventricular: quando pensar em mais de um diagnóstico? PEDRO HEITOR DE MAGALHÃES ANDRADE, MARCO ANTÔNIO FONSECA E LEMOS FILHO, PIETRO MELO DA SILVA, GUSTAVO JARDIM VOLPE, ANA MARTA ANTUNES SALGADO GALI, MARIANI MENDES MADISSON BERNARDO, MINNA MOREIRA DIAS ROMANO e FERNANDO SARAIVA CONEGLIAN. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, BRASIL. Fundamento: O diagnóstico diferencial de hipertrofias miocárdicas, envolve a cardiomiopatia hipertrófica, e fenocópias como Amiloidose, Fabry entre outras. A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a cardiomiopatia (CMP) genética mais comum, podendo acometer predominantemente septo, ápice ou outras regiões do miocárdio. Tem como prevalência de 1:200 a 1:500 pessoas na população mundial, sendo muitas vezes assintomático, com curso clínico benigno. No entanto, as diretrizes recomendam pesquisar fenocópias de hipertrófica em caso de acometimentos a outros órgãos ou sistemas associados. Apresentamos caso de hipertrofia ventricular em uma paciente em associação a outras alterações sistêmicas. Relato de caso: Feminino, 26 anos, edema de membros inferiores, dispneia aos moderados esforços há 5 meses. Evidenciado derrame pleural bilateral e pericárdico associado a febre, artralgia e hipertensão arterial. Realizado ecocardiograma que visualizou septo hipertrófico com diâmetro de 31mm com padrão obstrutivo com gradiente pico de 18mmHg e 34mmHg à manobra de valsalva, urina com proteinúria de 24h de 368mg, hematuria, hipertensão arterial, compatível com síndrome nefrítica, laboratoriais com FAN 1:640 nuclear pontilhado fino, anti DNA 1:20, coombs direto positivo, complemento reduzido, compatível com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) com nefrite associada. Procedeu-se com pulsoterapia com metilprednisolona com resposta inadequada e posteriormente com infusão de imunoglobulina, com boa resposta, além de controle da pressão com desmame de vasodilatadores e melhora do edema. Quanto à CMP foi optada por realizar uma ressonância magnética (RM) que apresentou padrão de CMH septal assimétrica obstrutiva com massa de fibrose de 8g, correspondendo a 4% da massa do ventrículo esquerdo, troponina dosada em 73,15ng/L. Teste genético com presença de variante no gene TNNT2, em heterozigose, iniciada terapia com betabloqueadores, comecevolução estável após a internação. Discussão e Conclusão: No caso descrito, vê-se uma paciente com diagnóstico de LES, com RM com padrão sugestivo de CMH e teste genético com mutação no TNNT2, mutação esta que implica em 4% dos casos de CMH. O diagnóstico de hipertrofia ventricular é desafiador, e envolve descartar fenocópias de hipertrófica, principalmente quando o caso é acompanhado de manifestações em outros órgãos. Sendo a RM e o teste genético ferramentas úteis para confirmar o diagnóstico. No entanto, por se tratar de uma patologia relativamente comum, é importante não desconsiderar a possibilidade de dois diagnósticos distintos: CMH associada a doenças sistêmicas.

3646 Características dos pacientes com ATTR hereditária e wild type em um serviço de referência de Belo Horizonte, MG ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, FERNANDO CARVALHO NEUENSCHWANDER e GUALTER BOAVENTURA CANÇADO. Hospital Orizonti, Belo Horizonte, MG, BRASIL. Fundamento: Amiloidose é causada pela deposição de agregados proteicos fibrilares e insolúveis em diferentes órgãos, como o coração, levando à disfunção orgânica. 95% das amiloidoses cardíacas (AC) decorrem das formas de cadeia leve (AL) ou da transtirretina reversa (ATTR), nos subtipos selvagem (wild type-ATTRwt) ou hereditária (variante-ATTRv). A ATTRwt predomina em homens idosos, a ICPEP é a principal manifestação. Nas ATTRv, dependendo da mutação, o quadro clínico é de neuropatia e/ou cardiopatia. Alterações extra cardíacas podem anteceder, em anos, a AC, especialmente a síndrome do túnel do carpo bilateral e ruptura espontânea do tendão do bíceps. A mutação Val50Met é a mais comum no mundo e no Brasil. A Val142Met é mais comum em afro-americanos e relacionada à cardiopatia em pacientes maiores de 60 anos. O reconhecimento das "red flags" clínicas, a melhoria nos métodos de imagem e os testes genéticos aumentaram sensivelmente a capacidade de diagnosticar a AC. Os tratamentos modificadores da doença permitem que os pacientes possam pleitear melhor prognóstico. Objetivo: Analisar características epidemiológicas, clínicas e de exames complementares em uma série de casos consecutivos diagnosticados e acompanhados em um serviço de referência de Belo Horizonte - MG. Materiais e Métodos: De jan/19 a maio/24, 20 pacientes com ATTR foram diagnosticados e acompanhados em nosso serviço. O trabalho consistiu em uma revisão dos prontuários destes pacientes. Resultados: A tabela abaixo demonstra as características dos pacientes diagnosticados e acompanhados em nosso serviço. Total (20) Val142Ile (9) Val50Met (5) Wild type (5) Gênero M/F 6/3 3/2 4/2 Média Idade diagnóstico 64 (41-76) 69 (50-82) 84 (72-91) Túnel do carpo 3 2 4 Disautonomia 5 2 5 Cólon irritável 5 2 3 Polineuropatia 5 5 3 Ruptura bíceps 2 1 3 Tremor essencial 3 - NYHA I II III IV 3 1 2 3 1 2 1 1 - 2 1 2 Baixa voltagem ECG 6 5 2 BRE/BRD 2 2 - BAVT / MP - 3 HVE ECO OU RM 4 4 5 Apical sparring 4 5 5 ICPEP 2 - 5 ICFER 3 1 - PERUGINI 3 5 2 5 NTPROBNP alto 5 3 5 TROPO alta 5 3 5 Óbito 2 1 2 Tafamidis 3 2 2. Conclusão: Nossa casuística está de acordo com a literatura mundial. As formas hereditárias manifestam-se mais precocemente e, frequentemente, o acometimento cardíaco ocorre junto ou após a neuropatia. Na nossa amostra, os "red flags" clínicos e de imagem foram fundamentais para a suspeita diagnóstica. Todas as mortes ocorreram em pacientes diagnosticados já em estágios avançados da doença. O diagnóstico e tratamento precoce podem melhorar o prognóstico dos demais.

3648

Sarcoidose cardíaca isolada como causa de insuficiência cardíaca: uma jornada diagnóstica

REBECA CAVALCANTE SILVA FERREIRA, JAELE ANDREA GAMBOA RIOJA, ALVARO MONTEIRO PERAZZO, VERA DEMARCHI AIELLO e SILVIA MOREIRA AYUB-FERREIRA.

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

Fundamento: A sarcoidose é definida como uma doença inflamatória, sistêmica e de etiologia indefinida. Acomete principalmente pulmões, porém qualquer órgão pode ser comprometido. Apresentamos a seguir, um relato de caso de sarcoidose cardíaca, sem manifestações sistêmicas. **Relato de caso:** Paciente de 52 anos, agricultora, natural da Paraíba e procedente de São Paulo. Encaminhada para avaliação no Instituto do Coração por história de acidente vascular cerebral isquêmico e achado em ecocardiograma transtorácico de forame oval patente, além de disfunção sistólica esquerda (30%) e dilatação ventricular esquerda (59x52mm). O eletrocardiograma admissional evidenciava ritmo sinusal, sobrecarga atrial esquerda e bloqueio de ramo esquerdo. Trazia ainda Holter 24 horas com extrassístoles supraventriculares e ventriculares. Durante investigação no serviço, para investigação etiológica de insuficiência cardíaca, foi realizada angiotomografia de coronárias, sem evidência de doença aterosclerótica e posteriormente, ressonância magnética com descrição de acinesia nos segmentos infero-septais, médio-basais e inferior médio apical do ventrículo esquerdo, além de realce tardio miocárdico heterogêneo difuso e quase circunferencial, de padrão não coronariano, predominando nas paredes septal e inferior, com discreta extensão à parede inferior do ventrículo direito. Em nova consulta ambulatorial, foi solicitada realização de PET-CT que identificou captação difusa no miocárdio do ventrículo esquerdo notadamente nas paredes inferior, inferolateral, anteroseptal, anterior basal e septal basal, com extensão às paredes do ventrículo direito, suspeitas para atividade inflamatória em atividade. Como paciente não apresentava captação pulmonar ou outros sinais de captação extra-cardíaca, foi definido em reunião clínica a realização de biópsia endomiocárdica para elucidação do caso. Procedimento realizado com descrição anatomopatológica evidenciando hipertrofia de cardiomiócitos, fibrose intersticial moderada e granuloma subendocárdico focal (pesquisa para fungos e micobactérias negativa) - compatível com sarcoidose cardíaca. Após diagnóstico anatomopatológico, foi iniciado tratamento com prednisona 40mg (0,8mg/kg/dia). **Discussão e Conclusão:** O caso apresentado reflete o desafio diagnóstico da sarcoidose cardíaca isolada, com necessidade de realização de propedêutica multimodal para definição e reforça a importância da suspeição clínica dessa entidade como etiologia de insuficiência cardíaca. Referências Drent M, Crouser ED, Grunewald J (2021) Challenges of sarcoidosis and its management. N Engl J Med 385:1018-1032 Jukka L, Valtteri U, Pauli P, et al. Cardiac sarcoidosis: phenotypes, diagnosis, treatment, and prognosis. European Heart Journal, Volume 44, Issue 17, 1 May 2023, Pages 1495–1510.

3650

Perfil funcional e função autonômica de pacientes submetidos à quimioterapia em risco de cardiotoxicidade: resultados preliminares

FELIPE CARDOZO MODESTO, SERGIO LUIZ SOARES MARCOS DA CUNHA CHERMONT, FABIANO DE LIMA FREIRE, FLAVIA CANDOLO PUPO BARBOSA, CHRISTIANE RODRIGUES ALVES, WOLNEY DE ANDRADE MARTINS e MONICA MARIA PENA QUINTÃO.

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

Fundamento: As terapias antineoplásicas apresentam respostas promissoras no tratamento do câncer. Todavia os efeitos colaterais podem prejudicar reserva fisiológica funcional destes pacientes devido ao risco alterações cardiovasculares durante o tratamento. Pouco se sabe a respeito do perfil autonômico destes indivíduos. **Objetivo:** Descrever previamente o perfil de função autonômica de pacientes submetidos à quimioterapia em risco de cardiotoxicidade e sua fragilidade funcional. **Materiais e Métodos:** Pacientes de um hospital oncológico de referência (RJ, Brasil), com diagnóstico de linfoma e deliberados para tratamento quimioterápico com doxorubicina. Foram avaliados antes de iniciar tratamento. O protocolo transversal constituiu de avaliação funcional com: medida da força muscular respiratória (FMR), espirometria, força de preensão manual (FPM), teste de degrau de 6 minutos (TD6M), variabilidade da frequência cardíaca (VFC) no domínio do tempo (SDNN; RMSSD), além do questionário Duke activity status index (DASI) e ecocardiograma. A estatística aplicada empregou os testes t -student, e correlação de Pearson, valor de p <0,05. **Resultados:** Foram avaliados 09 pacientes (5 homens), 40±18 anos, IMC 29±3, FC basal 92.9±14bpm, PA 132.1±11.2mmHg, FEVE 68±2.8%, VO2 estimado 14.1±1.9L/min. Os valores da avaliação funcional se revelam abaixo dos preditos para FPM, a dinamometria (27.2±11.7 vs. predito 44.8±14) com FPM de 60.8±14.9%. Na avaliação de FMR, apesar da PEmax estar abaixo do predito (84.4±23.7, predito 91.1±10.9), não caracteriza déficit de força expiratória, e a PImax estava preservada (medido -103.3±50.2, predito -90.7±8.8). Houve resposta restritiva na espirometria, com valores reduzidos para VEF1 (2.5±0.8, predito 3.5±1.1) e CVF (2.9±1.2, predito 3.7±1.7) com p<0.05, sem alterar o índice de Tiffeneau. Em relação ao padrão autonômico, o SDNN foi 58,3% do valor predito ajustado pela idade (21,3 ± 8,5 vs 36,5±11,2ms), e o RMSSD, 45% do predito (17,2 ± 8,2 vs 37,5±11,5ms). Houve correlação entre a FPM e o número de degraus (r=0.759; p 0.018); FPM e DASI (r=0.868; p 0.002); DASI e número de degraus (r= 0.733 p 0.025). **Conclusão:** Os resultados preliminares apontam fragilidade funcional dos pacientes de linfoma no pré-tratamento, caracterizada pelo déficit de força muscular periférica, restrição pulmonar, taquicardia de repouso e VO2 estimado baixo. O perfil autonômico mostra reduzida VFC, com maior atividade simpática e menor modulação vagal. A FPM parece ser boa preditora de aptidão física e o DASI demonstrou se um bom preditor indireto de aptidão física.

3651

Internações e óbitos por insuficiência cardíaca nas cinco regiões brasileiras antes e durante a pandemia da COVID-19: um estudo ecológico

JADE SOUZA MARTINS, CLEO SOUSA MARTINS e PEDRO HENRIQUE DE ARAUJO.

AFYA Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão dos Guararapes, PE, BRASIL - Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde, Arcoverde, PE , BRASIL - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, BRASIL.

Fundamento: A superlotação dos sistemas de saúde e o receio da população de se expor ao vírus na pandemia da Covid-19 dificultaram o acesso ao diagnóstico precoce e acompanhamentos de doenças que tinham como causa direta o SARS-COV-2, como é o caso da Insuficiência Cardíaca (IC). A IC pode impactar diretamente na qualidade de vida do paciente ou até mesmo levar à morte precoce. **Objetivo:** Comparar a quantidade de óbitos e internações por IC nas cinco Regiões do Brasil durante e antes da pandemia da Covid-19. **Delineamento, Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal com coleta de dados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis foram internações e óbitos por estado devido a IC. O período foi de 2019, ano do primeiro caso de Covid-19 confirmado no Brasil, a 2022, ano que antecedeu o fim da emergência de saúde pública decretado pela Organização Mundial de Saúde, resultando em 4 anos. Para fins comparativos, o período pré-pandemia foi de 2015 a 2018, resultando também em 4 anos. **Resultados:** Constatou-se que no período pré-pandêmico ocorreram 842.920 internações por IC, enquanto durante a pandemia ocorreram 734.783 internações. Já em relação a mortes por IC durante a pré-pandemia ocorreram 110.154 mortes, comparada com 119.307 mortes por IC durante a pandemia. A região sudeste apresentou os maiores números de internações na pré-pandemia, com 348.932 (41,3%) casos e na pandemia com 313.108 (42,6%), enquanto a região norte alcançou a marca de menor quantidade de internações na pré-pandemia com 43.630 (5,1%) e na pandemia com 40.904 (5,5%). Em relação aos óbitos, a região sudeste mais uma vez alcançou os maiores números na pré-pandemia com 52.814 (47,9%) e na pandemia com 59.513 (49,8%), enquanto a região norte apresentou a menor quantidade de óbitos na pré-pandemia com 5.636 (5,1%) e pandemia 6.705 (5,6%). O ano de pico de óbitos foi 2022 com 33.116 e o de menor expressão foi 2015 com 27.434. Já o pico de internações foi em 2015 com 218.903 e o de menor quantidade foi em 2021 com 163.453. **Conclusão:** Observa-se um decréscimo na quantidade de internações por IC de 12,8% durante a pandemia em relação à pré-pandemia. Por outro lado, houve um aumento de 8,3% nos óbitos por IC na pandemia em relação à pré-pandemia. Além disso, o ano com maior quantidade de internações foi um ano de pré-pandemia, enquanto o de maior número de óbitos foi um ano de pandemia. Tais achados podem ser consequência da redução da assistência à saúde cardiovascular, má adesão terapêutica e das alterações no estilo de vida ocasionados pela pandemia. O presente estudo apresenta limitações, como a subnotificação e a impossibilidade de associação de causa e efeito.

3657

Miocardite eosinofílica por ascaridíase: relato de caso

MARCELO ANTÔNIO SILVA MENEZES, LORENA FERREIRA AZEVEDO MELO, JOÃO VICTOR ANDRADE PIMENTEL, LUISE OLIVEIRA RIBEIRO SILVA, DÉBORAH ESTEVES CARVALHO, LUCAS GUIMARÃES ROCHA, AUGUSTO CESAR MONTE ANDRADE, ISACK BRUNO NEVES MARQUES KONTTANY, ROBERTO CINTRA AZEVEDO ARAGÃO, ERYCA VANESSA SANTOS JESUS, IANA CARINA BISPO CAMPOS, MARCO PAULO CUNHA CAMPOS, TATIANA ALMEIDA BASTOS, THIAGO PETERSON PAES ARAÚJO e CARLOS AURÉLIO SANTOS ARAGÃO.

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

Fundamento: A miocardite eosinofílica é caracterizada pela inflamação miocárdica difusa ou focal com infiltração eosinofílica, associado à degeneração da membrana celular e necrose tecidual. Entre as possíveis etiologias, destaca-se a infecção pelo parasita intestinal *Ascaris lumbricoides*, que, ao infiltrar outros tecidos, incluindo o coração, por meio do sistema portal, comumente provoca eosinofilia periférica, associada a sintomas como dor retroesternal, dispneia e sinais de Insuficiência Cardíaca (IC). Apesar de rara, essa condição pode levar à fibrose cardíaca, resultando em cardiomiopatia restritiva e disfunção valvar atrioventricular. **Relato de caso:** Paciente de 34 anos, sexo feminino, hipertensa e ex-tabagista (carga tabágica de 1 maço-ano), foi admitida no serviço de urgência de Nossa Senhora da Glória-SE, em janeiro de 2023, com quadro de dor torácica ventilatório-dependente e dispneia aos esforços. O eletrocardiograma revelou ritmo sinusal com alterações difusas da repolarização ventricular. A detecção positiva de troponina reforçou a suspeita de infarto agudo do miocárdio, resultando na transferência imediata da paciente para o Hospital Cirurgia, em Aracaju-SE. Ao exame físico, observou-se dor torácica atípica, com predomínio da dispneia sobre a dor, e turgência jugular. Diante da suspeita de IC, optou-se por realizar uma ressonância magnética cardíaca (RMC) em vez de cateterismo cardíaco. O resultado revelou uma Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) de 66%, Diâmetro Diastólico Final do Ventrículo Esquerdo (DDFVE) de 46mL, volume do átrio esquerdo de 56mL, espessuras do septo e da parede lateral de 12mm, indicando possível IC de fenótipo restritivo. A paciente apresentou eosinofilia persistente devido à presença de *Ascaris lumbricoides*, expelidos no 4º dia de internação, sendo iniciado tratamento imediato. A ascaridíase desencadeou a síndrome hipereosinofílica, responsável pela IC de padrão restritivo. Após 6 meses da alta hospitalar, uma nova RMC revelou normalização do fenótipo restritivo, com FEVE de 69%, DDFVE de 48mL, volume do átrio esquerdo de 32mL, espessuras do septo e da parede posterior de 12mm. **Discussão e Conclusão:** No caso descrito, a paciente apresentou um quadro de IC com padrão restritivo, desencadeada pela infecção por *Ascaris lumbricoides* e consequente síndrome hipereosinofílica. Apesar de rara, deve-se considerar a possibilidade de miocardite por ascaridíase, sendo um dos diagnósticos diferenciais de cardiomiopatia restritiva.

3658 Linfoma primário cardíaco obstrutivo do ventrículo direito: relato de caso com sucesso de tratamento LAURA HASTENTEUFEL, TÁSSIA CALLAI, DAYENNE HELENA CATELLI e GÉRIS MAZZUTTI. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL. Fundamento: Tumores cardíacos primários são incomuns e na maioria benignos. Dentre os tipos malignos, linfomas são raros, agressivos e mais frequentes em imunocomprometidos. A apresentação clínica costuma ser tardia e pouco específica, dependente da extensão da doença. A sobrevida média é <1 ano após o diagnóstico, e a quimioterapia parece oferecer o melhor benefício. Relato de caso: Feminina, 65 anos, branca, hígida foi transferida a hospital terciário por intolerância aos esforços, dor torácica e perda ponderal há seis meses. Na admissão apresentava boa perfusão, murmúrios vesiculares reduzidos globalmente e hipoxemia marcada (máscara com reservatório O2 15 L/min para satO2 >90%) (acho importante descrever algo sobre a estabilidade hemodinâmica). O RX de tórax não mostrou anormalidade pleuropulmonar ou cardíaca, e o eletrocardiograma revelou baixa voltagem. Ecocardiograma transtorácico demonstrou ventrículo direito dilatado com massa irregular 70x50mm infiltrando parede livre, heterogênea, com obstrução diastólica ao fluxo trans tricúspide e pequeno derrame pericárdico anterior (Figuras 1A e 1B). Exames laboratoriais demonstraram troponinas seriadas negativas, linfopenia (0,6×109/L) e elevação de desidrogenase láctica (348UI/L); sorologias para HIV, hepatite B, hepatite C, HTLV I/II e Epstein-Barr negativos. Realizada biópsia transvenosa de lesão cardíaca compatível com linfoma não hodgkin difuso de grandes células B; tomografias de tórax e abdome não demonstraram sinais de doença à distância. Foi iniciado tratamento com Rituximabe + Ciclofosfamida + Doxorubicina + Vincristina + Prednisona que resultou em redução expressiva da lesão (Figura 1C). A paciente completou 6 sessões do protocolo proposto, com resposta completa ao tratamento sem sinais de recidiva após 16 meses. Discussão e Conclusão: Linfomas primários cardíacos são raros e agressivos, e o diagnóstico pode ser desafiador devido aos sintomas inespecíficos e ao acesso para biópsia. Tratamento apropriado instituído com brevidade pode resultar em bons desfechos a longo prazo.
--

3665 Associação entre o índice de massa corporal e mortalidade em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca descompensada FERNANDO RABELO DE OLIVEIRA CAVALCANTI FILHO, CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES, GIOVANA ARCURI CAVALCANTI, MARCELA VASCONCELOS MONTENEGRO, ENZO MACÊDO NUNES, HENRIQUE MACEDO CLAUDINO, ANA CAROLINA DIAS ALMEIDA, GIULIA ANTONI FERREIRA ROCHA, VICTÓRIA BEDOR JARDIM QUIRINO, CAROLINA JERÔNIMO MAGALHÃES, RAFAEL SILVESTRE VIEIRA DA SILVA, RODRIGO RUFINO PEREIRA SILVA, MARINA NOGUEIRA DE PAIVA HENRIQUES, ARTHUR AGUIAR FREIRE ROCHA e CARLOS EDUARDO LUCENA MONTENEGRO. Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco, Professor Luiz Tavares, PROCAPE, Recife, PE, BRASIL - Universidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, BRASIL. Fundamento: O paradoxo da obesidade é um fenômeno observado em pacientes com insuficiência cardíaca (IC), onde indivíduos obesos ou com sobrepeso não possuem pior prognóstico e maiores taxas de mortalidade em comparação com aqueles de peso normal ou abaixo do peso. Este paradoxo contrasta com a percepção geral de que a obesidade é um fator de risco significativo para diversas doenças cardiovasculares. Objetivo: Avaliar a associação entre o índice de massa corporal e a mortalidade em pacientes hospitalizados com IC. Materiais e Métodos: Este é um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico. A amostra consistiu em 573 pacientes internados por insuficiência cardíaca em um hospital cardiológico terciário. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o valor do índice de massa corporal (IMC) em: baixo peso (<18,5), eutrófico (18,5 - 24,9), sobrepeso e obesidade (>24,5). A associação entre as variáveis foi analisada utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson. Resultados: A amostra foi composta por 573 pacientes, dos quais 38,2% apresentavam IMC normal, 3% estavam abaixo do peso e 58,8% tinham sobrepeso ou obesidade. Em relação à fração de ejeção (FE), 54,2% tinham FE reduzida, 30,1% FE preservada e 15,7% FE intermediária. A taxa global de mortalidade foi de 15,1%, com 54,3% dos óbitos ocorrendo fora da normalidade do IMC. Avaliando a associação entre sobrepeso/obesidade e mortalidade, constatou-se que 13,9% dos pacientes com IMC >24,9 morreram, comparado a 16,7% dos pacientes que não tinham sobrepeso ou obesidade. Não houve associação significativa entre sobrepeso/obesidade e mortalidade (p = 0,369). Além disso, não houve óbitos entre os pacientes com baixo peso, resultando em uma ausência de associação significativa entre baixo peso e mortalidade (p = 0,087). Por fim, ao verificar a associação entre IMC normal e mortalidade, observou-se que 18% dos pacientes com IMC normal vieram a óbito, comparado a 13,25% dos pacientes que não tinham IMC normal. Também não houve associação significativa entre IMC normal e mortalidade (p = 0,131). Conclusão: Os resultados deste estudo corroboram a existência do paradoxo da obesidade em pacientes IC. Observou-se que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade não apresentaram taxas de mortalidade significativamente maiores em comparação com aqueles de peso normal ou abaixo do peso. Especificamente, a mortalidade entre pacientes com IMC >24,9 foi ligeiramente menor do que entre aqueles com IMC normal ou abaixo, embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. Além disso, a falta de uma associação significativa entre IMC normal e mortalidade reforçam a complexidade da relação entre índice de massa corporal e prognóstico em IC.

3666

Diagnóstico precoce de ATTRv pela biópsia do retináculo flexor do punho esquerdo em paciente na fase muito inicial da cardiopatia amiloidótica

ESTÊVÃO LANNA FIGUEIREDO, ANA CRISTINA DA SILVA COTTA e ALEXANDRE FALEIROS DE CAUHI.

Hospital Orizonti, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Rede SARAH, Belo Horizonte, MG, BRASIL.

Fundamento: A amiloidose é uma doença causada pela deposição tecidual de agregados proteicos fibrilares e insolúveis em diferentes órgãos, incluindo o coração, levando à disfunção orgânica. 95% das amiloidoses cardíacas (AC) decorrem das formas de cadeia leve (AL) ou da transtirretina reversa (ATTR), nos subtipos selvagem (wild type-ATTRwt) ou hereditária (variante - ATTRv). ATTRwt em geral predomina em homens idosos, sendo a cardiopatia, com ICPEP, a principal manifestação. Nas ATTRv, a depender da mutação, o quadro clínico é dominado por neuropatia ou cardiopatia. A síndrome do túnel do carpo bilateral é tida como predominante nas formas wild type, mas é uma manifestação frequente na ATTRv, podendo ser a manifestação inicial, especialmente na Val142Ile, que normalmente relaciona-se à ascendência africana e aparenta ser particularmente frequente no Brasil, associada à doença cardíaca, a quem pode preceder por vários anos. Infelizmente, a maioria dos pacientes que chegam aos serviços de cardiologia hoje já o fazem nas fases avançadas da cardiopatia. Também não é comum que pacientes submetidos à cirurgia do túnel do carpo realizem a pesquisa de amiloidose nos tecidos operados. O diagnóstico precoce e a instituição dos tratamentos específicos podem modificar o prognóstico dos pacientes acometidos. **Relato de caso:** Homem, 64 anos, afro-descendente, enfermeiro, previamente fisicamente ativo, sem história de cardiopatias ou sintomas cardiovasculares. Iniciou com parestesias progressivas nas mãos, especialmente a esquerda, há 1 ano, sem paresia significativa. a um serviço de referência em doenças neuromusculares, onde realizou eletroneuromiografia dos membros superiores, compatível com síndrome do túnel do carpo, mais acentuada à esquerda. A avaliação pré-operatória não mostrou maiores alterações cardíacas. Foi submetido à cirurgia corretiva e a biópsia do retináculo flexor do punho esquerdo mostrou a presença de substância amiloide à hematoxilina-eosina. A coloração com vermelho congo, em campo claro e sob luz polarizada confirmou o diagnóstico de amiloidose. Em seguida, o paciente foi submetido à extensa propedêutica, que afastou as formas de cadeias leves. Finalmente, submetido ao teste molecular (genético), que confirmou a variante Val142Ile. Encaminhado para avaliação cardiológica, o exame clínico e eletrocardiograma foram normais e o ecocardiograma mostrou função sistodiastólica normal e discreta redução do strain sistólico longitudinal, com padrão "apical sparing" inicial. Iniciará tratamento específico da neuropatia, com tafamidis. **Discussão e Conclusão:** A biópsia do retináculo flexor, por uma patologista atenta e treinada, possibilitou o diagnóstico inicial de uma variante tratável de amiloidose, antes do acometimento cardíaco significativo. Que este caso sirva de exemplo e alerta para vários outros.

3671

Ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo: relato de caso

MATHEUS TOSCANO PAFFER, JAQUELLINNE MILLENNIA SILVA LIBERAL, PEDRO TOSCANO PAFFER, PRISCILLA BARBOSA ARAÚJO e SILVIO HOCK PAFFER FILHO.

Centro de Cardiologia Ovidio Montenegro, Recife, PE, BRASIL - Faculdade de Medicina de Olinda, Olinda, PE, BRASIL.

Fundamento: A Ruptura de Parede Livre do Ventrículo esquerdo (RPLVE) geralmente se correlaciona com complicações da evolução do infarto agudo do miocárdio. Associam-se ao insucesso da estratégia de reperfusão, levando de 1 a 4% dos pacientes com infarto do miocárdio ao óbito. São preditores de ruptura: elevação do ST e onda Q no eletrocardiograma, localização na parede anterior, CKMB maior que 1500UI/L, sexo feminino, idade maior que 70 anos, infarto transmural e ausência de síndrome anginosa pregressa. O ecocardiograma (ECO) é fundamental na avaliação desses doentes, para confirmação diagnóstica. Paciente, sexo masculino, 72 anos, deu entrada na emergência desse serviço com quadro de piora de dispneia há alguns dias, com piora mais intensa nas últimas 24 horas. Portador de miocardiopatia dilatada, chega com ECO de sua cidade, do dia anterior, evidenciando sinais de derrame pericárdico importante, hipocontratilidade difusa do ventrículo esquerdo, fração de ejeção de 40 % e suspeita de RPLVE. Ao exame físico, apresentava ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas hipofonéticas, sem sopros, frequência cardíaca de 80 bpm e pressão arterial de 120 por 80mmhg, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente em ambos hemitóraces, diminuído nas bases e com estertores crepitantes bilateralmente, frequência respiratória de 28irpm e saturação de oxigênio de 99% com máscara de Venturi a 50%. Realizado novo ECO na urgência, que confirmou a presença de RPLVE. Realizado cateterismo, que mostrou tronco longo sem lesões, descendente anterior com lesão severa proximal, grande ramo diagonal com lesão severa na origem, circunflexa com lesão severa em terço médio e ocluída distal, coronária direita dominante, com lesão moderada em terço médio. Paciente foi enviado a unidade de terapia intensiva, onde ficou até preparo do bloco cirúrgico para procedimento. Evoluiu com sintomas e sinais de baixo débito cardíaco e choque cardiogênico, apresentando parada cardíaca em assistolia, sendo realizadas manobras de ressuscitação cardíaca, sem sucesso, vindo o paciente a óbito. **Relato de caso:** A RPLVE é uma complicação rara, grave e potencialmente fatal do infarto do miocárdio. O ECO é o método de eleição diante da suspeita de RPLVE. O tratamento dessa entidade é essencialmente cirúrgico, com reconstrução primária após ressecção do segmento necrótico. Sempre que possível, deve-se realizar o cateterismo, a fim de realizar a revascularização no mesmo ato cirúrgico. **Discussão e Conclusão:** A RPLVE é uma complicação rara, grave e potencialmente fatal do infarto do miocárdio. O ECO é o método de eleição diante da suspeita de RPLVE. O tratamento dessa entidade é essencialmente cirúrgico, com reconstrução primária após ressecção do segmento necrótico.

3673
Cardiomiopatia dilatada associada a mutação do gene MYBPC3 e substrato inflamatório na biópsia: relato de caso
ELISA KALIL, ANNA LUISA SEVERINO, JOANA CAROLINA JUNQUEIRA e LUIZ CLAUDIO DANZMANN.
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.
Fundamento: As cardiomiopatias relacionadas ao gene da proteína ligante C-3 da miosina cardíaca (MYBPC3) são geralmente hipertróficas. As miocardiopatias dilatadas (CMD) são associadas a mutações em genes sarcoméricos em 35 a 40% das vezes, resultando em disfunção contrátil e dano celular. Isto pode estimular a produção de uma resposta pró-inflamatória robusta. Esse presente relato descreve um caso de uma paciente com CMD não isquêmica associada a uma mutação no gene MYBPC3 e com perfil fenotípico tecidual inflamatório. Relato de caso: KDH, 66 anos, vem ao ambulatório com dispnéia progressiva aos pequenos esforços, sinais de congestão pulmonar e sistêmica. Apresentou eletrocardiograma com perfil de bloqueio do ramo esquerdo, a ressonância magnética demonstrou dilatação ventricular com disfunção sistólica severa, sem déficit de perfusão reversível, fibrose no mesocárdio da parede septal médio basal e posterior basal e subepicárdico da parede inferior. Foi investigado e descartado amiloidose por cadeias leves séricas não patológicas, imunofixação das proteínas séricas e urinárias normais. A cintilografia com pirofosfato de tecnécio apresentou captação cardíaca leve. Ao cateterismo revelou coronárias livre de lesões, baixo débito cardíaco, hipertensão pulmonar pré capilar (pressão pulmonar média: 42mmHg) e foi coletado material para biópsia. O anátomo patológico demonstrou sinais de infiltrado inflamatório associado a positividade de anticorpos CD3, CD4, CD8 em raros linfócitos T na análise imuno-histoquímica. A pesquisa genética revelou a mutação do gene MYBPC3. Discussão e Conclusão: O presente caso revela uma apresentação fenotípica de CMD associada a mutação do gene sarcomérico MYBPC3 comumente associado a cardiomiopatia hipertrófica. Os sinais de não específicos de inflamação miocárdica poderiam justificar o aspecto dilatado e a disfunção sistólica, conforme estudos recentes em modelo animal demonstrando esse perfil fisiopatológico.

3678
Impacto da diabetes mellitus no seguimento em longo prazo após o transplante cardíaco
JULIANA DOS SANTOS MACACIEL, ALINE CARBONERA, DANIELLE LOUVET GUZZELLI, RODRIGO MANTOVANI ROEHRS SGUÁRIO, MONICA SAMUEL AVILA, SANDRIGO MANGINI, LUIS FERNANDO BERNAL DA COSTA SEGURO, IASCARA WOZNIAK DE CAMPOS, GABRIEL BARROS AULICINO, FABIANA MARCONDES BRAGA e FERNANDO BACAL.
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BRASIL.
Fundamento: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que atinge 10,2% da população brasileira e é um fator de risco conhecido para ocorrência de disfunção renal e maior mortalidade. É uma comorbidade comum em pacientes com insuficiência cardíaca avançada que serão submetidos ao transplante cardíaco. Além disso, pode se desenvolver após transplante e dados sobre com sua incidência e impacto clínico são escassos na população brasileira. Objetivo: Analisar a prevalência de diabetes mellitus no transplante cardíaco avaliando seu impacto no desenvolvimento de doença renal terminal e sobrevida em longo prazo. Delineamento, Materiais e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo através da análise de prontuário dos pacientes submetidos a transplante cardíaco no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP) no período de janeiro de 2013 a maio de 2023 usando o banco de dados do Redcap. Os pacientes com sobrevida maior que 1 ano foram incluídos. Para análise de sobrevida utilizamos a curva de Kaplan Meier condicionada a sobrevida de 1 ano. Resultados: Dos 490 pacientes submetidos a transplante cardíaco no período selecionado, 402 foram incluídos no estudo com média de idade de 49+12 anos. A prevalência de DM pré transplante foi de 26,1% em tratamento medicamentoso regular (10,7% em uso de biguanidas, 3,7% sulfoniluréia, 6% inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 - iSGLT2 e 4,2% insulina). A incidência de DM após o transplante cardíaco foi de 19,7% e 218 pacientes (54,2%) não desenvolveram DM em nenhum momento. A hemoglobina glicada média após o transplante entre os pacientes diabéticos foi 6,3+5,3%. Com relação a doença renal terminal, 11 (5,97%) pacientes diabéticos evoluíram com necessidade de terapia renal substitutiva, enquanto 10 (4,58%) pacientes do grupo sem DM realizaram o procedimento (p=0,532). 1 transplante renal foi realizado no grupo de pacientes diabéticos e 5 (2,2%) no grupo sem DM (p=0,149). No seguimento de longo prazo, pacientes não diabéticos apresentaram sobrevida similar a pacientes diabéticos (pré ou pós transplante) condicionado a sobrevida de 1 ano como evidenciado na curva de Kaplan Meier (Log rank test, p 0,779). Conclusão: Nesta coorte retrospectiva, a evolução para doença renal terminal (terapia renal substitutiva ou transplante renal), assim como a sobrevida em longo prazo pós-transplante cardíaco foi semelhante entre pacientes diabéticos e não diabéticos. Estudos prospectivos podem contribuir para uma melhor avaliação do impacto da diabetes no pós-transplante.

3679

TEMPI syndrome as a rare cause of acute myocardial infarction and ischemic cardiomyopathy

FABIANA G. MARCONDES-BRAGA, REBECA CAVALCANTE SILVA FERREIRA and GUILHERME HENRIQUE HENCKLAIN FONSECA.

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

Background: TEMPI syndrome is a rare and acquired disorder characterized by 5 features: 1) telangiectasias; (2) elevated erythropoietin and erythrocytosis; (3) monoclonal gammopathy; (4) perinephric fluid collections; and (5) intrapulmonary shunting. It is associated with venous thrombosis and we describe for the first time an association with arterial thrombosis and ischemic cardiomyopathy. **Case description:** A 29-year-old medicine student man presented to a heart failure specialist outpatient clinic with diagnosis of ischemic cardiomyopathy due to an acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) of the anterior wall of left ventricle caused by thrombotic occlusion of the left anterior descending coronary artery (LAD) two years before. Although prompt thrombus aspiration has been performed during primary coronary intervention, the event resulted in an extensive fibrosis and the diagnosis of HF with reduced ejection fraction (LVEF =33%). Guideline medical directed therapy was started and implantable cardioverter-defibrillator implanted. Patient presented slight limitation for physical activity and no symptoms at rest (New York Heart Association class II). His vital signs were stable, there was no edema or pulmonary congestion and peripheral perfusion was normal. Multiple telangiectasias at face, thorax and arms were noted. His current home medications included sacubitril-valsartan; metoprolol succinate, spironolactone, ivabradine, clopidogrel and rivaroxaban. ECG showed normal sinus rhythm with prior anteroseptal myocardial infarction. ECHO revealed LVEF 33% and akinesia of anterior and anteroseptal wall and apex. Cardiac MRI confirmed ischemic cardiomyopathy with fibrosis in 70% of LV mass. Lab tests revealed NTproBNP of 911pg/mL and high hematocrit (Hb 18,9 and Ht 58%). During the subsequent months, patient stopped taking anticoagulant pills for some days and was admitted to Emergency room with the diagnosis of deep venous thrombosis of superior left arm. During hospitalization, thrombophilia screen and other tests were performed in order to clarify the etiology of the disease. High levels of erythropoietin, monoclonal gammopathy and high levels of VEGF-1 were identified. JAK2 mutation was negative and 6,7% of plasmacytic cells were detected in bone marrow tests. Two other thrombotic episodes (pulmonary thromboembolism) occurred in different moments when patient forgot to take anticoagulant pills for some days. Subsequent tests excluded multiple myeloma as a cause for the disease and the presence of intrapulmonary shunt confirmed the hypothesis of TEMPI syndrome. **Conclusion:** This clinical case reports for a rare disorder that resulted in an ischemic cardiomyopathy and reinforces the precise etiology of cardiomyopathy may change patient's management and prognosis.



INTERNATIONAL JOURNAL OF

Cardiovascular SCIENCES