DOI: 10.21470/1678-9741-2018-S0002

ISSN 1678-9741 (Online)

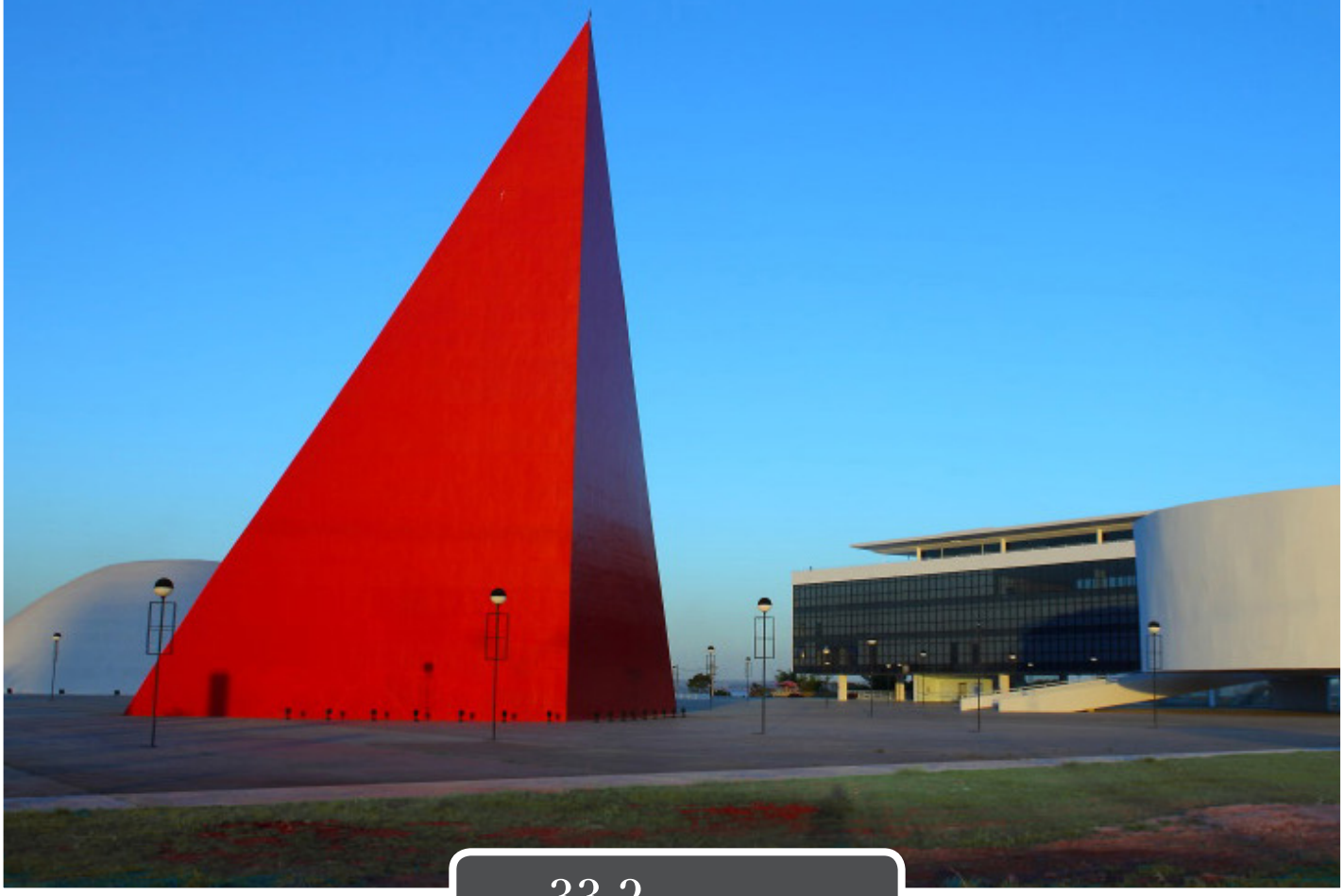
BJCVS

BRAZILIAN JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SURGERY

REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

45th Congress of the Brazilian Society of Cardiovascular Surgery
45º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

April 19-21, 2018 - Goiânia - Goiás - Brazil



33.2 PROCEEDINGS

BJCVS

BRAZILIAN JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SURGERY

EDITOR-IN-CHIEF

Prof. Dr. Domingo M. Braile - PhD
São José do Rio Preto - SP - Brazil
domingo@braile.com.br

FORMER EDITORS
- Prof. Dr. Adib D. Jatene — PhD - São Paulo (BRA) [1986-1996]
- Prof. Dr. Fábio B. Jatene — PhD - São Paulo (BRA) [1996-2002]

ASSOCIATE EDITORS

ADVANCES IN CARDIOVASCULAR SURGERY
- Tomas A. Salerno - Miami (USA)

AORTA
- Eduardo Keller Saadi - Porto Alegre (BRA)
- Luciano Cabral Albuquerque - Porto Alegre (BRA)

BASIC RESEARCH
- Enio Buffolo - São Paulo (BRA)
- Otoni Moreira Gomes - Belo Horizonte (BRA)
- Paulo Roberto B. Évora - Ribeirão Preto (BRA)

CARDIAC STIMULATION AND ELECTROPHYSIOLOGY
José Carlos Pachón Mateos (BRA)

CARDIOVASCULAR REHABILITATION
- Solange Guizilini - São Paulo (BRA)

CARDIOVASCULAR SURGERY IN THE ADULT
- Marcela da Cunha Sales - Porto Alegre (BRA)

CARDIOVASCULAR SURGERY
- Henrique Murad - Rio de Janeiro (BRA)

CME
- João Carlos Ferreira Leal - São José do Rio Preto (BRA)

CONGENITAL
- Leonardo Augusto Miana - São Paulo (BRA)
- Orlando Petrucci Jr. - Campinas (BRA)
- Vinicius José da Silva Nina - São Luís (BRA)

CORONARY
- Bruno Botelho Pinheiro - Goiânia (BRA)
- Nelson Américo Hossne Jr - São Paulo (BRA)
- Walter José Gomes - São Paulo (BRA)

REGENERATIVE AND TRANSLATIONAL MEDICINE
- Gabriel Romero Liguori - São Paulo (BRA)
- Paulo Roberto Slud Brofman - Curitiba (BRA)

STATISTICS
- Marcos Aurelio B. de Oliveira - Sinop (BRA)
- Michel Pompeu B. de O. Sá - Recife (BRA)
- Orlando Petrucci Jr. - Campinas (BRA)

VALVE
- Manuel de Jesus Antunes - Coimbra (POR)

EDITORIAL BOARD

- Adolfo Saadia — Buenos Aires (ARG)
- Alan H. Menkis — Winnipeg (CAN)
- Alexandre Visconti Brick — Brasília (BRA)
- Ali Ghodsizad — Miami (USA)
- Anthony L. Panos — Mississippi (USA)
- Antonio Maria Calafiore — Campobasso (Italy)
- Antônio Sérgio Martins — Botucatu (BRA)
- Bayard Gontijo Filho — Belo Horizonte (BRA)
- Borut Gersak — Ljubljana (SLO)
- Carlos Roberto Moraes — Recife (BRA)
- Eduardo Sérgio Bastos — Rio de Janeiro (BRA)
- Fabio Biscegli Jatene — São Paulo (BRA)
- Fernando Antônio Lucchese — Porto Alegre (BRA)
- Gianni D. Angelini — Bristol (UK)
- Gilberto Venossi Barbosa — Porto Alegre (BRA)
- Gilles D. Dreyfus — Harefield (UK)
- Ivo A. Nesralla — Porto Alegre (BRA)
- Jarbas J. Dinkhuysen — São Paulo (BRA)
- José Antônio F. Ramires — São Paulo (BRA)
- José Dario Frota Filho — Porto Alegre (BRA)
- José Pedro da Silva — São Paulo (BRA)
- José Teles de Mendonça — Aracaju (BRA)
- Joseph A. Dearani — Rochester (USA)
- Joseph S. Coselli — Houston (USA)
- Leslie Miller — Tampa (USA)
- Luis Alberto Oliveira Dallan — São Paulo (BRA)
- Luiz Carlos Bento de Souza — São Paulo (BRA)
- Luiz Felipe Pinho Moreira — São Paulo (BRA)
- Luiz Fernando Kubrusly — Curitiba (BRA)
- Mario O. Vrandecic Peredo — Nova Lima (BRA)
- Mauro Paes Leme de Sá — Rio de Janeiro (BRA)
- Milton Ary Meier — Rio de Janeiro (BRA)
- Nilzo A. Mendes Ribeiro — Salvador (BRA)
- Noedir A. G. Stolf — São Paulo (BRA)
- Olivio Alves Souza Neto — Rio de Janeiro (BRA)
- Pablo M. A. Pomerantzeff — São Paulo (BRA)
- Paulo Manuel Pêgo Fernandes — São Paulo (BRA)
- Pirooz Eghtesady — Cincinatti (USA)
- Protásio Lemos da Luz — São Paulo (BRA)
- Renato Abdala Karam Kalil — Porto Alegre (BRA)
- Ricardo C. Lima — Recife (BRA)
- Roberto Costa — São Paulo (BRA)
- Rodolfo Neirotti — Cambridge (USA)
- Rui M. S. Almeida — Cascavel (BRA)
- Sérgio Almeida de Oliveira — São Paulo (BRA)
- Ulisses A. Croti — S.J. Rio Preto (BRA)

EDITORIAL FELLOW
Davi Freitas Tenório - MD São Paulo (BRA)
Leila Nogueira Barros - MD São Paulo (BRA)

EDITORIAL ASSISTANT
- **Camila Safadi** - Postgraduate degree in Project Management - PMI S. José do Rio Preto (BRA) - *camila@sbccv.org.br*

MANUSCRIPT EDITING SPECIALIST
- **Rosangela Monteiro** - PhD
São Paulo (BRA)

MANAGING EDITOR
- **Meryt Zanini -** Postgraduate degree in Health Law from Faculdade de Saúde Pública da USP and MBA in Health Management from FGV São Paulo (BRA) - *meryt@sbccv.org.br*

ENGLISH VERSION
- Fernando Pires Buosi
- Priscila Zavatieri Mada
- Renata Siqueira Campos

GRAPHIC DESIGN AND LAYOUT
- Silvia Seabra

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

BJCVS

ADDRESS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR
Rua Afonso Celso, 1178 • Vila Mariana • Phone: 55 11 3849-0341. Fax: 55 11 5096-0079.
Zip code: 04119-061 • São Paulo, SP, Brazil
E-mail BJCVS: bjcvs@sbccv.org.br • E-mail SBCCV: sbccv@sbccv.org.br
• Site SBCCV: www.sbccv.org.br
• Sites BJCVS: www.scielo.br/rbccv • www.bjcvs.org • https://mc04.manuscriptcentral.com/rbccv-scielo (also for article submission)

INDEXED IN

- **Thomson Scientific (ISI)**
  science.thomsonreuters.com
- **PubMed Central**
  www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/
- **PubMed/Medline**
  www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
- **SciELO - Scientific Library Online**
  www.scielo.br
- **Scopus (Scimago)**
  www.scimagojr.com
- **Google scholar**
  scholar.google.com.br/scholar
- **LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Cientificas de America Latina, el Caribe, España y Portugal**
  www.latindex.unam.mx
- **LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.**
  lilacs.bvsalud.org/
- **EBSCO**
  www2.ebsco.com/pt-br
- **ProQuest**
  www.proquest.com
- **Redalyc**
  www.redalyc.org

SUPPORT

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

This journal is affiliated to
Associação Brasileira de Editores Científicos ABEC Brasil

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CAPES

creative commons
All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

DEPARTMENT OF SURGERY OF THE BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

"Enhancing the professional on behalf of the patient"

BOARD OF DIRECTORS 2016 - 2017

President:	Fabio Biscegli Jatene (SP)
Vice-President:	Rui M. S. Almeida (PR)
Secretary General:	Bruno Botelho Pinheiro (GO)
Financial Director:	Eduardo Augusto Victor Rocha (MG)
Scientific Director:	Renato A. K. Kalil (RS)
Education Director:	Henrique Murad (RJ)
Advisory Board:	Luciano Cabral Albuquerque (RS) João Carlos Ferreira Leal (SP) Josalmir Jose Melo do Amaral (RN) Marcelo Sávio da Silva Martins (RJ) Ricardo Carvalho Lima (PE)
Journal Editor:	Domingo Marcolino Braile (SP)
Events Director:	Carlos Manuel de Almeida Brandão (SP)
Site Editor:	Melchior Luiz Lima (ES)
Newsletter Editors:	Luciano Cabral Albuquerque (RS) Domingo Marcolino Braile (SP) Fernando Ribeiro Moraes Neto (PE) Orlando Petrucci Jr (SP) Walter José Gomes (SP)

Presidents of Regional Afilliates

Norte-Nordeste:	Mariano Brasil Terrazas (AM)
Rio de Janeiro:	Marcelo Sávio da Silva Martins (RJ)
São Paulo:	Marcelo Biscegli Jatene (SP)
Minas Gerais:	Luiz Cláudio Moreira Lima (MG)
Centro-Oeste:	Wilson Luiz da Silveira (GO)
Rio Grande do Sul:	Luciano Cabral Albuquerque (RS)
Paraná:	Andrea Dumsch de Aragon Ferreira (PR)
Santa Catarina:	Milton de Miranda Santoro (SC)

Departments

DCCVPED	Fernando Ribeiro de Moraes Neto (PE)
DECAM	Fernando Antibas Atik (DF)
DECA	Luiz Paulo Rangel Gomes da Silva (PA)
DECEM	João Carlos Ferreira Leal (SP)
DEPEX	José Carlos Dorsa V. Pontes (MS)
DECARDIO	Ricardo Adala Benfatti (MS)
DBLACCV	Nathália Ribeiro Pinho de Souza (CE)
ABRECCV	Eduardo Nunes Toniasso (SP)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

DEPARTMENT OF SURGERY OF THE BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

"Enhancing the professional on behalf of the patient"

BOARD OF DIRECTORS 2018 - 2019

President:	Rui M. S. Almeida (PR)
Vice-President:	Eduardo Augusto Victor Rocha (MG)
Secretary General:	Carlos Manuel de Almeida Brandão (SP)
Financial Director:	Bruno Botelho Pinheiro (GO)
Scientific Director:	Renato A. K. Kalil (RS)
Education Director:	Henrique Murad (RJ)
Advisory Board:	João Carlos Ferreira Leal (SP) Eduardo Sérgio Bastos (RJ) Josalmir José Melo de Amaral (RN) Melchior Luiz Lima (ES) Vinicius José da Silva Nina (MA)
Journal Editor:	Domingo Marcolino Braile (SP)
Editor do Site:	Luciano Cabral Albuquerque (RS)
Events Director:	Fernando Antônio Roquette Reis Filho (MG)
Director of Department and Commissions:	Magaly Arrais dos Santos (SP)
Newsletter Editors:	Luciano Cabral Albuquerque (RS) Domingo Marcolino Braile (SP) Fernando Ribeiro Moraes Neto (PE) Orlando Petrucci Jr (SP) Walter José Gomes (SP)

Presidents of Regional Afilliates

Norte-Nordeste:	Mariano Brasil Terrazas (AM)
Rio de Janeiro:	Mario Ricardo Amar (RJ)
São Paulo:	João Carlos Ferreira Leal (SP)
Minas Gerais:	Mauricio de Castro Gomes (MG)
Centro-Oeste:	Wilson Luiz da Silveira (GO)
Rio Grande do Sul:	Luciano Cabral Albuquerque (RS)
Paraná:	Andrea Dumsch de Aragon Ferreira (PR)
Santa Catarina:	Milton de Miranda Santoro (SC)

Departments

DCCVPED:	Andrey José de Oliveira Monteiro (RJ)
DECAM:	Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ)
DECA:	Celso Salgado de Melo (MG)
DECEM:	Gustavo Ieno Judas (SP)
DEPEX:	Ricardo Adala Benfatti (MS)
DECARDIO:	Melchior Luiz Lima (ES)
ABRECCV:	Márcio Rufino Barbosa Jr (SP)
DBLACCV:	Rafael Viana dos Santos Coutinho (BA)



Carta do Editor

Nas palavras do Prof. Renato Kalil em seu editorial (BJCVS v. 32, n. 5), o 44º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular realizado no Rio de Janeiro foi um sucesso, excedendo a expectativa do número de participantes, adicionando muitos novos falantes e apresentadores de disciplinas científicas e impressionando com a qualidade das apresentações de participantes nacionais e internacionais. A política adotada foi priorizar a qualidade científica, incluir jovens cirurgiões e discutir os temas da atual realidade e prática da especialidade.

O 45º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, a realizar-se de 19 a 21 de abril de 2018, no Centro de Convenções Goiânia, deverá manter esse padrão, uma vez que a estratégia organizacional foi mantida, além da programação científica, sendo agregadas inovações que tornarão o evento cada vez mais completo, nada devendo aos encontros internacionais. Este ano o tema será "Ciência e Inovação". Este Suplemento, como nos anos anteriores do BJCVS, ilustra as atividades do Congresso (agenda, programação científica, resumos dos temas livres e pôsteres), destacando-se ainda o 36º Congresso de Brasileiro de Circulação Extracorpórea, o 8º Simpósio de Enfermagem em Cirurgia Cardiovascular, o 8º Simpósio de Fisioterapia em Cirurgia Cardiovascular e o 7º Congresso Acadêmico em Cirurgia Cardiovascular, o Encontro das Mulheres Cirurgiãs e o Encontro dos Residentes.

O tradicional "Hands-On" será realizado no dia 19 (quinta-feira), com dois blocos, divididos em dois módulos. Mas a grande novidade será o Fórum Greco-Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular, que acontecerá nesse mesmo dia.

Como convidados internacionais estarão presentes os doutores Domingos Sávio de Souza (Suécia), Manuel Antunes (Portugal) e Mario F. L. Gaudino (EUA).

É preciso enfatizar o trabalho da Comissão Organizadora, coordenada pelo Dr. Wilson Silveira. Sua dedicação ímpar na viabilização da logística e auxílio na programação científica foram responsáveis pela atração do grande número de participantes que se deslocarão até Goiânia, desta forma engrandecendo cada vez mais o nosso Congresso.

Não posso me esquecer também das empresas que, mesmo no atual cenário econômico de muitas incertezas, decidiram expor seus produtos, tão importantes para o desempenho das nossas atividades, sendo indispensáveis para tornar realidade o 45º Congresso da SBCCV. Muito obrigado pela confiança e parceria que se mantêm.

O BJCVS está em uma fase editorial muito promissora. Com a não obrigatoriedade da apresentação do trabalho completo com vistas à publicação no BJCVS, ressaltamos que, infelizmente, dos trabalhos apresentados, um número próximo de 200 não se transformou em trabalhos completos. Em uma visão geral, observa-se a diminuição de submissões de artigos para publicação em nossa revista. Assim, no dia 20 de abril, das 10h às 12h, no Auditório 7, ocorrerá a reunião do Corpo Editorial do BJCVS com os Editores Associados, Membros do Conselho Editorial, Revisores e sempre aberta a todos os sócios.

Em nome dos Editores Associados, agradeço a confiança da Diretoria da SBCCV e da Comissão Organizadora, pelo irrestrito apoio ao BJCVS ao longo dos anos.

Atenciosamente,

Paulo Roberto B. Evora

Editor-Chefe Interino Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery

Mensagem do Presidente da SBCCV



É com enorme satisfação que damos as boas vindas a todos os participantes do nosso 45º Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, esta tradicional reunião científica que tem o privilégio de reunir os cirurgiões cardiovasculares brasileiros, tanto científica como socialmente.

Os congressos da SBCCV, sempre têm como marca registrada a preocupação de ser um encontro do mais alto nível científico e uma grande reunião de associados, tanto do ponto de vista associativo como do social.

A organização local em Goiás, coordenada pelo Dr. Wilson Luiz da Silveira, não tem medido esforços para nos acolher, a todos, com a habitual hospitalidade da da Região Centro-Oeste. Todos têm trabalhado com afinco para tornar este congresso um marco na história da SBCCV.

A comissão científica, liderada pelo Prof. Renato Kalil, tem realizado, nos últimos meses, mudanças importantes no formato científico do nosso congresso, de modo a poder haver maior participação simultânea dos nossos associados nas sessões de interesse comum, não só em relação aos avanços tecnológicos mas também nas atividades nossas diárias. O moderno se une ao tradicional e assim todos teremos noção dos avanços em procedimentos e da consolidação dos mesmos.

Este ano teremos a participação de alguns convidados estrangeiros de renome em áreas específicas – Domingos Sávio de Souza, Manuel Antunes e Mario F. L. Gaudino que sem duvida trarão enormes contribuições, além de alguns cirurgiões gregos num Encontro Greco-Brasileiro, para uma troca de experiências.

Os tema-livres para apresentação oral, estão subdivididos em salas, por sub-especialidades, para otimizar a discussão entre pessoas de uma mesma área, bem como prestigiar aqueles que se dedicam à pesquisa e à realização de ciência. Além destas, haverá a sessão especial de melhores temas-livres e em uma área nobre, a apresentação dos pôsteres aprovados.

Sem dúvida que, apesar do momento que a cirurgia cardiovascular atravessa, em relação aos problemas econômicos, teremos um comparecimento em massa a este congresso, que é sem dúvida o maior encontro científico da área na América do Sul.

Mais uma vez queremos convidá-los a aproveitarem além da parte científica tudo o que esta maravilhosa cidade de Goiânia nos proporciona além, evidentemente, do convívio com a família e os amigos.

É um imenso prazer ter a oportunidade de receber a grande e distinta família da cirurgia cardiovascular brasileira e mundial em Goiânia.

Aproveitem e um bom Congresso a todos!

Prof. Dr. Rui M. S. Almeida
Presidente da SBCCV Gestão 2018-2019

Sumário

Mensagem da Comissão Organizadora	8
Comissões	9
Agradecimentos Especiais	12
Informações do evento	13
Local do evento	14
Agenda: Reuniões, Provas e Assembleias	15
Programa Científico Congresso	18
Programa Hands On	48
Simpósios Satélites e Sala Virtual	49
Resumos dos Temas Livres e Pôsteres	
Temas Livres • SBCCV	50
Temas Livres • Pediatria	67
Temas Livres Acadêmicos	73
Temas Livres Fisioterapia	79
Temas Livres Enfermagem	89
Temas Livres SBCEC	93
Apresentação de Pôsteres SBCCV	96
Exposição de Pôsteres SBCCV	107
Exposição de Pôsteres Acadêmicos	179
Exposição de Pôsteres Fisioterapia	193
Exposição de Pôsteres SBCEC	205

Mensagem da Comissão Organizadora

Caros Colegas e Amigos,

O Centro-Oeste, no coração do Brasil, mais uma vez pulsa forte na expectativa de receber os Cirurgiões Cardiovasculares por ocasião de nosso Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, nosso principal evento científico.

Goiânia, depois de quatorze anos, tem a honra de protagonizar esse momento. Desta vez no principal Centro de Eventos de nossa cidade, no centro da Cidade com sua simplicidade, mas ao mesmo tempo eficiente e aconchegante e na proximidade dos principais hotéis da cidade, foi reservada uma área suficiente para receber a todos conforme as necessidades de nosso evento como espaço para os expositores e centro de alimentação com nossa culinária típica.

A comissão científica, como sempre, está trabalhando na organização de um programa científico diversificado e atraente, abordando temas atuais e consolidados em nossos eventos.

Trabalho este, como sempre, brilhantemente coordenado pela Comissão de Eventos da SBCCV, auxiliados pela entusiasmada comissão local, diretorias afins e corpo-técnico administrativo da nossa Sociedade.

Convidamos a todos cirurgiões para mais uma vez participar deste importante e elaborado evento científico, além de partilhar nossa cultura e desfrutar de nossa hospitalidade.

Sejam Bem-vindos! Estaremos com os corações acelerados e braços abertos para recebê-los!

Atenciosamente,

Comissão Organizadora do 45º Congresso da SBCCV

Comissões

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR
BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOVASCULAR SURGERY

COORDENADOR - 45º CONGRESSO DA SBCCV

Wilson Luiz da Silveira (GO)

COMISSÃO LOCAL DO 45º CONGRESSO DA SBCCV

Artur Henrique de Souza
Bruno Botelho Pinheiro
Rodrigo Oliveira Rosa Ribeiro de Souza
Ricardo Barros Corso (DF)

COMITÊ DE CONSULTORES CIENTÍFICOS

Alfredo I Fiorelli (SP)
Bayard Gontijo Filho (MG)
Cezar Augusto Conforti (SP)
Diego Felipe Gaia dos Santos (SP)
Eduardo K. Saadi (RS)
Eduardo Sérgio Bastos (RJ)
Fábio Antonio Gaiotto (SP)
Fernando Antibas Atik (DF)
Fernando Antonio Fantini (MG)
Fernando Antonio Roquette Reis Filho (MG)
Fernando Ribeiro Moraes Neto (PE)
Francisco D. A. Costa (PR)
Francisco Gregori Jr (PR)
Henrique Murad (RJ)
Januário Manuel de Souza (SP)
João Carlos F. Leal (SP)
João Jazbik Neto (MT)
José Teles de Mendonça (SE)
José Wanderley Neto (AL)
Leonardo Ferber Drumond (MG)
Luciano Cabral Albuquerque (RS)
Luiz César Guarita Souza (PR)
Luiz Cláudio Moreira Lima (MG)
Luiz Felipe P. Moreira (SP)
Luiz Paulo Rangel G. da Silva (PA)
Magaly Arrais dos Santos (SP)
Marcela Cunha Sales (RS)
Marcelo Biscegli Jatene (SP)

Marcelo Sávio da Silva Martins (RJ)
Noedir A. G. Stolf (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Ricardo de Carvalho Lima (PE)
Rodrigo Mussi Milani (PR)
Sérgio Almeida de Oliveira (SP)
Vinicius José da S. Nina (MA)
Walter José Gomes (SP)
Walter Villela de A. Vicente (SP)

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES 45º CONGRESSO DA SBCCV

Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ)
Álvaro Albrecht (RS)
Andrea Dumsch de Aragon Ferreira (PR)
Andrey José de Oliveira Monteiro (RJ)
Bruno Botelho Pinheiro (GO)
Carla de Oliveira (MG)
Carlos Manuel de Almeida Brandão (SP)
Celso Salgado de Melo (MG)
Domingo Marcolino Braile (SP)
Eduardo Augusto Victor Rocha (MG)
Eduardo Sérgio Bastos (RJ)
Eduardo Keller Saadi (RS)
Fernando Antibas Atik (DF)
Fernando Ribeiro de Moraes Neto (PE)
Gilberto Venossi Barbosa (RS)
Gustavo Ieno Judas (SP)
Henrique Murad (RJ)
João Carlos Ferreira Leal (SP)
Josalmir José Melo do Amaral (RN)
José Carlos Dorsa V. Pontes (MS)
Leonardo Andrade Mulinari (PR)
Luciano Cabral Albuquerque (RS)
Luiz César Guarita Souza (PR)
Luiz Cláudio Moreira Lima (MG)
Luiz Paulo Rangel Gomes da Silva (PA)
Marcelo Matos Cascudo (RN)
Marcelo Sávio da Silva Martins (RJ)
Melchior Luiz Lima (ES)
Milton de Miranda Santoro (SC)
Paulo Roberto Lunardi Prates (RS)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Adala Benfatti (MS)
Ricardo de Carvalho Lima (PE)
Rui M. S. Almeida (PR)
Vinicius José da Silva Nina (MA)
Walter Villela de Andrade Vicente (SP)
Wilson Luiz da Silveira (GO)

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES 7º CONGRESSO ACADÊMICO EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Filipe Tomasi K. S. de Almeida (PR)
Leila Nogueira Barros (SP)
Luiz Antônio Rivetti (SP)
Nathália Ribeiro Pinho de Sousa (CE)
Rafael Viana dos Santos Coutinho (BA)
Rui M. S. Almeida (PR)

COMISSÃO NACIONAL HANDS-ON

Gilberto Venossi Barbosa (RS)
Carlos Manuel de Almeida Brandão (SP)
Milton de Miranda Santoro (SC)
Ricardo Barros Corso (DF)
Rodrigo Oliveira Rosa Ribeiro de Souza (GO)
Vinicius José da Silva Nina (MA)

COMISSÃO NACIONAL 8º SIMPÓSIO DE FISIOTERAPIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Michel Silva Reis (RJ)
Rodrigo B. Jaenisch (RS)
Solange Guizilini (SP)
Valeria Papa (SP)
Vera Lucia dos Santos Alves (SP)

COMISSÃO LOCAL 8º SIMPÓSIO DE FISIOTERAPIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Giulliano Gardenghi (GO)
Celina Lumi Kushida (GO)
Márcia Regina Gonçalves (GO)

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES 8º SIMPÓSIO DE FISIOTERAPIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Audrey Borghi-Silva (SP)
Geovana Sôffa Rezio (GO)
Renata Trimer (RS)

COMISSÃO LOCAL 8º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Adriana Zottarelli Borges de Sousa (GO)
Higor Alencar (DF)
Pedro Wilker de Andrade Ferreira (GO)
Ranielle de Lima Silva Nunes (GO)
Thais Coutinho da Silva (DF)
Wilka de Castro Rabelo Silveira (GO)

COMISSÃO JULGADORA DE TEMAS LIVRES 8º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Gabriela Oliveira (GO)
Virginia Visconde Brasil (GO)

Nosso agradecimento

A Diretoria da SBCCV agradece o trabalho incansável da Comissão Organizadora do 45º Congresso, em especial ao Coordenador, Dr. Wilson Luiz da Silveira (GO). Não foram medidos esforços para que o Congresso seja do mais alto nível de qualidade e proporcione bem-estar a todos os participantes.

Agradecemos, também, a participação das empresas expositoras e patrocinadoras, e órgãos de apoio, que ano após ano, permitem que os Congressos da SBCCV sejam um verdadeiro sucesso.

Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.
Baxter Hospitalar
Biocárdio Com. Repres. Ltda.
Biotronik Comercial Médica Ltda.
Braile Biomédica
COMEX Indústria e Comércio S/A
Contatti Comércio e Representações Ltda
Daiichi Sankio Ltda.
E. Tamussino e Cia Ltda.
Edwards Lifesciences Com. E Prod. Médico- Cirúrgicos Ltda.
Ethicon Inc, Uma Divisão Johnson & Johnson Medical Brasil
Livanova do Brasil
Maquet Cardiopulmonary do Brasil Ind. Com S.A
Medtronic Comercial Ltda
MN MÉDICA
Montserrat Comercial Importação e Exportação Ltda.
Nipro Medical Corporation do Brasil
Schobell Industrial Ltda
Suporte Vita Com e Serviços Ltda.
TVMed
WL Gore & Associates do Brasil

ORGÃOS DE APOIO

CAPES
CNPQ

Seja bem-vindo

Informações do Evento

ABERTURA

19 DE ABRIL • QUINTA-FEIRA

16h30/18h10
Auditório 1

ROTEIRO

16h30/16h35
BOAS-VINDAS DO COORDENADOR DO CONGRESSO

16h35/16h50
PALAVRA DO PRESIDENTE DA SBCCV

16h50/17h20
PALESTRA HISTÓRICA
História do Transplante Cardíaco: o que vimos, ouvimos e convivemos com os pioneiros

17h20/18h10
PALESTRA DE ABERTURA
Mecanismos, consequências e prevenção de oclusões de enxertos aorto-coronarianos
Mechanisms, consequences and prevention of coronary graft failures

COQUETEL

19h/21h
Lounge SBCCV, área da exposição

HORÁRIOS DE SECRETARIA

19 de abril – Quinta-feira – 7h/18h30
20 de abril – Sexta-feira – 7h30/18h30
21 de abril – Sábado – 7h30/14h

CRACHÁ DE ACESSO

O crachá entregue aos participantes é de uso obrigatório para o ingresso em todas as atividades e na área de exposição.
Evite perdê-lo ou esquecê-lo. Será cobrada uma taxa para confecção da segunda via do crachá.

ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA SBCCV

19 DE ABRIL • QUINTA-FEIRA

18h10
Auditório 1

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA SBCCV

20 DE ABRIL • SEXTA-FEIRA

18h30
Auditório 1

TEMAS LIVRES

Os resumos dos Temas livres e Pôsteres aprovados para apresentação no Congresso estão disponíveis no APP SBCCV e no BJCVS - Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery link para acesso: www.bjcvs.org.

A Secretaria de Temas Livres está localizada junto à área de exposição de pôsteres para atender aos membros das comissões avaliadoras e apresentadores.

PROVA SBCEC

19 DE ABRIL • QUINTA-FEIRA

14h/17h30
Auditório 6

LOUNGE SBCCV

Um espaço para o conforto do congressista, acesso às informações científicas e intercâmbio de ideias.

SALA DO EXPOSITOR

Espaço destinado ao bem-estar dos expositores e melhor relacionamento com os congressistas.

ENCERRAMENTO E PREMIAÇÕES

21DE ABRIL • SÁBADO

12h45/13h30
Auditório 1
Temas Livres Congresso, Homenagem aos Laureados, Personalidade do Ano e Prêmio Prof. Adib Jatene da SBCCV

CERTIFICADOS

Os certificados de participação serão disponibilizados em formato online a partir do dia 10 de Maio, no site do congresso: www.sbccv.org.br/45congresso
Os certificados de Temas Livres e Palestrantes serão enviados pela SBCCV.

“Goiânia: Terra linda venturosa”

"Sou goiano de todo canto,
da lua, do céu de anil
da prosa, do abraço apertado
do coração do Brasil."

Marcelo Barra

Na década de 1930, o jornal O Social, da Cidade de Goiás, lançou o concurso: “Como deve se chamar a Nova Capital?”. Léo Lynce, intelectual goiano, sugeriu que a nova capital deveria se chamar “Petrônia”, em homenagem a diversos “Pedros”, como o fundador da cidade, Pedro Ludovico; aos imperadores do Brasil Dom Pedro I e Dom Pedro II; e a Pedro, discípulo de Jesus e fundador da Igreja Católica. Porém, o próprio Pedro Ludovico, então governador do Estado de Goiás, batizou a cidade de “Goiânia”, sem nunca explicar o motivo da sua escolha.

Goiânia, centro político e administrativo do Estado de Goiás, está situada em uma região de topografia quase plana. Seu clima predominante é o tropical típico (sub úmido), com temperatura anual média de 23ºC, é o munícipio brasileiro com maior área verde por habitante e possui a segunda maior taxa de área verde por habitante do mundo, perdendo apenas de Edmonton, no Canadá. Inicialmente planejada para 50 mil pessoas, a cidade possui hoje mais de 1,3 milhão de habitantes. Está localizada a 209 quilômetros de Brasília.

Sua arquitetura sofreu influência do movimento artístico internacional de Art Déco, que definiu o design dos primeiros prédios da cidade e a fez conhecida como a detentora de um importante acervo do ponto de vista da história da arquitetura brasileira. É a segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas pela capital federal.

Atualmente Goiânia conserva o ar interiorano com belas praças, bosques e parques, tudo isso em meio à paisagem urbanística. Essas características a tornam uma capital moderna e que oferece qualidade de vida. Ela também é famosa pela culinária local e por seus bares e outras atrações.



Reuniões Administrativas
Provas
Assembleias

19 DE ABRIL • QUINTA-FEIRA

HORÁRIO	SALA	EVENTO
12h30/14h	Auditório 2	Assembleia DCCVPed
14h/17h30	Auditório 6	Prova de Título de Especialista SBCEC
18h10/19h	Auditório 1	Assembleia Geral Extraordinária SBCCV

20 DE ABRIL • SEXTA-FEIRA

HORÁRIO	SALA	EVENTO
10h/12h	Auditório 7	Reunião BJCVS
10h/11h	Auditório 9	AGE da ACCCV
11h/12h	Auditório 9	Reunião SCICVESP
12h/14h	Auditório 9	Assembleia ABRECCV
14h/15h	Auditório 9	Reunião DECEM
14h/16h	Auditório 7	Reunião do Registro da SBCCV - BYPASS
15h/16h	Auditório 9	AGE da SNNCCV
16h/18h	Auditório 9	Reunião DECAM
16h45/17h30	Auditório 6	Assembleia Geral Ordinária da SBCEC
18h30/20h	Auditório 1	Assembleia Geral Ordinária SBCCV



Programa Científico

• AUDITÓRIO 1

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR E MINIMAMENTE INVASIVA – DECEM

8h/9h40	**MESA REDONDA – Tratamento contemporâneo das dissecções da aorta** Coordenadores: Luiz Cláudio M. Lima (MG), Vinicius José da S. Nina (MA)	
	8h/8h15	**Existem problemas na aorta distal após a correção da dissecção aguda Tipo A?** Palestrante: Noedir Antonio A. G. Stolf (SP)
	8h15/8h30	***Frozen Elephant Trunk* na dissecção Tipo A. Quando e para quem?** Palestrante: João Carlos F. Leal (SP)
	8h30/8h45	**Evolução da proteção cerebral e sítios de canulação** Palestrante: Luciano C. Albuquerque (RS)
	8h45/9h	**Dissecção Tipo A aguda ou crônica altera a proposta cirúrgica?** Palestrante: Henrique Murad (RJ)
	9h/9h15	**Tratamento híbrido das dissecções residuais do arco aórtico é a melhor opção?** Palestrante: Januário M. de Souza (SP)
	9h15/9h30	**Pesadelos no tratamento endovascular da dissecção aórtica Tipo B** Palestrante: Cledicyon Eloy da Costa (SP)
	9h30/9h40	Discussão
9h40/10h	**CONFERÊNCIA – Cirurgia da aorta em 2020** Presidente: Marcela C. Sales (RS) Conferencista: Enio Buffolo (SP)	
10h /10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/12h45	**MESA REDONDA – Tratamento transcateter das doenças estruturais cardíacas** Coordenadores: Bruno Botelho Pinheiro (GO), Heraldo Guedis Lobo Filho (CE)	
	10h45/11h	**TAVI no risco intermediário vale a pena?** Palestrante: Eduardo K. Saadi (RS)
	11h/11h15	***Valve-in-valve* mitral transapical é um divisor de águas para o cirurgião cardiovascular?** Palestrante: José Honório de A. Palma da Fonseca (SP)
	11h15/11h30	**Custo efetividade do tratamento transcateter valvar aórtico** Palestrante: Fernando A. Lucchese (RS)
	11h30/11h45	***Valve-in-valve* aórtico: tamanho da prótese é um fator limitante?** Palestrante: Carlos Manuel de A. Brandão (SP)
	11h45/12h	**A importância do acesso transeptal** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	12h/12h15	**CONFERÊNCIA – Válvula aórtica percutânea. O que fica para a cirurgia?** Presidente: Rui M. S. Almeida (PR) Conferencista: Eduardo K. Saadi (RS)
12h15/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**	

14h/15h40	**MESA REDONDA – A cirurgia cardíaca pode ser realmente minimamente invasiva?** Coordenadores: Gustavo Ieno Judas (SP), Melchior Luiz Lima (ES)	
	14h/14h15	**Próteses de rápida liberação melhoram os resultados da cirurgia de troca valvar aórtica?** Palestrante: Fernando R. Moraes Neto (PE)
	14h15/14h30	**Minitoracotomia anterior direita para abordagem da valva mitral, utilidade ou futilidade?** Palestrante: Olívio A. de Souza Neto (RJ)
	14h30/14h45	**Próteses de liberação rápida com miniacesso ou TAVI no risco intermediário. Qual a melhor opção?** Palestrante: Ricardo Barros Corso (DF)
	14h45/15h	**Revascularização do miocárdio pela técnica híbrida com auxílio do robô pode ser a melhor opção?** Palestrante: Marco Antonio P. de Oliveira (SP)
	15h/15h15	**Cirurgia valvar mitral: do vídeo para o cateter. O que já mudou?** Palestrante: João Marcelo A. C. Albuquerque (CE)
	15h15/15h30	**Existe espaço para as próteses de liberação rápida na reoperação aórtica?** Palestrante: Gustavo Ieno Judas (SP)
	15h3/15h40	**Discussão**
15h40/16h	**CONFERÊNCIA – Como incorporar novas tecnologias em um ambiente em constante evolução?** ***Conference: How to incorporate new technologies in a persistent changing world?*** Presidente/President: Henrique Murad (RJ) Conferencista/Speaker: Vlassis Ninios (Greece)	
16h/16h30	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
16h30/18h30	**ABERTURA DO 45º CONGRESSO DA SBCCV** Diretoria SBCCV: Rui M. S. Almeida (PR) Eduardo Augusto V. Rocha (MG) Carlos Manuel de A. Brandão (SP) Bruno Botelho Pinheiro (GO) Renato A. K. Kalil (RS) Luciano C. Albuquerque (RS) Magaly Arrais dos Santos (SP) Fernando Antonio Roquette Reis Filho (MG) Henrique Murad (RJ) Comissão Local: Artur Henrique de Souza (GO) Bruno Botelho Pinheiro (GO) Ricardo Barros Corso (DF) Rodrigo Oliveira R. R. de Souza (GO)	
	16h30/16h35	**Boas-vindas pelo Coordenador do Congresso** Wilson Luiz da Silveira (GO)
	16h35/16h50	**Palavra do Presidente** Palestrante: Rui M. S. Almeida (PR)
	16h50/17h20	**PALESTRA HISTÓRICA – História do Transplante Cardíaco: o que vimos, ouvimos e convivemos com os pioneiros** Coordenador: Paulo Roberto Prates (RS) Palestrante: Noedir A. G. Stolf (SP)

	17h20/18h10	**PALESTRA DE ABERTURA** Coordenadores: Eduardo Augusto V. Rocha (MG), Wilson Luiz da Silveira (GO) Secretário: Márcio Rufino Barbosa Jr (SP)
		Mecanismos, consequências e prevenção de oclusões de enxertos aorto-coronarianos *Mechanisms, consequences and prevention of coronary graft failures* Palestrante: Mario Gaudino (USA)
18h10/19h	ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA SBCCV	

• AUDITÓRIO 2

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA - DCCVPed

8h/8h30	**ABERTURA**	
8h30/9h	**CONFERÊNCIA – 25 anos de transplante cardíaco pediátrico na América Latina** Presidente: Andrey Monteiro (RJ) Conferencista: Miguel Barbero-Marcial (SP)	
9h/10h	**MESA REDONDA – Temas controversos em cardiologia pediátrica** Coordenadores: Rafael Aon Moysés (ES), Renato A. K. Kalil (RS)	
	9h/9h10	**Quando devemos indicar *shunt* sistêmico pulmonar e não indicar stent no canal ou na VSVD – visão do cirurgião** Palestrante: Leonardo A. Mulinari (PR)
	9h10/9h20	**Quando devemos indicar *shunt* sistêmico pulmonar e não indicar stent no canal ou na VSVD – visão do cardiologista intervencionista** Palestrante: Raul Arrieta (SP)
	9h20/9h30	**Devemos tolerar gradiente residual na VSVD após correção de Tetralogia de Fallot ou ampliação sem deixar gradiente?** Palestrante: Fernando A. Fantini (MG)
	9h30/9h40	**Devemos abordar o *cleft* mitral nos defeitos do septo forma parcial mesmo sem insuficiência valvar?** Palestrante: Fernando R. Moraes Neto (PE)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/11h45	**MESA REDONDA – Resolução de casos complexos em cirurgia cardiovascular pediátrica** Coordenadores: Miguel A. Maluf (SP), Vinicius José da S. Nina (MA)	
	10h45/11h	**Estenose de veias pulmonares** Palestrante: Renato Samy Assad (SP)
	11h/11h15	**TGA com estenose pulmonar** Palestrante: José Pedro da Silva (EUA)
	11h15/11h30	**Tratamento cirúrgico da enteropatia perdedora de proteínas pós circulação de Fontan** Palestrante: Marcelo B. Jatene (SP)
	11h30/11h45	**Obstrução crítica da VSVE na infância** Palestrante: Beatriz Helena S. Furlanetto (SP)
11h45/12h15	**CONFERÊNCIA – O que mudou com a nova Portaria do SUS?** Presidente: José Teles de Mendonça (SE) Debatedores: Valdester C. Pinto Jr (CE), Luiz Fernando Caneo (SP)	

12h15/14h	**ALMOÇO**	
14h/15h	**Sessão de Temas Livres I** Coordenadores: Acrísio S. Valente (CE), Wilson Luiz da Silveira (GO)	
	14h/14h15	**TL 01 – Retransplante Cardíaco Pediátrico e em Cardiopatias Congênitas** Autor: Carla Tanamati (SP) Comentador: Fernando A. Atik (DF)
	14h15/14h30	**TL 02 – Disfunção valvar atrioventricular em pacientes submetidos à operação tipo cavopulmonar total** Autor: Luiz Fernando Caneo (SP) Comentador: Wilson Luiz da Silveira (GO)
	14h30/14h45	**TL 03 – Correção cirúrgica de Tetralogia de Fallot/Atresia pulmonar após paliação com implante de stent em via de saída do ventrículo direito** Autor: Leonardo Augusto Miana (SP) Comentador: Pedro Rafael Salerno (PE)
	14h45/15h	**TL 04 – Uso de conduto de pericárdio autólogo para reconstrução de artéria pulmonar** Autor: Thiago Amaral Lourenço (RJ) Comentador: Aleksander Dobrianskyj (GO)
15h/16h	**MESA REDONDA – CEC e ECMO em cirurgia cardiovascular pediátrica** Coordenadores: Fernando Antoniali (SP), Paulo Roberto L. Prates (RS)	
	15h/15h15	**Dispositivos de assistência circulatória disponíveis para pacientes pediátricos** Palestrante: Andrey Monteiro (RJ)
	15h15/15h30	**O que há de mais moderno em CEC pediátrica: Perfusato/circuito/monitorização** Palestrante: Fernando Antoniali (SP)
	15h30/15h45	**ECMO pós-cardiotomia: onde estamos no Brasil e no mundo?** Palestrante: Leonardo Augusto Miana (SP)
	15h45/16h	**Discussão**
16h /16h30	**VISITA AOS EXPOSITORES**	

• AUDITÓRIO 3

DEPARTAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA E ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA MECÂNICA - DECAM

8h/8h10	**Abertura** Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ) Fernando Augusto Figueira (PE)		
8h10/10h	**MÓDULO I – Questões práticas relacionadas ao transplante cardíaco e assistência circulatória mecânica** Coordenadores: Cláudio Leo Gelape (MG), Cláudio Ribeiro da Cunha (MG)		
	8h10/9h	**MESA REDONDA – Transplante cardíaco** Coordenadores: Cláudio Leo Gelape (MG), Cláudio Ribeiro da Cunha (MG)	
		8h10/8h25	**Quais critérios de aceite e recusa do doador eu uso? Os escores de risco podem ajudar na decisão?** Palestrante: Fernando Augusto Figueira (PE)
		8h25/8h40	**Como eu faço captação à distância? Como preservar e transportar com segurança?** Palestrante: Fernando A. Atik (SP)

		8h40/8h55	**A técnica de implante bicaval é a melhor técnica de implante?** Palestrante: Fábio Antonio Gaiotto (SP)
		8h55/9h10	**Os critérios de priorização e o sistema de alocação dos doadores no Brasil devem ser atualizados?** Palestrante: Paulo Manuel Pêgo-Fernandes (SP)
		9h10/9h30	**Discussão**
	9h30/10h		**Colóquio Questões práticas sobre assistência circulatória mecânica na insuficiência cardíaca aguda** **Temário: *Shock team*** Balão intra-aórtico ainda tem espaço? Quando indicar assistência mecânica no choque cardiogênico agudo? ECMO ou periféricos? *Hybrid* ECMO? Quando e como descomprimir o VE? Quando migrar assistência? Quando indicar paliação? Coordenadores: Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ), Noedir A. G. Stolf (SP) Painel de Discussão: Bruno Miranda Marques (RJ), Fernando A. Atik (DF), Gustavo Calado de A. Ribeiro (SP), Luiz Fernando Caneo (SP), Stêvan Krieger Martins (SP)
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**		
10h45/12h15	**MÓDULO II – Desafios e soluções na incorporação de dispositivos de assistência circulatória no Brasil** Coordenadores: Jarbas J. Dinkhuysen (SP) Marcelo Matos Cascudo (RN)		
	10h45/10h55		**A limitação e o financiamento do equipamento: experiência de um hospital privado** Palestrante: Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ)
	10h55/11h05		**Visão do Conselho Federal de Medicina em relação a judicialização de dispositivos e procedimentos médicos** Palestrante: Marcelo A. C. Queiroga Lopes (PB)
	11h05/11h15		**A solução para o problema do equipamento é o desenvolvimento de tecnologia nacional (A favor)** Palestrante: Noedir A. G. Stolf (SP)
	11h15/11h25		**A solução para o problema do equipamento é o desenvolvimento de tecnologia nacional (Contra)** Palestrante: Paulo Manuel Pêgo-Fernandes (SP)
	11h25/11h35		**O uso desta tecnologia é para todos os hospitais? Conceito de rede regional de assistência à insuficiência cardíaca avançada** Palestrante: Fernando A. Atik (DF)
	11h35/11h45		**Programas do PROADI em assistência circulatória mecânica e a visão do Sistema Nacional de Transplantes** Palestrante: Rosana Reis Nothen (DF)
	11h45/12h15		**Discussão**
12h30/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**		
14h/16h	**MÓDULO III – Sessão conjunta DECAM/SBCCV e SBCEC - Problemas encontrados e soluções na condução de circulação extracorpórea e ECMO** Coordenadores: Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ), Fernando Augusto Figueira (PE), Élio Barreto de Carvalho Filho (PI)		
	14h/14h30		**CASO CLÍNICO 1 – Meu paciente mais complexo do ano com desfecho favorável** Apresentador: Gustavo Calado de A. Ribeiro (SP) Painel de Discussão: Cláudio Ribeiro da Cunha (MG), Fábio Antonio Gaiotto (SP), Fábio Murilo da Costa (MT), Fernando A. Lucchese (RS)

	14h30/15h	**CASO CLÍNICO 2 – Meu paciente mais complexo do ano com desfecho desfavorável** Apresentador: Claudio Leo Gelape (MG) Painel de Discussão: Paulo Roberto S. Brofman (PR), Tonimar Monteiro da Silva (ES), Walter J. Gomes (SP)
	15h/15h30	**CASO CLÍNICO 3 – Assistência circulatória e transplante** Apresentador: Fábio Antonio Gaiotto (SP) Painel de Discussão: Fernando A. Atik (DF), Jeffchandler Belém (GO), Noedir A. G. Stolf (SP), Paulo Manuel Pêgo-Fernandes (SP)
	15h30/16h	**CASO CLÍNICO 4 – Assistência circulatória e recuperação** Apresentador: Luiz Fernando Caneo (SP) Painel de Discussão: Cláudio Ribeiro da Cunha (MG), Élida Carvalho Rezende (SP), Fernando Antoniali (SP), Fernando Augusto Figueira (PE)
16h/16h30	**VISITA AOS EXPOSITORES**	

• AUDITÓRIO 4

DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA - DECARDIO

8h	**ABERTURA**	
8h/9h30	**MÓDULO I – DEBATE – Atualizações em coronariopatias** Presidente: José Wanderley Neto (AL) Moderador: Enio Buffolo (SP) Debatedores: Domingos Sávio de Souza (Suécia), Elias Kallás (MG), Wilson Luiz da Silveira (GO)	
	8h/8h15	**Atualizações em cirurgia de revascularização miocárdica com CEC e sem CEC** Palestrante: Alexandre C. Hueb (SP)
	8h15/8h30	**Status atual da cirurgia dos enxertos em cirurgia de revascularização miocárdica** Palestrante: Bruno Botelho Pinheiro (GO)
	8h30/ 8h45	**Estado atual da cirurgia de revascularização miocárdica minimamente invasiva** Palestrante: Rodrigo Oliveira R. R. de Souza (GO)
	8h45/9h	**Resultados da cirurgia de revascularização miocárdica e stents coronarianos na doença crônica** Palestrante: Walter J. Gomes (SP)
	9h/9h15	**Cirurgia coronariana robótica – estado atual** Palestrante: Robinson Poffo (SP)
	9h15/9h30	**Discussão**
9h30/10h	**CONFERÊNCIA: Detalhes técnicos da obtenção da veia safena *No Touch*** Presidente: Otoni M. Gomes (MG) Conferencista: Domingos Sávio de Souza (Suécia)	
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/12h15	**MÓDULO II – DEBATE – Atualizações em valvopatias** Presidente: Walter J. Gomes (SP) Moderador: Alexandre C. Hueb (SP) Debatedores: Paulo Roberto L. Prates (RS), Robinson Poffo (SP)	
	10h45/11h05	**Critérios de indicação cirúrgica e seleção de casos para intervenção aórtica** Palestrante: João Carlos F. Leal (SP)

	11h05/11h25	**Válvula de rápida entrega. Uma nova arma no tratamento da estenose valvar aórtica** Palestrante: Sérgio Lima de Almeida (SC)
	11h25/11h45	**Atualização na valvopatia aórtica com anel pequeno** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	11h45/12h05	**Plastia valvar mitral – o que há de novo?** Palestrante: Francisco D. A. da Costa (PR)
	12h05/12h15	**Discussão**
12h15/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**	
14h/16h	**MÓDULO III – DEBATE – Atualizações em insuficiência cardíaca** Presidente: José Teles de Mendonça (SE) Moderador: Francisco D. A. da Costa (PR) Debatedores: Domingos Sávio de Souza (Suécia), Mário Coli J. de Moraes (RJ)	
	14h/14h20	**Rejeição mediada por anticorpos – o que fazer?** Palestrante: Alfredo Inácio Fiorelli (SP)
	14h20/14h40	**Estudo hidrodinâmico (CFD) de bomba centrífuga nacional – K-Pump** Palestrante: Luiz Fernando Kubrusly (PR)
	14h40/15h	**Possibilidades cirúrgicas na insuficiência cardíaca refratária** Palestrante: Enio Buffolo (SP)
	15h/15h20	**Principais avanços em assistência ventricular** Palestrante: Edmo A. Gabriel (SP)
	15h20/15h30	**Discussão**
15h30/16h	**CONFERÊNCIA – Transplante cardíaco – Estado atual** Presidente: Ricardo A. Benfatti (MS) Conferencista: Fabio B. Jatene (SP)	
16h/16h30	**VISITA AOS EXPOSITORES**	

• AUDITÓRIO 5

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL - DEPEX

8h	**ABERTURA**	
8h/10h	**MÓDULO I – DEBATE – Atualizações em cardiopatias** Presidente: Mário Coli J. de Moraes (RJ) Moderador: Antoinette Oliveira Blackman (DF) Debatedores: Alfredo Inácio Fiorelli (SP), Edmo A. Gabriel (SP), José Oscar R. Brito (RJ)	
	8h/8h20	**Protocolo experimental para a reatividade vascular com veia safena humana** Palestrante: Melchior Luiz Lima (ES)
	8h20/ 8h40	**Crescimento de cardiopatias congênitas no adulto - GUCH** Palestrante: Denoel Marcelino de Oliveira (RJ)
	8h40/9h	**Comparação de cardioplegias em cirurgia de revascularização do miocárdio** Palestrante: Antonio E. Germano (SP)

	9h/9h20	**Reabordagem da VSVD no adulto operado para correção de Tetralogia de Fallot** Palestrante: Acrísio S. Valente (CE)
	9h20/9h40	**A importância do marketing médico** Palestrante: Fernanda Daura (SC)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/12h15	**MÓDULO II – DEBATE – Atualizações em cardiopatias** Presidente: Antonio E. Germano (SP) Moderador: Melchior Luiz Lima (ES) Debatedores: Charles Simão Filho (MG), Edmo A. Gabriel (SP)	
	10h45/11h05	**Critérios de fragilidade no idoso** Palestrante: Antoinette O. Blackman (DF)
	11h05/11h25	**Avaliação de risco cardiovascular em pacientes assintomáticos – novos aspectos** Palestrante: Samir Saadeddine Jr (MG)
	11h25/11h45	**Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca. O que temos de novo?** Palestrante: Ricardo A. Benfatti (MS)
	11h45/12h05	**Abordagem endovascular da aorta** Palestrante: Flávio Donizete Gonçalves (MG)
	12h05/12h15	**Discussão**
12h15/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**	
14h/16h	**MÓDULO III – DEBATE – Atualizações em cardiopatias** Presidente: Otoni M. Gomes (MG) Moderador: Flávio Donizete Gonçalves (MG) Debatedores: Denoel Marcelino Oliveira (RJ), José Oscar R. Brito (RJ), Domingos Sávio de Souza (Suécia)	
	14h/14h20	**Riscos especiais em pós-operatório cardiovascular intensivo** Palestrante: Otoni M. Gomes (MG)
	14h20/14h40	**Cirurgia do aneurisma do ventrículo esquerdo** Palestrante: José Oscar R. Brito (RJ)
	14h40/15h	**Atualização no manuseio da insuficiência valvar mitral e isquêmica** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	15h/15h20	**Cirurgia cardíaca minimamente invasiva nas patologias da válvula mitral: perspectiva e realidade atual** Palestrante: Wanewman Lins G. de Andrade (BA)
	15h20/15h40	**TAVI – novas evidências** Palestrante: Charles Simão Filho (MG)
	15h40/16h	**Discussão**

• AUDITÓRIO 6

HANDS-ON SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

8h30/12h	**Hands-On de Circulação Extracorpórea**
14h/17h30	**Prova de Título de Especialista da SBCEC**

• AUDITÓRIO 7

LIGA DOS ACADÊMICOS EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

8h/8h10	**Resultados da Gestão 2017 -2018** Palestrante: Rafael Coutinho (BA)	
8h10/8h35	**FÓRUM DAS LIGAS** Coordenador: Karine Nascimento Chaves (AL), Vinicius Lago (ES)	
	8h10/8h15	**DBLACCV 2.0 – Novo Panorama das Ligas** Palestrante: Filipe Tomasi K. S. de Almeida (PR)
	8h15/8h20	**Ensino: aulas práticas de dissecção** Palestrante: Diogo Assis Souza (DF)
	8h20/8h25	**Pesquisa: Novo modelo da Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular – resultados preliminares** Palestrante: Gabriel Mitsumoto (SP)
	8h25/8h30	**Extensão: "Coração de Estudante" – *Screening* de cardiopatias congênitas** Palestrante: Marina M. Melo (AL)
	8h30/8h35	**Discussão**
8h35/9h35	**Sessão de Temas Livres I** Coordenadores: Ana Paula Romagnoli (RJ), Felipe Mognato de Jesus (ES)	
	8h35/8h50	**TL 01- A influência de variáveis imunológicas, hematológicas e perfusionais na indicação de transfusão de hemácias, e a associação destas com o óbito, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (CEC): coorte prospectiva** Autor: Larissa Martins Silva (MG) Comentador: Maurílio O. Deininger (PB)
	8h50/9h05	**TL 02 – Bentall Biológico x Mecânico: há diferenças na evolução hospitalar?** Autor: Ana Carolina Gonçalves Tubino (DF) Comentador: João Carlos F. Leal (SP)
	9h05/9h20	**TL 03 – Qual a conduta em pacientes com doença arterial carotídea e indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio?** Autor: Filipe Tomasi K. S. de Almeida (PR) Comentador: Luis Roberto Palma Dallan (SP)
	9h20/9h35	**TL 04 – Utilização do EuroSCORE II como preditor de mortalidade em pacientes submetidos a cirurgia de troca de valva aórtica isolada em Hospital de Referência em Salvador- BA** Autor: Hylana Hellen Bispo da Silva Lima (BA) Comentador: Marcos Antonio Cantero (MS)
9h35/10h	**CONFERÊNCIA – Como fazer uma apresentação em congresso?** Presidente: Raphaella von Sohsten C. Lima (PE) Conferencista: Rui M. S. Almeida (PR)	
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	

10h45/12h15	**MESA REDONDA – Residência Médica em cirurgia cardiovascular** Coordenadores: Bianca Alves de Miranda (RJ), Hylana Hellen Bispo da Silva Lima (BA)	
	10h45/11h05	**Novo currículo da SBCCV** Palestrante: Henrique Murad (RJ)
	11h05/11h25	**Residência fora do país: opção válida?** Palestrante: Fernando B. Kubrusly (PR)
	11h25/11h45	**Áreas de atuação em cirurgia cardiovascular: quais e como** Palestrante: Fabio B. Jatene (SP)
	11h45/12h05	**Pós-graduação: antes, durante ou depois?** Palestrante: Vinicius José da S. Nina (MA)
	12h05/12h15	**Discussão**
12h15/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**	
14h/14h30	**CONFERÊNCIA – Parcerias internacionais de intercâmbio acadêmico: opções e perspectivas** Presidente: Rafael Coutinho (BA) Conferencista: Orlando Petrucci Jr (SP)	
14h30/15h15	**Sessão de Temas Livres II** Coordenadores: Pamela Cristina D. Ribeiro (SP), Raísa Michelle V. dos Santos (GO)	
	14h30/14h45	**TL 05 – Abordagem endovascular e cirurgia aberta no tratamento da coarctação de aorta: Um Revisão Sistemática** Autor: Adrielle Gobi Sabarin (BA) Comentador: Rika Kakuda Costa (SE)
	14h45/15h	**TL 06 – Resultados imediatos do fechamento de canal arterial por minitoracotomia em prematuros de extremo baixo peso** Autor: Juliana Vieira de Oliveira Salerno (PB) Comentador: Leonardo Augusto Miana (MG)
	15h/15h15	**TL 07 – Extração percutânea de eletrodos de dispositivos de estimulação cardíaca artificial - Relato de Série de Casos** Autor: Felipe Bruno Santos da Cunha (DF) Comentador: Leonardo A. Mulinari (PR)
15h15/16h	**MESA REDONDA - Cirurgia cardiovascular na graduação** Coordenadores: André Lima Valente (DF), Dhaisa Thaina Souza Conceição (BA)	
	15h15/15h30	**Cirurgia Cardiovascular na grade curricular** Palestrante: Jackson Brandão Lopes (BA)
	15h30/15h45	**Iniciação científica em cirurgia cardiovascular** Palestrante: Gabriel Liguori (SP)
	15h45/16h	**Jovens mulheres cirurgiãs durante a graduação** Palestrante: Leila Nogueira Barros (SP)
16h/16h30	**VISITA AOS EXPOSITORES**	

• AUDITÓRIO 8

ENCONTRO DOS RESIDENTES

8h/9h	**MESA REDONDA – Residência Médica** Coordenador: Janayna T. Rabelato (SP)	
	8h/8h20	**Novo currículo** Palestrante: Henrique Murad (RJ)
	8h20/8h40	**Subespecializações** Palestrante: Daniel Hoyer de C. Barcellos (RS)
	8h40/9h	**Discussão**
9h /10h	**MESA REDONDA - Mercado de trabalho** Coordenador: Márcio Rufino Barbosa Jr (SP)	
	9h/9h20	**Como montar um serviço de cirurgia cardiovascular** Palestrante: Renato T. Arnoni (SP)
	9h20/9h40	**Como negociar salários e honorários** Palestrante: Fabrício Otávio G. Teixeira (ES)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/12h15	**MESA REDONDA – Novas Tecnologias** Coordenador: Joaquim Aprígio N. Batista (SP)	
	10h45/11h05	**TAVI** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	11h05/11h25	**Cirurgia Endovascular** Palestrante: Rodrigo de Castro Bernardes (MG)
	11h25/11h45	**Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica** Palestrante: Rodrigo Oliveira R. R. de Souza (GO)
	11h45/12h15	**Discussão**

CURSO DE METODOLOGIA CIENTÍFICA

Coordenador Geral: Walter J. Gomes (SP)
Coordenadores: Luciano C. Albuquerque (RS), Paulo Roberto B. Évora (SP)

12h30/13h10	**CONFERÊNCIA – Pesquisa de artigos científicos – Base de dados** Conferencista: Andrea C. F. do Carmo (SP)
13h10/13h50	**CONFERÊNCIA – Estatística na prática** Conferencista: Gabriel Liguori (SP)
13h50/14h30	**CONFERÊNCIA – Desenhos de estudos/ CONSORT** Conferencista: Solange Guizilini (SP)

14h30/15h10	**CONFERÊNCIA – Como escrever o artigo científico** Conferencista: Walter J. Gomes (SP)
15h10/16h	**CONFERÊNCIA – Registros de Estudos Clínicos e Plataformas para Pesquisadores em Cirurgia Cardiovascular** Conferencista: Michel Pompeu de Sá (PE)
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**

• AUDITÓRIO 9

FÓRUM GRECO-BRASILEIRO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR

General Coordinator: Rui M. S. Almeida (PR)

8h15/8h30	***Opening and Presentation*** *Coordinators*: Rui M. S. Almeida (PR), Sotirios Papras (Greece), Eduardo K. Saadi (RS), Fabio B. Jatene (SP)	
8h30/10h	***ROUND TABLE – Module I*** *Coordinators*: Eduardo Augusto V. Rocha (MG), Luiz Carlos Bento de Souza (SP)	
	8h30/8h45	***What is the state of the art for left main lesions?*** *Speaker*: Fabio B. Jatene (SP)
	8h45/09h	***Anaortic surgical myocardial revascularization using the π – circuit improves brain protection*** *Speaker*: Sotirios Papras (Greece)
	9h/9h15	***Off-Pump versus On-Pump for CABG today*** *Speaker*: Marco Antonio P. Oliveira (SP)
	9h15/9h30	***Future of cardiac surgery: More cases, less surgeons. Crisis ahead*** *Speaker*: Michalis Argiriou (Greece)
	9h30/9h45	***Reducing the cost of coronary artery bypass surgery*** *Speaker*: Sotirios Papras (Greece)
	9h45/10h	***Discussion***
10h/10h45	***VISIT TO THE EXHIBITORS***	
10h45/12h15	***ROUND TABLE – Module II*** *Coordinators*: Luciano C. Albuquerque (RS), Rubens Tofano de Barros (SP)	
	10h45/11h	***Surgery of the aortic arch: type of cannulations*** *Speaker*: Theodoros Karaiskos (Greece)
	11h/11h15	***Hybrid technics in aortic arch pathologies. How do I do it*** *Speaker*: Panagiotis G. Dedeilias (Greece)
	11h15/11h30	***Hybrid technics in aortic arch pathologies. How do I do it*** *Speaker*: João Carlos F. Leal (SP)
	11h30/11h45	***Endovascular stent grafting for ascending aorta disease, the Greeke experience*** *Speaker*: Michalis Argiriou (Greece)
	11h45/12h	***Endovascular stent grafting for ascending aorta disease, the Brazilian experience*** *Speaker*: Eduardo K. Saadi (RS)
	12h/12h15	***Discussion***

12h15/14h	***LUNCH***	
14h/16h	***ROUND TABLE – Module III*** *Coordinators*: Rui M. S. Almeida (PR), Vinicius José da S. Nina (MA)	
	14h/14h15	***Mitral repair x Replacement*** *Speaker*: Kosmas Tsakiridis (Greece)
	14h15/14h30	***What is the best mitral valve prostheses?*** *Speaker*: Carlos Manuel de A. Brandão (SP)
	14h30/14h45	***Extracting pacemaker leads in infective endocarditis*** *Speaker*: Leonardo A. Mulinari (PR)
	14h45/15h	***What is the best technique to treat AF*** *Speaker*: Renato A. K. Kalil (RS)
	15h/15h15	***Aortic valve replacement: continuous, interrupted suture or sutureless valve?*** *Speaker*: Dimitrios Mikroulis (Greece)
	15h15/15h30	***The use of sutureless valves. Indications and long term results*** *Speaker*: Fernando R. Moraes Neto (PE)
	15h30/15h45	***The future of cardiovascular surgery and the role of the Mentors*** *Speaker*: Rui M. S. Almeida (PR)
	15h45/16h	***Discussion***
16h/16h30	***VISIT TO THE EXHIBITORS***	

• AUDITÓRIO 1

SESSÃO ESPECIAL DE TEMAS LIVRES

8h/10h	**SESSÃO DE TEMAS LIVRES I** **Apresentação e julgamento de temas livres selecionados e candidatos à premiação** Coordenadores: Eduardo Augusto V. Rocha (MG), Vinicius José da S. Nina (MA) Secretário: Telma A. Damasceno (SP) Comissão Julgadora: Ana Maria Rocha P. Silva (SP), Eduardo Augusto V. Rocha (MG), Eduardo Sérgio Bastos (RJ), Francisco D. A. da Costa (PR), Josalmir José M. do Amaral (RN), José Wanderley Neto (AL), Luiz César Guarita Souza (PR), Luiz Felipe Pinho Moreira (SP), Otoni M. Gomes (MG), Vinicius José da S. Nina (MA)	
	8h/8h15	**TL 01 – Análise de preditores para mortalidade hospitalar pós-cirurgia de revascularização do miocárdio: aplicação de algoritmos de mineração de dados** Autor: Álvaro Rösler (RS) Comentador: Rubens Tofano de Barros (SP)
	8h15/8h30	**TL 02 – Posicionamento e dimensionamento ideal de valva transcateter para implantes *valve-in-valve* na posição mitral: uma análise *in vitro*** Autor: Giovanni Braile Sternieri (SP) Comentador: Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ)
	8h30/8h45	**TL 03 – A intervenção coronária percutânea prévia Influi no resultado da revascularização cirúrgica** Autor: Noedir A. G. Stolf (SP) Comentador: Ricardo de Carvalho Lima (PE)
	8h45/9h	**TL 04 – Circulação extracorpórea fetal com mini-circuito: efeito do pré-condicionamento isquêmico remoto em fetos de ovinos** Autor: Renato Samy Assad (SP) Comentador: Fernando A. Fantini (MG)
	9h/9h15	**TL 05 – Cirurgia cardíaca robótica no Brasil** Autor: Robinson Poffo (SP) Comentador: Wanewman Lins G. de Andrade (BA)
	9h15/9h30	**TL 06 – Hidrogéis derivados de matriz extracelular descelularizada para engenharia de tecidos cardiovasculares e medicina regenerativa** Autor: Gabriel R. Liguori (SP) Comentador: Paulo Roberto B. Évora (SP)
	9h30/9h45	**TL 07 – Razão neutrófilos/linfócitos e razão plaquetas/linfócitos predizem desfechos pós-implante valvar aórtico transcateter melhor do que o STS Score** Autor: Jonathan Fraportti do Nascimento (RS) Comentador: Paulo Roberto B. Évora (SP)
	9h45/10h	**TL 08 – Resultados iniciais do implante transcateter *valve-in-valve* em posição tricúspide** Autor: Guilherme Viotto Rodrigues da Silva (SP) Comentador: Ricardo Barros Corso (DF)
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h15	**PALESTRAS DE ATUALIZAÇÃO** ***Up to date lectures*** *Coordinators*: Bruno Botelho Pinheiro (GO), Luciano C. Albuquerque (RS) *Secretary*: André Santiago Silva (SP)	
	10h45/11h15	**Endocardite: falhas diagnósticas e desafios terapêuticos** ***Diagnostic pitfalls and management challenges*** *Speaker*:Manuel Antunes (Portugal)

	11h15/11h45	**Papel da revascularização miocárdica na insuficiência cardíaca** ***The role of CABG in heart failure*** *Speaker*: Mario Gaudino (USA)
	11h45/12h15	**Condutas de eleição nos aneurismas que envolvem a aorta ascendente** ***Management of aneurysms involving the ascending aorta*** *Speaker*: Marcela C. Sales (RS)
12h15/14h	**ALMOÇO/ SIMPÓSIOS**	
14h/16h	**MESA REDONDA- Cirurgia de Revascularização Miocárdica** Coordenadores: Melchior Luiz Lima (ES), Ricardo de Carvalho Lima (PE) Secretário: Marcio Rufino Barbosa Jr (SP)	
	14h/14h15	**Cirurgia totalmente arterial, quando e para quem?** Palestrante: Luís Alberto de O. Dallan (SP)
	14h15/14h30	**Cirurgia de revascularização com ou sem CEC, encontrou o consenso?** Palestrante: Rodrigo M. Milani (PR)
	14h30/14h45	**Qual o espaço para cirurgia mini-invasiva e híbrida?** Palestrante: Wanewman Lins G. de Andrade (BA)
	14h45/15h	**Reconstrução ventricular em aneurismas de VE e acinesias, quando e como?** Palestrante: Ricardo N. Sgarbieri (SP)
	15h/15h15	**Enxerto de veia safena *no touch*: resolvida a questão da durabilidade?** Palestrante: José Wanderley Neto (AL)
	15h15/16h	**Discussão**
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
16h45/18h30	**ENSAIOS CLÍNICOS QUE IMPACTAM NA PRÁTICA CIRÚRGICA I** ***CLINICAL TRIALS THAT IMPACT ON CLINICAL PRACTICE I*** *Coordinators*: Henrique Murad (RJ), João Carlos F. Leal (SP) *Secretary*: Oscar Willian Bomfim (MG) *Comments*: Mario Gaudino (EUA), Manuel Antunes (Portugal)	
	16h45/16h55	**ROOBY Trial Follow-up Extension 2017** *Speaker*: Valquíria Pelisser Campagnucci (SP)
	16h55/17h	***Comments***
	17h/17h10	**CORONARY Trial** *Speaker*: Maurilio O. Deininger (PB)
	17h10/17h15	***Comments***
	17h15/17h25	**SURTAVI – prótese percutânea no risco intermediário** ***SURTAVI: Transcatheter Aortic Valve Replacement with a self-expanding bioprosthesis compared with surgical aortic valve replacement in patients at intermediate surgical risk: first results from the SURTAVI Clinical Trial*** *Speaker*: Alexandre S. Colafranceschi (RJ)
	17h2/17h30	***Comments***
	17h30/17h40	**ADVICE – Efetividade das próteses percutâneas e cirúrgicas no mundo real** ***ADVICE Study: Real-world comparative effectiveness of transcatheter versus surgical aortic valve replacement in the United States: An analysis from two U.S. registries linked to Medicare data*** *Speaker*: Carlos Manuel de A. Brandão (SP)
	17h40/17h45	***Comments***

	17h45/17h55	**Efetividade da oclusão do apêndice atrial em pacientes que vão à cirurgia cardíaca: banco de dados da STS** ***Comparative effectiveness of left atrial appendage occlusion among atrial fibrillation patients undergoing cardiac surgery: a report from the Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery database*** *Speaker*: Leonardo A. Mulinari (PR)
	17h55/18h	***Comments***
	18h/18h10	***BYPASS REGISTRY* – Registro da SBCCV** *Speaker*: Walter J. Gomes (SP)
	18h10/18h15	***Comments***
	18h15/18h25	***ROMA TRIAL*** *Speaker*: Mario Gaudino (EUA)
	18h25/18h30	***Comments***
18h30/20h	**Assembleia Geral SBCCV**	

• AUDITÓRIO 2

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA - DCCVPed

8h30/9h	**MESA REDONDA – Coarctação de Aorta/IAA** Coordenadores: Marcelo Matos Cascudo (RN), Sebastião N. Martins (PI)	
	8h/8h15	**CoAo no neonato – Quando é possível a abordagem por toracotomia lateral?** Palestrante: Valdester C. Pinto Jr (CE)
	8h15/8h30	**Quando abordar por esternotomia mediana?** Palestrante: Marcelo Gomide C. de Faria (RJ)
	8h30/8h45	**Problemas após a correção de CoAo/IAA por anastomose direta. Como evita-los?** Palestrante: Fábio B. Navarro (PR)
	8h45/9h	**Discussão**
9h/10h	**Sessão de Temas Livres II** Coordenadores: Bruno da Costa Rocha (BA), Isaac Newton G. Andrade (PB)	
	9h/9h15	**TL 05 – Fechamento tardio de esterno: uma estratégia cirúrgica a ser sempre considerada para pacientes com cardiopatias congênitas** Autor: Aida Luiza Ribeiro Turquetto (SP) Comentador: Marcello Gomide C. de Faria (RJ)
	9h15/9h30	**TL 06 – Resistência heparínica. Relato de caso** Autor: Leonardo Marega Angotti (RJ) Comentador: Jefferson Duarte F. Magalhães (RJ)
	9h30/9h45	**TL 07 – Resultados em curto e médio prazo do fechamento de canal arterial via percutânea em pré-termos: uma revisão sistemática** Autor: Gustavo Henrique Daltro Santana (BA) Comentador: Bruno da Costa Rocha (BA)
	9h45/10h	**TL 08 – Panorama nas cinco regiões brasileiras acerca das correções de insuficiência congênita das valvas tricúspide e mitral** Autor: Karine Nascimento Chaves (AL) Comentador: Valdester C. Pinto Jr (CE)
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	

10h45/12h	**MESA REDONDA- Tetralogia de Fallot** Coordenadores: Marcello Gomide C. de Faria (RJ), Nadja Cecília de C. Kraychete (BA)	
	10h45/11h	**Morfologia** Palestrante: Vera D. Aiello (SP)
	11h/11h15	**Papilação x correção no neonato** Palestrante: Leonardo Augusto Miana (SP)
	11h15/11h30	**Dicas e truques para preservar a válvula pulmonar** Palestrante: Pedro Rafael Salerno (PE)
	11h30/11h45	**Qual o melhor momento para troca pulmonar?** Palestrante: Jorge Y. Afiune (DF)
	11h45/12h	**Discussão**
12h/12h15	**MINICONFERÊNCIA – Treinamento em cirurgia cardiovascular pediátrica. O que mudou com o novo programa da SBCCV?** Presidente: Rui M. S. Almeida (PR) Conferencista: Fabio B. Jatene (SP)	
12h15/14h	**ALMOÇO/ SIMPÓSIOS**	
14h/15h30	**MESA REDONDA – Atresia pulmonar com CIV e colaterais** Coordenadores: Décio Cavalet S. Abuchaim (SC), Mariano B. Terrazas (AM)	
	14h/14h15	**Morfologia** Palestrante: Vera D. Aiello (SP)
	14h15/14h30	**Princípios do tratamento estagiado e melhor momento para o tratamento cirúrgico** Palestrante: Carla Tanamati (SP)
	14h30/14h45	**Unifocalização e tubo VD-TP no primeiro tempo: prós e contras** Palestrante: Gláucio Furlanetto (SP)
	14h45/15h	**Reabilitação de AP nativas: prós e contras** Palestrante: Marcelo B. Jatene (SP)
	15h/15h15	**Qual a melhor abordagem para o desenvolvimento da árvore pulmonar? Shunt central, tubo VD-TP, conduto valvado VD-TP, manter a CIV aberta** Palestrante: Bruno da Costa Rocha (BA)
	15h15/15h30	**Discussão**
15h30/16h	**CONFERÊNCIA - Pesquisa translacional em CEC: da bancada para o leito** Presidente: Leonardo Augusto Miana (SP) Conferencista: Luiz Fernando Caneo (SP)	
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
16h45/17h45	**SESSÃO DE VÍDEOS** Coordenadores: Aleksander Dobrianskyj (GO), Carlos Eduardo Tossuniam (SP)	
	16h45/17h	**Correção da coarctação de artérias pulmonares sem CEC** Apresentador: Denoel Marcelino Oliveira (RJ)
	17h/17h15	**Instalação de DAV (Berlin Heart®)** Apresentador: Luiz Fernando Caneo (SP)

	17h15/17h30	**Anomalia de Ebstein – Técnica do cone** Apresentador: José Pedro da Silva (EUA)
	17h30/17h45	**Operação de Norwood-Sano no período neonatal** Apresentador: Rodrigo Freire Bezerra (SP)

• AUDITÓRIO 3

DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA

SIMPÓSIO DÉCIO KORMANN

8h20/8h30	**ABERTURA**
8h30/8h50	**Ressincronização cardíaca – Ampliando as indicações**
8h55/9h30	**MESA REDONDA – O futuro em estimulação cardíaca** **• Marca-passos Leaedless – uma nova realidade** **• CDI subcutâneo – indicações e limitações**
9h30/10h	**CDI e Marca-passos compatíveis com ressonância magnética: o que devemos saber?**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**
10h45/11h15	**MINICONFERÊNCIA - Extração de eletrodos via transvenosa. Estado da Arte**
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**

• AUDITÓRIO 4

SIMPÓSIO DE FISIOTERAPIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

8h/8h30	**ABERTURA**	
8h30/9h30	**SESSÃO DE TEMAS LIVRES I** Avaliadores: Michel Silva Reis (RJ), Rodrigo B. Jaenisch (RS), Solange Guizilini (SP)	
	8h30/8h40	**TL 01 - Estudo comparativo da prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com base em duas classificações distintas** Autor: Giulliano Gardenghi (GO)
	8h40/8h50	**TL 02 - Influência do treinamento intervalado de alta intensidade sobre variáveis de desempenho cardiorrespiratório e oxidação de substratos em adolescentes obesos com e sem resistência insulínica** Autor: Vera Lúcia dos Santos Alves (SP)
	8h50/9h	**TL 03 - Avaliação da modulação autonômica cardíaca de neonatos prematuros** Autor: Luiz Fernando M. de Souza Filho (GO)
	9h/9h10	**TL 04 - Reconhecimento dos coeficientes incorporados ao tabagismo em idosos e sua interferência na hipertensão arterial sistêmica** Autor: Valéria Papa (SP)
	9h10/9h20	**TL 05 - Aplicabilidade do peso ideal na titulação do volume corrente em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca** Autor: Dayane Nunes Rodrigues (SP)
	9h20/9h30	**TL 06 - Análise de programa de reabilitação precoce em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasiva** Autor: Thatiana Ricciardi (SP)

9h30/10h	**CONFERÊNCIA – Ventilação mecânica invasiva e cirurgia cardíaca. Estado da Arte** Presidente: Giulliano Gardenghi (GO) Conferencista: Solange Guizilini (SP)	
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/11h15	**CONFERÊNCIA – Assistência circulatória: ECMO e coração artificial. Atuação fisioterapêutica** Presidente: Aparecida Maria Catai (SP) Conferencista: Vanessa Marques Ferreira Mendez (SP)	
11h15/12h15	**DEBATE – Pré-operatório: o que há de novo?** Moderador: Michel Silva Reis (RJ)	
	11h15/11h30	**Avaliação** Debatedor: Valéria Papa (SP)
	11h30/11h45	**Intervenção** Debatedor: Rodrigo B. Jaenisch (RS)
	11h45/12h15	**Discussão**
12h15/14h	**ALMOÇO/ SIMPÓSIOS**	
14h/15h	**SESSÃO TEMAS LIVRES II** Avaliadores: Michel Silva Reis (RJ), Rodrigo B. Jaenisch (RS), Solange Guizilini (SP)	
	14h/14h10	**TL 07 - Uso de cicloergômetro para membros superiores no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estudo randomizado** Autor: Abissay Dias (GO)
	14h10/14h20	**TL 08 – Comportamento dos domínios da independência funcional em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio durante internamento em Unidade de Terapia Intensiva** Autor: André Luiz Lisboa Cordeiro (BA)
	14h20/14h30	**TL 09 – Análise da variabilidade da frequência cardíaca em idosos hipertensos submetidos a um programa de reabilitação cardíaca** Autor: Jordana Campos Martins de Oliveira (GO)
	14h30/14h40	**TL 10 – Fatores que influenciaram na extubação precoce de pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca** Autor: Marília Souza Leão (SP)
	14h40/14h50	**TL 11 – Estimulação elétrica transcutânea como método analgésico no pós-operatório de cirurgia cardíaca** Autor: Jessyka Bueno Cruz (GO)
	14h50/15h	**TL 12 – Perfil de saúde e nível de atividade física de idosos hipertensos** Autor: Valéria Papa (SP)
15h/16h	**DEBATE – Particularidades da mobilização precoce no pós-operatório cirúrgico** Moderador: Ana Cristina S. Rebelo (GO)	
	15h/15h15	**Avaliação** Debatedor: Vanessa Marques Ferreira Mendez (SP)
	15h15/15h30	**Lesão coronária e exercício** Debatedor: Solange Guizilini (SP)
	15h30/15h45	**Cicloergômetro para MMSS e MMII** Debatedor: Giulliano Gardenghi (GO)
	15h45/16h	**Discussão**
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	

16h45/17h10	**CONFERÊNCIA – Ventilação mecânica não invasiva e cirurgia cardíaca. Onde estamos** Presidente: Celina Lumi Kushida (GO) Conferencista: Michel Siva Reis (RJ)	
17h10/17h35	**CONFERÊNCIA – Reabilitação cardiovascular: evidências e inovação** Presidente: André Luiz Lisboa Cordeiro (BA) Conferencista: Audrey Borghi-Silva (SP)	
17h35/18h15	**DEBATE – Treinamento muscular ventilatório e incentivadores ventilatórios. Prós e contras** Moderador: Vera Lúcia dos Santos Alves (SP)	
	17h35/17h50	**Prós** Debatedor: André Luiz Lisboa Cordeiro (BA)
	17h50/18h05	**Contras** Debatedor: Rodrigo B. Jaenisch (RS)
	18h05/18h15	**Discussão**
18h15/18h30	**Premiação dos Temas Livres**	

• AUDITÓRIO 5

SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

8h/8h30	**ABERTURA**	
8h30/9h	**CONFERÊNCIA – Segurança do paciente: o presente e o futuro da cirurgia cardiovascular segura** Moderador: Virginia Visconde Brasil (GO) Conferencista: Mileide Morais Pena (SP)	
9h/10h	**MESA REDONDA – Linha de cuidados da cirurgia cardiovascular: as múltiplas faces do cuidado** Moderador: Gabriela Ferreira de Oliveira (GO)	
	9h/9h15	**Plano terapêutico** Palestrante: Viviane Gusmão (DF)
	9h15/9h30	**Tratamento protocolizado da cirurgia cardiovascular. Quando utilizar?** Palestrante: Marcos Paulo Schlinz (MG)
	9h30/9h45	**Papel do enfermeiro da internação à alta hospitalar** Palestrante: Ana Carolina Lici Monteiro (DF)
	9h45/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
10h45/11h15	**TALK SHOW – Check list: cirurgia segura** Moderador: Gabriela Ferreira de Oliveira (GO) Palestrante: Antonio José de Lima Jr (MG)	
11h15/12h15	**Apresentação de Temas Livres** Coordenadores: Higor Alencar Santos (DF) Pedro Wilker de Andrade Ferreira (GO)	
	11h15/11h30	**TL 01 - Parâmetros gasométricos do banho no leito em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular** Autor: Phelipe Gomes de Barros (PE)
	11h30/11h45	**TL 02 - O nível de estresse do profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico em um hospital cardiológico do Distrito Federal** Autor: Suna Moniz Marçal Miranda (DF)

	11h45/12h	**TL 03 - Implantação da sistematização da assistência de enfermagem na Unidade de Dor Torácica em um hospital de ensino** Autor: Amanda Fogaça (MS)
	12h/12h15	**TL 04 - Reestruturação do dimensionamento de enfermagem de uma Unidade de Terapia Cardiológica e a atuação do enfermeiro** Autor: Mercy da Costa Souza (MS)
12h15/14h	**ALMOÇO/SIMPÓSIO SATÉLITE**	
14h/15h	**MESA REDONDA – Gestão, qualidade e segurança: pilares para processos essenciais do cuidado** Moderador: Adriana Zottarelli Sousa (GO)	
	14h/14h15	**Comunicação efetiva. Qual a importância?** Palestrante: Viviane Gusmão (DF)
	14h15/14h30	**O profissional está preparado para a autonomia do paciente?** Palestrante: Ranielle Lima Silva Nunes (GO)
	14h30/14h45	**A experiência do paciente** Palestrante: Gabriela Ferreira de Oliveira (GO)
	14h45/15h	**Discussão**
15h/15h40	**RELATOS DE EXPERIÊNCIA - *Cases* de sucesso da assistência de enfermagem na cirurgia cardiovascular** Moderador: Ranielle Lima Silva Nunes (GO) Palestrantes: Ana Carolina Lici Monteiro (DF), Maria Letícia B. R. Ambiel (DF)	
15h40/16h10	**CONFERÊNCIA - Letramento em saúde: desafio na comunicação dos profissionais com o paciente** Moderador: Virginia Visconde Brasil (GO) Conferencista: Katarinne Lima Moraes (GO)	
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES**	
16h45/17h15	**CONFERÊNCIA – ECMO – Atualidades da assistência circulatória** Moderador: Wilka de Castro Rabelo Silveira (GO) Conferencista: Carlos Alberto de Araujo Jr (PE)	
17h15/17h45	**Classificação dos Temas Livres e Encerramento**	

• AUDITÓRIO 6

36º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA DA SBCEC

8h/8h30	**ABERTURA - Conferência Especial** Élio Barreto de Carvalho Filho (PI)	
8h30/10h	**Mesa Redonda - Cirurgia Cardíaca é multiprofissional e sincrônica** Coordenador: Renata Geron Finoti (SP) Consultor: Cidenir Santos (RJ)	
	8h30/8h50	**Divisão de tarefas durante a Cirurgia Cardíaca** Palestrante: Alfredo Inácio Fiorelli (SP)
	8h50/9h10	**Anestesia para Cirurgia Cardíaca: quais as opções atuais?** Palestrante: Maurício Friederich (RS)
	9h10/9h30	**A responsabilidade do perfusionista na sala cirúrgica** Palestrante: Marcia V. Brasil (RS)
9h30/10h	**Debate Interativo: Protocolos e rotinas de serviços**	

10h/10h30	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h30/12h	**SESSÃO CIENTÍFICA** Coordenador: Élio Barreto de Carvalho Filho (PI) Consultor: Daiane Huppes (RS)	
	10h30/11h	**A formação continuada do perfusionista e a prática profissional** Palestrante: Raquel C. K. Miranda (RS)
	11h/11h15	**Visita pré-operatória do perfusionista: humanização, segurança e pesquisa** Autor: Ângela Pereira Lopes de Oliveira (PI)
	11h15/11h30	**Circulação extracorpórea como suporte para implante de dispositivo de assistência ventricular esquerda** Autor: Andréia Cristina Passaroni (SP)
	11h30/11h45	**Gestantes submetidas à cirurgia valvar com circulação extracorpórea. Série de casos** Autor: Rebeca Sampaio Góes Cavalcante (SP)
	11h45/12h	**Cirurgia de Bentall De Bono em paciente com aneurisma de aorta: relato de Caso** Autor: Michele Santana Lima dos Santos (SP)
12h15/14h	**Almoço/Simpósio Satélite**	
14h/16h	**MINICONFERÊNCIAS - Perfusão segura: o que já é realidade?** Coordenador: Fernando A. Atik (DF) Consultor: Walkiria Sales(SP)	
	14h/14h20	**Protocolos de segurança e qualidade na perfusão** Palestrante: Flávia Cristina Gomes Alves (SP)
	14h20/14h40	**Simples ações, grandes impactos. O que pode ser feito para melhorar a perfusão no Brasil?** Palestrante: Carlos Araújo Jr (PE)
	14h40/15h	**Importância do ecocardiograma transoperatório** Palestrante: Luiz Fernando Caneo (SP)
	15h/15h20	**Uso e Interpretação de Tromboelastograma na cirurgia cardíaca** Palestrante: Ana Paula Noronha da Silva (SP)
	15h20/15h40	***Heater–cooler* e a incidência de infecções** Palestrante: Marcos Vinícius Pinto e Silva (SP)
	15h40/16h	**Debate interativo**
16h/16h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
16h45/17h30	**Assembleia Geral Ordinária da SBCEC** Presidente: Élio Barreto de Carvalho Filho (PI) Vice-Presidente: Fábio Murilo da Costa (MT)	

• AUDITÓRIO 1

SESSÃO DOENÇAS DA AORTA

8h/10h	**MESA REDONDA - Atualização em doenças da aorta** Coordenadores: Marcela C. Sales (RS), Aleksander Dobrianskyj (GO) Secretário: Diego Gamarra Moreira (SP)	
	8h/8h20	**Dissecção tipo A: resultados atuais e perspectivas futuras** Palestrante: Januário M. de Souza (SP)
	8h20/8h40	**Alternativas táticas e técnicas na abordagem do arco aórtico** Palestrante: José Honório de A. Palma da Fonseca (SP)
	8h40/9h	**Arco aórtico distal e aorta descendente: como tratar?** Palestrante: Luciano C. Albququerque (RS)
	9h/9h20	**Dissecção aguda, subaguda e crônica tipo III: abordagem endovascular ou aberta?** Palestrante: Eduardo K. Saadi (RS)
	9h20/9h40	**Aneurisma de aorta ascendente com valva bicúspide: quando e como tratar?** Palestrante: Mário Issa (SP)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**MESA REDONDA – Atualidades em Valvopatias** ***Up to date in heart valve diseases*** *Coordinators*: João Batista Petracco (RS), José Teles de Mendonça (SE) Secretary: Diego Gamarra Moreira (SP)	
	10h45/11h05	**Insuficiência mitral isquêmica: intervir ou não? Plastia ou troca?** ***Functional ischemic mitral insufficiency: repair or replace or nothing?*** *Speaker*: Fernando R. Moraes Neto (SP)
	11h05/11h25	**Manejo da insuficiência tricúspide: é hora de ser mais agressivo?** ***Is it time to be more aggressive with tricuspid insufficiency?*** *Speaker*: Manuel Antunes (Portugal)
	11h25/11h45	**Por que, quando e como tratar a fibrilação atrial?** ***Why, when and how to treat atrial fibrillation?*** *Speaker*: Álvaro S. Albrecht (RS)
	11h45/12h05	**Quando indicar e o que esperar do MitraClip** ***When to indicate and what to expect from MitraClip?*** *Speaker*: Vlassis Ninios (Greece)
	12h05/12h25	**Qual a real vantagem e o espaço atual das cirurgias valvares mini-invasivas?** ***What is the real benefit and role of mini-invasive valve surgery today?*** *Speaker*: Robinson Poffo (SP)
	12h25/12h45	***Discussion***
12h45/13h30	**ENCERRAMENTO** **PREMIAÇÃO** Homenagem Laureados da SBCCV Prêmio Prof. Adib Jatene Prêmio Personalidade do Ano 2016 - 2017 Prêmios Melhores Temas Livres – 45º Congresso da SBCCV e Liga dos Acadêmicos	

• AUDITÓRIO 2

SESSÃO DE TEMAS LIVRES

8h/10h	**SESSÃO DE TEMAS LIVRES II** Coordenadores: Mauro Barbosa Arruda Filho (PE), Melchior Luiz Lima (ES) Secretário: Jeú Delmondes de Carvalho Jr (PE)	
	8h/8h15	**TL 09 – Cirurgia cardiovascular minimamente invasiva - resultados superiores à cirurgia convencional** Autor: Tércio Campos Leão Neto (GO) Comentador: Olívio A. de Souza Neto (RJ)
	8h15/8h30	**TL 10 – Substituição da valva aórtica com homoenxertos aórticos descelularizados - 10 anos de experiência de uma série pioneira** Autor: Francisco D. A. da Costa (PR) Comentador: Carlos Manuel de A. Brandão (SP)
	8h30/8h45	**TL 11 - PSRD: Um programa de cirurgia cardíaca minimamente invasiva resumida em 48 horas de internação hospitalar** Autor: Ademir Massarico Braz (SP) Comentador: André Raimundo F. Guimarães (BA)
	8h45/9h	**TL 12 – O implante de membrana amniótica humana acelular associada a nanopartículas 15D-PGJ2 melhora a função cardíaca pós infarto do miocárdio com disfunção ventricular em ratos** Autor: Luiz César Guarita Souza (PR) Comentador: Paulo Roberto B. Évora (SP)
	9h/9h15	**TL 13 – É seguro utilizar o tronco braquiocefálico como sítio de canulação em cirurgias do arco aórtico?** Autor: André Lima Valente (BA) Comentador: Mauro Paes Leme de Sá (RJ)
	9h15/9h30	**TL 14 – Cirurgia de Bentall De Bono por mini-esternotomia mediana. Relato de Série de Casos** Autor: Ricardo Barros Corso (DF) Comentador: Januário M. de Oliveira (SP)
	9h30/9h45	**TL 15 - Preditores de insucesso do tratamento cirúrgico da fibrilação atrial a curto e longo prazo** Autor: Jenny Lourdes Rivas de Oliveira (SP) Comentador: Isaac Newton G. de Andrade (PB)
	9h45/10h	**TL 16 – Avaliação da omentopexia como método doador de células tronco no miocárdio isquêmico através da análise de imuno-histoquímica com CD34** Autor: Fernando B. Kubrusly (PR) Comentador: Paulo Roberto S. Brofman (PR)
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**SESSÃO DE TEMAS LIVRES III** Coordenadores: José Glauco Lobo Filho (CE), Marcelo Sávio da S. Martins (RJ) Secretário: Nívea Mangabeira de Oliveira (MG)	
	10h45/11h	**TL 17 – A última tese da técnica de colheita de veias safenas *no-touch* no bypass das artérias coronárias** Autor: Ninos Samano (Suécia) Comentador: Bruno Botelho Pinheiro (GO)
	11h/11h15	**TL 18 – Abreviação do jejum pré-operatório com carboidratos e infusão intraoperatória de ácidos graxos poli-insaturados tipo ômega-3 impactam positivamente na morbidade, inflamação e no controle metabólico pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio: estudo randomizado controlado duplo-cego** Autor: Gibran Roder Feguri (MT) Comentador: Edmo A. Gabriel (SP)

	11h15/11h30	**TL 19 – Desenvolvimento e validação de uma ferramenta de estratificação para previsão de risco de infecção em ferida esternal profunda após cirurgia de revascularização miocárdica em um hospital brasileiro** Autor: Erik Everton da Silva Vieira (PE) Comentador: Wilson Luiz da Silveira (GO)
	11h30/11h45	**TL 20 – Trombocitopenia após *valve-in-valve* transcateter: a curva plaquetária se comporta da mesma forma que uma cirurgia convencional?** Autor: Leonardo Paim Nicolau da Costa (SP) Comentador: Heraldo Guedis Lobo Filho (CE)
	11h45/12h	**TL 21 – Cirurgia de revascularização miocárdica com ou sem circulação extracorpórea: análise do Registro BYPASS** Autor: Nelson Américo Hossne Junior (SP) Comentador: Roberto Gomes de Carvalho (PR)
	12h/12h15	**TL 22 – A cirurgia de revascularização miocárdica no Brasil: análise da realidade nacional através dos dados do Registro BYPASS** Autor: Rodrigo Pereira Paez (SP) Comentador: Orlando Petrucci Jr (SP)
	12h15/12h30	**TL 23 – Seguimento tardio de pacientes portadores de doença arterial coronariana. A opção terapêutica refletiu as recomendações contidas nos guidelines vigentes? Resultados iniciais de um Estudo Multicêntrico** Autor: Helmgton José Brito de Souza (DF) Comentador: Luciano C. Albuquerque (RS)
	12h30/12h45	**TL 24 – Capacidade de fluxo da artéria torácica interna esqueletizada *versus* pediculada na cirurgia de revascularização do miocárdio: revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão** Autor: Luiz de Albuquerque P. de Oliveira Neto (PE) Comentador: Rodrigo M. Milani (PR)

• AUDITÓRIO 3

RESPOSTAS CURTAS PARA QUESTÕES RELEVANTES

Respostas bem específicas, no tempo de 5min cada, seguidas de 5min para perguntas e discussão.

8h/10h	**RESPOSTAS CURTAS PARA QUESTÕES RELEVANTES** Coordenadores: Josalmir José M. do Amaral (RN), Fernando A. Lucchese (RS) Secretário: Emanoel Cruz (SP)	
	8h/ 8h10	**Critérios de escolha da intervenção mais apropriada, CRM ou ACTP, nas lesões de tronco de coronária esquerda** Palestrante: Roberto Gomes de Carvalho (PR)
	8h10/8h20	**Vasoplegia: como e quando tratar?** Palestrante: Paulo Roberto B. Évora (SP)
	8h20/8h30	**A intervenção percutânea prévia influencia o resultado da revascularização cirúrgica?** Palestrante: Enio Buffolo (SP)
	8h30/8h40	**Estratégias de revascularização miocárdica na aorta calcificada** Palestrante: Gustavo Ieno Judas (SP)
	8h40/8h50	**ECMO nas doenças cardio-respiratórias: qual o momento ideal para seu implante?** Palestrante: Luiz Fernando Caneo (SP)
	8h50/9h	**Transplante cardiopulmonar: como e quando?** Palestrante: Paulo Manuel Pêgo-Fernandes (SP)

	9h/9h10	**MitraClip na insuficiência mitral funcional veio para substituir a cirurgia?** Palestrante: Fernando A. Lucchese (RS)
	9h10/9h20	**Insuficiência mitral degenerativa: cirurgia aberta ou videoassistida?** Palestrante: Gustavo Calado de A. Ribeiro (PR)
	9h20/9h30	**Implante de neocordas: por que é pouco utilizada no país?** Palestrante: Francisco Gregori Jr (PR)
	9h30/9h40	**Quais as intervenções percutâneas sobre a valva mitral que tem futuro?** Palestrante: Marcos Roberto L. de Carvalho Santos (AP)
	9h40/9h50	**Devo indicar cirurgia precoce na endocardite infecciosa? Quando?** Palestrante: Fernando Antonio Roquette Reis Filho (MG)
	9h50/10h	**A prótese sem sutura de liberação rápida compete com a TAVI?** Palestrante: Sérgio Lima de Almeida (SC)
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**ENSAIOS CLÍNICOS QUE IMPACTAM NA PRÁTICA CIRÚRGICA II** ***Clinical trials that impact on clinical practice II*** *Coordinators*: Marcus Vinicius Nascimento Santos (DF), Rodrigo C. Segalote (RJ) *Secretary*: Janayna T. Rabelato (SP) *Comments*: Mario Gaudino (EUA), Luiz Felipe Pinho Moreira (SP)	
	10h45/10h55	***German Off Pump Coronary Artery Bypass in Elderly Study (GOPCABE)*** *Speaker*: Paulo Roberto S. Brofman (PR)
	10h55/11h	***Comments***
	11h/11h10	***TRICS III – An International Multicenter Randomized trial of Transfusion in Cardiac Surgery*** *Speaker*: Fábio Antonio Gaiotto (SP)
	11h10/11h15	***Comments***
	11h15/11h25	***BRUISE CONTROL 2 – A Randomized Controlled Trial of Continued versus Interrupted Novel Oral Anti-coagulant at the time of Device Surgery*** *Speaker*: Bruno da Costa Rocha (BA)
	11h25/11h30	***Comments***
	11h30/11h40	***STS/ACC TVT Registry – Comparison of In-Hospital and 1-Year Outcomes of Transcatheter Aortic Valve Replacement for Failed Surgical Bioprothesis versus Native Aortic Stenosis from the STS/ACC TVT Registry*** *Speaker*: Rika Kakuda Costa (SE)
	11h40/11h45	***Comments***
	11h45/11h55	***Procedural and Clinical Outcomes in Transcatheter Aortic Valve Replacement for Bicuspid versus Tricuspid Aortic Valve Stenosis*** *Speaker*: Olívio A. de Souza Neto (RJ)
	11h55/12h	***Comments***
	12h/12h10	***Cerebral Embolic Protection Devices During Surgical Aortic Valve Replacement: A randomized trial from cardiothoracic surgical trials network*** *Speaker*: Fernando A. Atik (DF)
	12h10/12h15	***Comments***
	12h15/12h25	***RESOLVE and SAVORY: subclinical leaflet thrombosis in transcatheter and surgical bioprothesis aortic valves: results from RESOLVE and SAVORY Registries*** *Speaker*: Ricardo Barros Corso (DF)
	12h25/12h30	***Comments***

	12h30/12h40	***Outcomes for 15.259 U.S. patients with acute MI cardiogenic shock (AMICS) supported with Impella*** *Speaker*: Alfredo Inácio Fiorelli (SP)
	12h40/12h45	***Comments***

• AUDITÓRIO 4

SIMPÓSIO DE FISIOTERAPIA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

HANDS-ON

8h/12h30		**Prescrição de exercícios aeróbicos em pacientes coronariopatas** Coordenador: Giulliano Gardenghi (GO) Objetivo: O hands-on se destina a oferecer treinamento sobre as maneiras mais atuais para que se realize uma prescrição adequada de exercícios aeróbios a pacientes coronariopatas, permitindo que os participantes realizem tais procedimentos sob a supervisão de fisioterapeuta com alto conhecimento na área
	8h/08h20	**Respostas fisiológicas do sistema cardiovascular ao exercício** Palestrante: Ana Cristina S. Rebelo (GO)
	8h20/9h	**Identificação das principais alterações eletrocardiográficas durante o teste de esforço** Palestrante: Luciana Fernandes Balestra (GO)
	9h/9h20	**Como prescrever exercício com base no teste ergométrico** Palestrante: Giulliano Gardenghi (GO)
	9h20/9h50	**Como prescrever exercício com base na ergoespirometria** Palestrante: Audrey Borghi-Silva (SP)
	9h50/10h20	**Prescrição de exercício baseada em testes submáximos** Palestrante: Michel Silva Reis (RJ)
	10h20/12h30	**Discussão de casos clínicos com enfoque na prescrição de exercício** Palestrante: Aparecida Maria Catai (SP)
	12h30/12h45	**Encerramento**

• AUDITÓRIO 5

MINIMALLY INVASIVE CARDIAC SURGERY

8h/10h		**Cirurgia valvar minimamente invasiva** Coordenadores: Robinson Poffo (SP), Rodrigo Oliveira R. R. de Souza (GO)
	8h/8h20	**MICS em valva mitral** Palestrante: Wanewman Lins G. de Andrade (BA)
	8h20/8h40	**MICS robótica nas plastias mitrais complexas** Palestrante: Robinson Poffo (SP)
	8h40/9h	**MICS em valva aórtica (*Rapid Deployment Valve*)** Palestrante: Ricardo Barros Corso (DF)
	9h/9h20	**Troca valvar aórtica por toracotomia mínima** Palestrante: Stêvan Krieger Martins (RS)
	9h20/9h40	**MICS no tratamento da Doença de Barlow** Palestrante: Jerônimo Antonio Fortunato Jr (PR)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	

10h45/12h45	**Técnicas minimamente invasivas de revascularização do miocárdio e tratamento de cardiopatias congênitas no adulto** Coordenadores: Renato B. Pope (SC), Wanewman Lins G. de Andrade (BA)	
	10h45/11h05	**MICS CABG (*off-pump*)** Palestrante: Waldo Pinheiro Daniel (RN)
	11h05/11h25	**MICS CABG** Palestrante: Rodrigo Oliveira R. R. de Souza (GO)
	11h25/11h45	**MICS no tratamento das cardiopatias congênitas no adulto** Palestrante: Jerônimo Antonio Fortunato Jr (PR)
	11h45/12h05	**Fechamento percutâneo de defeitos intra e extra-cardíacos** Palestrante: Anderson da Silva Terrazas (AM)
	12h05/12h45	**Discussão e encerramento**

• AUDITÓRIO 6

36º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA DA SBCEC

8h15/10h	**Mesa Redonda - Perfusão em cardiopatias congênitas** Coordenador: Fernando Antonialli (SP) Consultor: Elzilene Filgueira (RN)	
	8h15/8h35	**Prime diferencial: Crianças grandes ou adultos pequenos?** Palestrante: Camila Drielly Vilatoro (SP)
	8h35/8h55	**Estratégias de CEC para cardiopatia congênita complexa** Palestrante: Renata Geron Finoti (SP)
	8h55/9h15	**Técnicas de hipotermia e quando utilizar seus diversos graus?** Palestrante: Élio Barreto de Carvalho Filho (PI)
	9h15/9h35	**Consequências pós-operatórias da CEC. Como interpretar os problemas?** Palestrante: Pedro Salerno (PE)
	9h35/10h	**Debate Interativo: Protocolos e rotinas de serviços**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**MINICONFERÊNCIAS - A Circulação Extracorpórea Latino Americana. É possível aproximarmos realidades?** Coordenadores: Élio Barreto de Carvalho Filho - Presidente da SBCEC , Alileny Pérez - Presidente da ALAP (Venezuela) Consultores: Fábio Murilo da Costa (MT) , Alícia Alvarez (Peru)	
	10h45/11h	**Berlin Heart e o papel do Perfusionista** ***Berlin Heart – Rol del perfuionista*** Conferencista: Ulisses Hernan Gayoso (Paraguai)
	11h/11h15	**Perfusionistas brasileiros: estresse ambiental e qualidade de vida** Conferencista: Andrelise Maria Nicoletti (RS)
	11h15/11h30	**Formação do Perfusionista** ***Formación del perfusionista*** Conferencista: Flávia Cristina G. Alves (SP)
	11h30/11h45	**Cardioplegia Del Nido e suas variações** Conferencista: Fábio Murilo da Costa (MT)

	11h45/12h	**Protocolos e manuais de Qualidade em Perfusão da ALAP** ***Protocolos y manuales de Calidad en Perfusión de ALAP*** Palestrante: Alileny Pérez – ALAP (Venezuela)
	12h/12h15	**Perguntas**
12h30/13h	**Cerimônia de Encerramento** Coordenador: Élio Barreto de Carvalho Filho (PI) Conferencista: Fábio Murilo da Costa (MT)	
12h30/12h45	**Entrega dos Títulos de Especialista em Perfusão**	
12h45/13h	**Entrega dos Prêmios dos melhores trabalhos** **Foto Oficial do Congresso SBCEC 2018 e Encerramento das atividades** Melhor Estudo Clínico: Prêmio Antonio Gilberto Martins Melhor Relato de Caso: Prêmio Otoni Moreira Gomes Melhor Trabalho Experimental: Prêmio Domingo Marcolino Braile Melhor Revisão Sistemática: Prêmio Maria Helena Leal de Souza	

• AUDITÓRIO 7

SIMPÓSIO DE DEFESA PROFISSIONAL

8h/10h	**MESA REDONDA – *HEALTHCARE COMPLIANCE* – Uma mudança definitiva em paradigmas** Coordenadores: Rui M. S. Almeida (PR), Bruno Botelho Pinheiro (GO)	
	8h/8h20	**A importância da política de *Healthcare Compliance* na prática profissional** Palestrante: Albert Bayer Costa (SP)
	8h20/8h40	**A interação da Indústria com Médicos e Associações Médicas, de acordo com a nova regulamentação de *Healthcare Compliance*** Palestrante: João Ximenez (SP)
	8h40/9h	**Relato de caso. A importância de se atentar às normas de conformidade, como defesa num processo judicial** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	9h/9h20	**Publicidade em mídias sociais. Qual o limite ético?** Palestrante: Fernando Ferro da Silva (GO)
	9h20/9h40	**Lançamento do Treinamento on-line de Compliance Anticorrupção e Código de Conduta da SBCCV** Palestrante: Albert Bayer Costa (SP)
	9h40/10h	**Discussão**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**FÓRUM GILBERTO BARBOSA DE EDUCAÇÃO E TREINAMENTO** Coordenadores: Henrique Murad (RJ), Rui M. S. Almeida (PR) Moderadores: Fabio B. Jatene (SP), Gilberto V. Barbosa (RS)	
	10h45/11h	**A visão da SBCCV sobre o novo Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular** Palestrante: Henrique Murad (RJ)
	11h/11h15	**A visão da Comissão Nacional de Residência Médica sobre o novo Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular** Palestrante: Rosana L. de Melo (DF)
	11h15/11h30	**Aspiração dos residentes em cirurgia cardiovascular** Palestrante: Márcio Rufino Barbosa Jr (SP)

	11h30/11h45	**O treinamento endovascular** Palestrante: Eduardo K. Saadi (RS)
	11h45/12h	**O papel das Instituições e dos Mentores** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	12h/12h15	**Sistemas de avaliação e de credenciamento** Palestrante: Rui M. S. Almeida (PR)
	12h15/12h30	**Passado, presente e futuro** Palestrante: Gilberto V. Barbosa (RS)
	12h30/12h45	**Discussão**

• AUDITÓRIO 8

CURSO DE TEVAR

Coordenador Geral: Eduardo Augusto V. Rocha (MG)
Coordenadores: Cledicyon Eloi da Costa (SP), Luiz Cláudio M. Lima (MG)
Secretário: Bernardo Parreiras G. Tarabal (MG)

8h/10h	**Parte 1 – Programas de visualização de imagens: HOROS e OSIRIX** Apresentadores: Cledicyon Eloy da Costa (SP), Antônio Henrique de Sousa Quintella (MG)
	• Utilização dos programas de imagem • Escolha do software • Vantagens e desvantagens de cada um • Reconstrução e manipulação das imagens (MPR) • O pulo do gato (como achar os melhores ângulos para ter as melhores imagens para a cirurgia) • Plugs úteis
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**

10h45/12h45		**Parte 2 – Técnicas e resultados** Coordenadores: Gustavo Ieno Judas (SP), Noedir A. G. Stolf (SP) Secretário: Leila Nogueira Barros (SP)
	10h45/11h	**Como lido com as principais complicações do tratamento endovascular da aorta?** Palestrante: Rodrigo de Castro Bernardes (MG)
	11h/11h15	**Tratamento endovascular para a dissecção Tipo B não complicada. Há uma ampliação das indicações?** Palestrante: Eduardo K. Saadi (RS)
	11h15/11h30	**Uso de contrastes alternativos (CO_2) e táticas especiais para o renal crônico não dialítico** Palestrante: Eduardo Augusto V. Rocha (MG)
	11h30/11h45	**Resultado das cirurgias híbridas da aorta x técnicas abertas clássicas com parada circulatória** Palestrante: Januário M. de Souza (SP)
	11h45/12h	**Uso de próteses bifurcadas e a técnica da chaminé** Palestrante: Luiz Cláudio M. Lima (MG)
	12h/12h15	**Qual o futuro da cirurgia endovascular?** Palestrante: José Honório de A. Palma da Fonseca (SP)
	12h15/12h45	**Discussão**

• AUDITÓRIO 10

CURSO DE TAVI

Coordenador Geral: Paulo Roberto Lunardi Prates (RS)
Coordenadores: João Carlos F. Leal (SP), Renato B. Pope (SC)
Secretário: Janayna T. Rabelato (SP)

8h/10h	**PARTE 1 – A iniciação em técnicas percutâneas**	
	8h/8h15	**TAVI: do projeto ao primeiro passo** Palestrante: Ricardo Barros Corso (DF)
	8h15/8h30	**O cirurgião se familiarizando com guias e cateteres** Palestrante: Renato B. Pope (SC)
	8h30/8h45	**Tipos de próteses e suas particularidades** Palestrante: Magaly Arrais dos Santos (SP)
	8h45/9h	**Via femoral e acessos alternativos** Palestrante: José Honório de A. Palma da Fonseca (SP)
	9h/9h15	**Caso editado. Relato de caso e participação dos ouvintes** Apresentador: Christiano da Silveira Barcellos (RS)
	9h15/9h35	**Discussão**
	9h35/10h	**Simuladores**
10h/10h45	**VISITA AOS EXPOSITORES E SESSÕES DE APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES**	
10h45/12h45	**Parte 2 - Indicações, prática clínica e resultados** Coordenadores: Christiano da Silveira de Barcellos (RS), Milton de Miranda Santoro (SC) Secretário: Janayna T. Rabelato (SP)	
	10h45/11h	**Guidelines e resultados em longo prazo** Palestrante: Gustavo Calado de A. Ribeiro (SP)
	11h/11h15	***Valve-in-valve*** Palestrante: Fernando A. Lucchese (RS)
	11h15/11h30	**Complicações: como devemos estar preparados?** Palestrante: Marcela C. Sales (RS)
	11h30/11h45	**Futuro: quais as novas fronteiras?** Palestrante: Alexandre Siciliano Colafranceschi (RJ)
	11h45/12h	**Meu caso mais complexo – Relato de caso e participação dos ouvintes** Palestrante: Rodrigo de Castro Bernardes (MG)
	12h/12h20	***Wrap up* – Discussão**
	12h20/12h45	**Simuladores**

19 DE ABRIL | QUINTA-FEIRA

	BLOCO 1	BLOCO 2
7h	**CREDENCIAMENTO**	
8h/10h	**MÓDULO I A** **Inovações do tratamento da valvopatia aórtica com válvula de entrega rápida** Apresentador: Sérgio Lima de Almeida Experts: José Honório de A. Palma da Fonseca, Francisco D. A. da Costa, Melchior Luiz Lima, Ricardo Barros Corso	**MÓDULO I B** **Técnicas de plastia da valva mitral** Apresentadora: Magaly Arrais dos Santos Experts: Nei Antonio Rey, Olívio A. de Souza Neto, Euclides M. Tenório, José Glauco Lobo Filho
10h10h30	VISITA AOS EXPOSITORES	
10h30/12h30	**MÓDULO II A** **Correção da insuficiência da valva aórtica nos aneurismas da aorta ascendente pela técnica de Tirone David** Apresentador: Ricardo Barros Corso Experts: Cláudio Ribeiro da Cunha, Nelson Barg, Valdo José Carreira, Christiano da Silveira Barcellos	**MÓDULO II B** **Revascularização do miocárdio com ambas artérias mamárias** Apresentador: Luís Sérgio M. Fragomeni Experts: Marcos Gradim Tiveron, Marcela C. Sales, Maurílio O. Deininger, Márcio José Paes
12h30/14h	VISITA AOS EXPOSITORES/ALMOÇO	
14h/16h	**MÓDULO III A** **Cirurgia de Bentall De Bono** Apresentador: Bruno Botelho Pinheiro Experts: Helmgnton José Brito de Souza, João Carlos F. Leal, Andrea Dumsch de A. Ferreira, Rodrigo Oliveira R. R. de Souza	**MÓDULO III B** **Transplante cardíaco bicaval** Apresentador: Manuel Antunes Experts: José Wanderley Neto, Marcelo Matos Cascudo, Valdester C. Pinto Jr, Robinson Poffo

Edwards

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Medtronic

Pamplona
70 ANOS

SIMPÓSIOS SATÉLITES

20 DE ABRIL | SEXTA-FEIRA AUDITÓRIO 2

12h30/14h

Daiichi-Sankyo

Boas-vindas
Apresentador: Januário Manoel de Souza

Dificuldades no manejo cirúrgico do paciente após antiagregação plaquetária
Apresentador: Januário Manoel de Souza

Pré-tratamento com antiplaquetário na Síndrome Coronária Aguda – existem opções?
Apresentador: Bruno Santana Bandeira

Perguntas e discussão

20 DE ABRIL | SEXTA-FEIRA AUDITÓRIO 5

12h30/14h

LivaNova
Health innovation that matters

O IMPACTO CLÍNICO DE NOVAS TECNOLOGIAS NA CIRURGIA CARDÍACA

Abertura - Chairman
Apresentadora: Magaly Arrais dos Santos

Dicas e truques em casos desafiadores com válvula sem sutura
Apresentador: Cristian Baeza

A experiência brasileira com Perceval
Apresentador: Fernando R. Moraes Neto

Cirurgia x CEC
Apresentadora: Magaly Arrais dos Santos

Uso consciente de sangue/PBM
Apresentador: Guilherme Rabelo

Fechamento da sessão
Apresentadora: Magaly Arrais dos Santos

SALA VIRTUAL

20 DE ABRIL | SEXTA-FEIRA | AUDITÓRIO 8

14h/15h	Sessão 1	• **Consultório Virtual** Apresentador: Rodrigo Gonçalves
15h/16h	Sessão 2	• **Realidade Aumentada** Apresentador: Luiz Antonio Rivetti
16h45/17h45	Sessão 3	• **Apresentação da Cirurgia de correção do Aneurisma do VE com técnica de coração batendo ininterruptamente e de biomodelos de Corações em 3D** Apresentadoras: Valquiria Pelisser Campagnucci, Leila Nogueira Barros

TEMAS LIVRES
SBCCV

20.04 | SEXTA-FEIRA | AUDITÓRIO 1 | SESSÃO ESPECIAL I

TL 01 • 8h/8h15

Análise de preditores para mortalidade hospitalar pós-cirurgia de revascularização do miocárdio: aplicação de algoritmos de mineração de dados

Álvaro Rösler, Jonathan Fraportti, Pedro Nectoux, Gabriel Constantin, Silvio Cazella, Mauro Pontes, Fernando Lucchese

Introdução: Com o crescente interesse dos profissionais de saúde em ferramentas de inteligência artificial, novas aplicações têm surgido rapidamente no meio clínico e cirúrgico. Um dos pilares da inteligência artificial é a mineração de dados (aprendizado de máquinas), que baseia suas técnicas na inferência de grande volume de materiais por meio de algoritmos. Muitos destes modelos matemáticos são voltados à extração de regras de associação e análise de preditores com grande potencial para utilização na área médica (Rezaei-Hachesu P, J. Cardiovasc. Thorac. Res. 9(2):95-101, 2017).

Objetivo: Analisar e atribuir grau de impacto para preditores relacionados à ocorrência de morte hospitalar após realização de cirurgia de revascularização do miocárdio e compará-los com o grau de impacto atribuído pelo EuroSCORE Logístico.

Métodos: Foi analisado registro com 2.119 pacientes incluídos consecutivamente entre 2010 e 2017. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia de revascularização isolada pela mesma equipe cirúrgica e na mesma instituição. Foi gerado um arquivo duplicado do registro para realização de processamento de variáveis. Foram mantidas somente aquelas variáveis reconhecidamente estabelecidas como preditoras de morte hospitalar pós-revascularização do miocárdio. Para a seleção, foi utilizado o EuroSCORE logístico como padrão de modelo de predição. Desta forma, foram mantidas no registro apenas as variáveis presentes no escore cirúrgico. As variáveis que não atingiram pelo menos 1% de prevalência não foram consideras para a análise (caso da endocardite ativa e ruptura de septal). A variável "cirurgia sobre a aorta torácica" não se aplicava ao estudo por se tratar de análise específica de CRM isolada. A mineração de dados foi realizada por meio do software Weka e o algoritmo aplicado para ranqueamento das variáveis, de acordo com o grau de associação com a mortalidade, foi o Ranker.

Resultados: Com a aplicação do algoritmo e posterior comparação dos resultados com os coeficientes do EuroSCORE Logístico, identificamos que o ranqueamento foi bastante distinto quando comparado ao padrão extraído do registro de CRM. Podemos verificar os detalhes do ranqueamento e a posição de cada variável. A mineração de dados confirmou a associação, ainda que com graus diferentes, de todas as variáveis testadas com óbito hospitalar pós-CRM. Esses achados sugerem fortemente que o escore não está ajustado adequadamente para a população estudada.

Conclusão: O ranqueamento obtido por meio da técnica de mineração de dados foi de simples realização e demonstrou ser bastante viável para análise de preditores de forma rápida. Tais resultados podem ajudar as equipes médicas a conhecerem melhor o perfil específico da população que procura atendimento em suas instituições. Além disso, a comparação dos graus de impacto dos preditores evidenciou que estudos de validação dos escores de risco são indispensáveis para que os mesmos possam ser aplicados com segurança em nosso meio.

TL 02 • 8h15/8h30

Posicionamento e dimensionamento ideal de valva transcateter para implantes *valve-in-valve* na posição mitral: uma análise *in vitro*

Giovanni Braile Sternieri, José Honório Palma, Danilo Antonio da Silva, Vinicius Semenzim Ladeia, Glaucia Grazielli Basso Frazzato, Valéria Braile Sternieri, Sofia Braile, Domingo M. Braile

Introdução: Gaia DF et al. (Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery, 2017; 24:514-520) descreveram a importância dos procedimentos da valva mitral. Além disso, referem muitos casos de pacientes que necessitam de cirurgia ainda jovens. Em um grupo de pacientes com seguimento de 10 anos pós cirurgia da mitral foi constatado que 20-35% necessitaram de reoperação. Tudo isso corrobora para um elevado número de intervenções de alto risco, em que o paciente ou já passou por mais de uma cirurgia cardíaca ou possui idade avançada com comorbidades que aumentam os riscos e mortalidade do procedimento. Posto isto, novas técnicas menos invasivas estão sendo desenvolvidas para possibilitar melhor qualidade de vida e redução da taxa de

mortalidade em pacientes que necessitam de reintervenção. Apesar dos resultados serem limitados para o *valve-in-valve* (ViV) mitral, no campo da valva aórtica os resultados são esclarecedores e mostram uma saída nos casos de alta e média complexidade. Ainda sobre o estudo, Gaia et al. concluem que o ViV mitral é um procedimento efetivo e poderá alterar a forma de como as próteses cirúrgicas serão escolhidas no futuro, favorecendo ainda mais as biopróteses. Apesar do procedimento padrão ouro ser a cirurgia convencional para pacientes com baixo risco cirúrgico, o ViV mitral poderá ser uma opção para pacientes com alto risco de mortalidade.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo definir a melhor posição de implante da valva transcateter (VTC) Braile Inovare® dentro de biopróteses valvares cirúrgicas Braile (VC). Além disso, qual o melhor tamanho de VTC para diferentes tamanhos de VC disponíveis no mercado, baseado nos padrões hemodinâmicos adquiridos em duplicador de pulso.

Métodos: Os testes foram realizados em um duplicador de pulso Vivitro (Canadá) com as valvas na posição mitral. Quatro tamanhos de VC foram utilizados (25, 27,29 e 31) e para cada VC foram implantadas 3 VTC de tamanhos diferentes dentro de cada VC (ViV), sendo utilizados os tamanhos 20, 22, 24, 26, 28 e 30 mm. Um *oversizing* mínimo de 8% e máximo de 30% foi estabelecido. Além disso, para cada implante foi avaliada a influência de 5 diferentes zonas de implante para concluir qual altura e *oversizing* ideais para o melhor desempenho (área efetiva de orifício, gradiente de pressão e regurgitação) em relação a cada tamanho de VC. Os testes foram realizados em 4 condições hemodinâmicas diferentes conforme a ISO-5840.

Resultados: Quando são utilizadas as menores VTC possíveis dentro da VC em associação com uma posição de implante mais ventricularizada, são obtidos os melhores resultados de área efetiva de orifício, gradiente de pressão e regurgitação. Quanto maior for a VC melhor serão os padrões hemodinâmicos em relação às SVs menores.

Conclusão: Portanto, pode-se concluir que quanto mais ventricularizado o implante da VTC dentro da VC melhores serão os resultados hemodinâmicos esperados. Além disso, VTCs com o mínimo de *oversizing* seguro para um implante ViV é a melhor opção para um implante ideal. É possível esperar melhores padrões hemodinâmicos de pacientes com VCs maiores implantadas em relação à pacientes com VCs menores implantadas.

TL 03 • 8h30/8h45

A intervenção coronária percutânea prévia influi no resultado da revascularização cirúrgica

Noedir A. G. Stolf, Thaís Amarante Peres de Paula Couto, Gade Satuala Vasco Miguel, Gilmara Silveira da Silva, Flavia Cortez Colósimo, Alexandre Gonçalves de Sousa

Introdução: Sempre houve questionamentos quanto a interferência da intervenção coronária prévia em pacientes posteriormente submetidos a revascularização do miocárdio. Em nosso estudo,buscamos responder tal questionamento.

Objetivo: Avaliar a influência da intervenção coronária prévia com stent na mortalidade e ocorrência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares maiores em pacientes com insuficiência coronária, submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) até cinco anos de seguimento.

Métodos: Foi feito um levantamento retrospectivo através do banco de dados REVASC (Registro de revascularização miocárdica) de pacientes consecutivos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica entre junho de 2009 a julho de 2010. Foi feito o seguimento consecutivo em 3 fases: aos trinta dias, um ano e cinco anos. As características dos pacientes e os fatores de risco foram analisados de acordo com as definições dadas as variáveis pelo EuroSCORE (The European System for Cardiac Operative Risc Evaluation). Para controlar eventual viés de seleção foi realizada análise simultânea com propensity score matching. Todos os testes foram realizados considerando hipóteses bilaterais e assumindo um nível de significância alfa de 5%.

Resultados: A coorte original é de 3007 pacientes com CRM prévia. 261 pacientes desta amostra tinham ATC prévia (8,7%). Na coorte original a análise dos fatores de risco pré-operatórios gerais parece haver um predomínio de indivíduos com idade relativamente inferior com angioplastia prévia (62,3±9,4 *versus* 61,0±10,0 *P*=0,032). Não houve significância estatística na comparação dos dois grupos em relação ao tabagismo, história familiar de doença arterial coronária, diabetes, Insuficiência Renal Crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ou Acidente vascular Cerebral tanto na coorte original como na coorte pareada. Na coorte original não ocorreu menor ocorrência de óbito em nenhum dos segmentos. Na análise dos desfechos da coorte pareada, a angioplastia prévia também não esteve associada na maior ocorrência de óbito nas três fases de seguimento: trinta dias OR: 0,81 (IC95%: 0,33-1,99); *P*=0,648; um ano 0,83, (IC95%:0,51-1,35); *P*=0,455 e cinco anos OR: 0,85, (IC95%:0,58-1,23); *P*=0,376, assim como a ocorrência

de eventos em trinta dias OR: 0,62 (IC95%:0,20-1,91); *P*=0,369, um ano OR: 1,32 (IC95%:0,77-2,25); *P*=0,309 e no quinto ano OR: 1,22 (IC95%:0,78-1,94); *P*=0,398.

Conclusão: A angioplastia prévia com stent não esteve associada com o risco aumentado de mortalidade e ocorrência de MACCE em cinco anos de seguimento após cirurgia de revascularização miocárdica neste banco de dados.

TL 04 • 8h45/9h

Circulação extracorpórea fetal com minicircuito: efeito do pré-condicionamento isquêmico remoto em fetos de ovinos

Renato Samy Assad, Marcelo Gentil Almeida Guedes, Petrônio Generoso Thomaz, Fernando Luiz Zanoni, Ana Cristina Aliman Arashiro, Ana Paula Noronha da Silva, Giuliano Gentile Padilha da Silva, Raphael dos Santos Coutinho e Silva, Ana Cristina Breithaupt Faloppa, Marcelo Vaidotas Pinto, Marcelo Biscegli Jatene, Fábio Biscegli Jatene

Introdução: A cirurgia cardíaca fetal pode representar alternativa terapêutica lógica para cardiopatias congênitas complexas que apresentam elevada morbimortalidade intrauterina ou pós-natal. A disfunção placentária e síndrome da resposta inflamatória sistêmica representam a principal limitação da circulação extracorpórea (CEC) fetal. O pré-condicionamento isquêmico remoto (PCIR) tem sido proposto para mitigar os danos consequentes ao processo inflamatório.

Objetivo: Avaliação experimental do PCIR na função placentária e reposta inflamatória de fetos submetidos à CEC.

Métodos: Foram utilizados 18 fetos de ovelhas (raça mista), com 90% da idade gestacional, divididos em três grupos (Controle Negativo: 2.68kg±0,2kg; Controle Positivo: 2,98kg±0,4kg e Grupo PCIR: 2,96kg±0,4kg). O PCIR foi realizado antes da manipulação fetal, por quatro ciclos de isquemia intermitente de um dos membros traseiros (cinco minutos de garroteamento do membro), alternados com dois minutos de reperfusão. Ambos os grupos de estudo (Controle Positivo e PCIR) foram submetidos à CEC durante 30 minutos, utilizando o Rotaflow como bomba e a placenta como oxigenador in vivo do circuito (não foi utilizado oxigenador). O perfusato foi composto de ringer simples (61,33 ml±6,57 ml). Os fetos foram monitorados durante 60 minutos após a CEC. Foram analisados marcadores inflamatórios sistêmicos fetais e trocas gasosas da placenta.

Resultados: O fluxo máximo atingido durante a CEC fetal no Grupo Controle Positivo foi de 137,0±16,3 ml/min/kg, enquanto que no Grupo PCIR, foi de 191,4±36,0 ml/min/kg (*P*=0,0002). A Tabela 1 mostra os resultados da pressão arterial média sistêmica (mmHg), gasometria arterial, bicarbonato, lactato e marcadores inflamatórios dos fetos nos três grupos. Houve um óbito após a CEC num feto do Grupo Controle Positivo. Foi observada hipotensão arterial sistêmica, acidose mista e aumento do nível de lactato em ambos os grupos de estudo, comparados ao Grupo Controle Negativo. O PCIR promoveu uma redução na liberação de citocinas pró-inflamatórias.

Conclusão: O minicircuito de CEC fetal é simples e factível de se aplicar em fetos ovinos. Apesar do PCIR não impedir a disfunção placentária comumente observada na CEC fetal, o grupo submetido ao PCIR apresentou melhor fluxo sanguíneo durante a CEC e menor resposta inflamatória. A miniaturização do circuito de CEC abre uma perspectiva de futuros estudos da fisiopatologia e resposta endócrino-metabólica da CEC fetal em fetos prematuros e de primatas.

TL 05 • 9h/9h15 • Auditório 1

Cirurgia cardíaca robótica no Brasil

Robinson Poffo, Paola Keese Montanhesi, Sérgio Augusto Fudaba Curcio, Alisson Parrilha Toschi, Renato Bastos Pope

Introdução: O Brasil é o maior país e economia da América Latina com uma população de mais de 200 milhões de habitantes. Apesar de sua posição socioeconômica, a cirurgia cardíaca robótica tem evoluído lentamente no país desde 2010, quando foi realizada a primeira cirurgia cardíaca robótica na América Latina usando o sistema DaVinci®.

Objetivo: O objetivo deste artigo é avaliar os resultados a curto e médio prazo de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca robótica e discutir algumas das razões do seu lento crescimento no Brasil.

Métodos: De março de 2010 a dezembro de 2015, 39 pacientes foram submetidos à cirurgia cardíaca robótica. Vinte e sete pacientes eram do sexo masculino (69,2%), a idade média era de 51,3±17,9 anos e a fração de ejeção de ventrículo esquerdo

média era de 62±5%. Os procedimentos realizados foram: plastia ou troca da valva mitral, tratamento cirúrgico da fibrilação atrial, correção de comunicação interatrial, ressecção de tumores intracardíacos, cirurgia totalmente endoscópica de revascularização do miocárdio e pericardiectomia.

Resultados: O tempo médio de circulação extracorpórea (CEC) foi de 154,9±94,2 minutos e o tempo de pinçamento aórtico médio foi de 114,48±75,66 minutos. Trinta e dois pacientes (82%) foram extubados em sala operatória imediatamente após a cirurgia. A permanência média na unidade de terapia intensiva (UTI) foi de 2,48±3,7 dias e a permanência hospitalar média foi de 6,66±5,95 dias. Não houve conversões para esternotomia ou outra complicação intraoperatória. O acompanhamento clínico pós-operatório foi completo em 100% dos pacientes e houve dois óbitos precoces por causas não cardiovasculares.

Conclusão: A cirurgia robótica cardíaca se mostrou viável, segura e eficaz e pode ser aplicada na correção de várias patologias intra e extra-cardíacas. Seu uso de rotina é recente no Brasil, onde a sua lenta incorporação está associada à falta de treinamento específico, não só na cirurgia robótica como também na cirurgia cardíaca minimamente invasiva e pela falta de reembolso dos sistemas de saúde público e privado ao usar o sistema robótico.

TL 06 • 9h15/9h30

Hidrogéis derivados de matriz extracelular descelularizada para engenharia de tecidos cardiovasculares e medicina regenerativa

Gabriel Romero Liguori, Tácia Tavares de Aquinas, Sérgio Rodrigues de Moraes, Vincenzo Terlizzi, Joris van Dongen, Prashant Sharma, Martin Conrad Harmsen, Luiz Felipe Pinho Moreira

Introdução: Matriz extracelular descelularizada (dECM) tem sido utilizada por anos no campo da engenharia de tecidos e da medicina regenerativa. A simples descelularização da ECM, no entanto, apresenta limitações físicas quanto ao potencial de uso do tecido descelularizado. Como abordagem para contornar essa limitação, a fabricação de hidrogéis de dECM permite fazer uso das propriedades pró-regenerativas da ECM e, simultaneamente, moldar o material da maneira desejada. Apenas alguns tecidos, no entanto, foram estudados como fonte de dECM, sendo o ventrículo esquerdo o mais comumente usado para fins cardiovasculares.

Objetivo: O objetivo do presente projeto foi investigar se diferentes tecidos cardiovasculares (ventrículo esquerdo, valva mitral e aorta) apresentariam o mesmo potencial para a fabricação de hidrogéis de dECM e como os hidrogéis derivados dessas matrizes diferentes iriam interagir com células-tronco e endoteliais.

Métodos: Ventrículo esquerdo, valva mitral e aorta de corações porcinos foram descelularizados usando uma série de detergentes (SDS, Triton-X 100 e deoxicolato). A quantificação de DNA foi utilizada para analisar a qualidade da descelularização e espectrometria de massa foi usada para definir as proteínas da ECM remanescentes no tecido descelularizado. O tecido descelularizado foi digerido com pepsina e ressuspenso em tampão salino (pH 7,4). Aquecida a 37ºC, a suspensão se transforma em um hidrogel. A rigidez do hidrogel foi determinada para amostras com 20mg/mL de dECM. Células tronco derivadas do tecido adiposo (ASC) e uma combinação de ASC com células endoteliais pulmonares (LEC) foram cultivadas, respectivamente, sobre e dentro dos hidrogéis para analisar a diferenciação celular e a formação de rede microvascular. Para a diferenciação das ASC em células musculares lisas (SMC), utilizou-se 10 ng/mL de TGF-β1 como fator de indução e αSMA foi utilizado como marcador de diferenciação. A formação da rede microvascular foi avaliada com coloração para VE-caderina.

Resultados: A descelularização foi bem sucedida para todos os tecidos, como demonstrado pela redução do conteúdo de DNA em amostras descelularizadas para menos de 50ng/mg. A proteína da ECM mais abundante para cada um dos tecidos foi o colágeno VI para ventrículo esquerdo e valva mitral e elastina para a aorta. A rigidez do hidrogel derivado da aorta (6998±895 Pa) foi significativamente maior do que a derivada do ventrículo esquerdo (3384±698 Pa) e da valva mitral (3233±323 Pa) (One-way ANOVA, *P*=0,0008) . A cultura de células sobre os hidrogéis demonstrou o potencial das ASC para se expandirem na superfície do hidrogel já nas primeiras 24h, para todos os três tecidos. A diferenciação das ASC foi demonstrada pela expressão de αSMA em todos os três hidrogéis, sem diferenças significativas entre eles. A cocultura de ASC com LEC dentro dos hidrogéis resultou em formação de rede microvascular tridimensional dentro de uma semana.

Conclusão: Nossos resultados demonstram que os três principais tecidos cardiovasculares (miocárdio, valvas e vasos) podem ser utilizados para fabricar hidrogéis de dECM para engenharia de tecidos cardiovasculares e aplicações de medicina regenerativa. Além disso, esses hidrogéis se apresentam como uma ótima alternativa para o desenvolvimento de tecidos vascularizados artificiais e podem representar um passo em direção à fabricação de órgãos no futuro.

TL 07 • 9h30/9h45

Razão neutrófilos/linfócitos e razão plaquetas/linfócitos predizem desfechos pós-implante valvar aórtico transcateter melhor do que o STS Score

Jonathan Fraportti do Nascimento, Álvaro Rösler, Pedro Nectoux, Gabriel Constantin, Marcela da Cunha Sales, Valter Lima, Eraldo Lucio, Mauro Pontes, Fernando Lucchese

Introdução: Escores que predizem o risco de morte hospitalar para cirurgias cardíacas não oferecem acurácia suficiente para estimar desfechos pós-implante valvar aórtico transcateter (TAVI). Por isso, outras variáveis estão sendo investigadas, principalmente novos marcadores inflamatórios, como as razões neutrófilos/linfócitos (NLR) e plaquetas/linfócitos (PLR) - (Wang, X. Atherosclerosis, 234: 206 - 213, 2014).

Objetivo: Avaliar a acurácia da NLR e da PLR para predizer desfechos hospitalares em 30 dias de acordo com o VARC-2.

Métodos: De novembro de 2009 até abril de 2017 foram incluídos 80 pacientes de forma consecutiva em nossa instituição. Foram analisados dados demográficos, clínicos, angiográficos, tomográficos e operatórios. Desfechos hospitalares em 30 dias, causas de morte e eventos de eficácia clínica no seguimento posterior a 30 dias foram classificados de acordo com o VARC-2 e avaliados por meio da curva de sobrevida de Kaplan Mayer e Teste de Log-Rank. Para análise estatística foi utilizado o software SPSS e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: A média de idade foi de 79 anos, 58% dos pacientes eram do sexo masculino e o IMC médio foi de 26,3 kg/m^2. A média do EuroSCORE logístico foi de 17,8% e a do STS Score de 6,8%. Os pacientes apresentavam alta prevalência de comorbidades clínicas e cardiovasculares. A média da NLR foi de 3,6 e a mediana de 2,7, enquanto a média da PLR foi 160 e a mediana foi 132. A taxa de sucesso dos implantes foi de 84% e não houve registro de conversão. A mortalidade em 30 dias foi de 15%. A mediana do tempo de seguimento clínico foi de 448 dias. NLR e PLR não foram capazes de predizer com precisão a mortalidade hospitalar/30 dias (NLR AUC 0,463 - PLR AUC 0,558 *vs.* STS Score AUC 0,652; *P*<0,05), nem desfechos de eficácia clínica (NLR AUC 0,413 e PLR AUC 0,452 *vs.* STS Score AUC 0,623; *P*<0,05). No entanto, as razões apresentaram melhor acurácia para predizer eventos posteriores aos primeiros 30 dias do que o STS Score (NLR, Log-rank 9.276, *P*=0.002, AUC 0,674; PLR, Log-rank 3.172, *P*=0.075, AUC 0,623; STS, Log-rank 0.020, *P*=0.888, AUC 0,557, *P*<0,01).

Conclusão: As razões NLR e PLR foram preditoras acuradas de eventos clínicos pós-TAVI, sendo inclusive melhores do que o STS Score. Num cenário clínico em que não existem escores de risco precisos, essas duas razões simples e amplamente disponíveis podem ajudar na predição de resultados pós-TAVI.

TL 08 • 9h45/10h • Auditório 1

Resultados iniciais do implante transcateter *valve-in-valve* em posição tricúspide

Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Renato Cesar de Souza, Leonardo Paim, Joaquim Aprígio, Lucas Lacerda, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Elinthon Tavares Veronese, Raul Arrieta, Marcelo Biscegli Jatene, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, José Honório Palma da Fonseca, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: O implante transcateter *valve-in-valve* (ViV) em posição tricúspide tem-se demonstrado uma alternativa encorajadora em pacientes portadores de biopróteses degeneradas.

Objetivo: Avaliar os resultados iniciais do implante transcateter ViV em pacientes portadores de biopróteses degeneradas em posição tricúspide.

Métodos: Estudo prospectivo, que incluiu pacientes portadores de biopróteses degeneradas submetidos ao implante transcateter ViV em posição tricúspide. Fatores perioperatórios foram avaliados.

Resultados: No período de Novembro de 2015 à Outubro de 2017 seis pacientes foram submetido ao implante transcateter ViV em posição tricúspide. A média de idade no implante ViV foi de 30,7±9,8 anos, sendo que 66,7% eram do sexo masculino. Um paciente apresentava valvopatia tricúspide adquirida (endocardite neonatal), quatro pacientes eram portadores de cardiopatias congênitas (2 anomalia de Ebstein; 1 Tetralogia de Fallot; 1 comunicação interventricular + dupla lesão tricúspide) e um paciente apresentava valvopatia mitrotricúspide reumática. A média de toracotomias prévias foi de 3,7±1,0 procedimentos. Houve sucesso

no implante em todos os casos, não havendo necessidade de conversão para cirurgia aberta em nenhum paciente. Não houve nenhum óbito durante o período estudado, sendo que todos os pacientes encontram-se atualmente em classe funcional I (NYHA). Houve diferença estatisticamente significativa quando comparou-se gradiente médio transvalvar pré e pós implante (*P*=0,01).

Conclusão: O implante transcateter ViV em posição tricúspide demonstrou-se como terapia segura e eficaz em pacientes portadores de biopróteses degeneradas.

21.04 | SÁBADO | AUDITÓRIO 2 | SESSÃO II

TL 09 • 8h/8h15

Cirurgia cardiovascular minimamente invasiva - resultados superiores à cirurgia convencional

Rodrigo Oliveira Rosa Ribeiro de Souza, Paulo de Tarso do Couto, Tércio Campos Leão Neto, Patricia da Fonseca Zarate

Introdução: Um dos principais fatores limitantes da cirurgia cardiovascular é a morbidade agregada aos procedimentos de maior prevalência como as cirurgias orovalvares, revascularizações do miocárdio e correções das cardiopatias congênitas no adulto. A utilização de técnicas minimamente invasivas como a cirurgia videoassistida objetiva reduzir importantemente tal morbidade associada aos procedimentos.

Objetivo: Demonstrar os resultados na série dos 300 (trezentos) primeiros casos de pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular minimamente invasiva.

Métodos: No período compreendido entre abril de 2016 a novembro de 2017 foram submetidos a procedimentos de cirurgia cardiovascular (orovalvares, revascularizações do miocárdio, correção de aneurismas de aorta e correção de cardiopatias congênitas no adulto) 300 pacientes adultos com idade compreendida entre 18 e 80 anos. As cirurgias foram todas conduzidas utilizando circulação extracorpórea com canulação periférica, todos com tempo total de perfusão inferior a 180 minutos. As técnicas de acesso ao coração foram a miniesternotomia superior nas cirurgias de aorta ascendente, arco e valva aórtica, minitoracotomia anterolateral direita para as cirurgias de correção de cardiopatias congênitas e procedimentos valvares mitral e tricúspides e minitoracotomia anterolateral esquerda para as revascularizações miocárdicas multivasculares. Todas as vias de acesso se limitaram a incisões de apenas 5 cm.

Resultados: Foram analisados os parâmetros comparativos através do EuroSCORE II para definição do risco cirúrgico entre baixo, médio e alto bem como valores de hemoglobina pré e pós operatórios, débito do dreno mediastinal ou torácico e tempo de permanência em ventilação mecânica nas primeiras 24 horas, tempo de internação em unidade de terapia intensiva e internação hospitalar total. Foram ainda analisadas as intercorrências como necessidade de hemotransfusão, ocorrência de arritmias, tempo de uso de aminas vasoativas, eventos neurológicos bem como o tempo de recuperação para retorno das atividades habituais após a alta hospitalar.

Conclusão: A utilização de técnicas minimamente invasivas reduziu de forma significativa todos os parâmetros analisados no estudo evidenciando a evolução com redução da agressividade e da morbidade associada aos procedimentos de cirurgia cardiovascular mais prevalentes.

TL 10 • 8h15/8h30

Substituição da valva aórtica com homoenxertos aórticos descelularizados - 10 anos de experiência de uma série pioneira

Francisco Diniz Affonso da Costa, Daniele Fornazari Colatusso, Paula Hansen Suss, Allysson Calixto, Gabriela Miotto Schorn, Myriam Veloso, Rafael Torres, Eduardo Mendel Balbi Filho, Andreia Dumsch de Aragon Ferreira, Claudinei Colatusso

Introdução: A descelularização é uma tecnologia de processamento tecidual que visa diminuir a antigenicidade tecidual e consequentemente aprimorar os resultados com o implante de homoenxertos valvares. Apesar dos estudos experimentais terem sido bastante promissores, os resultados clínicos de longo prazo ainda não são bem conhecidos.

Objetivo: O objetivo deste estudo é o de reportar os resultados clínicos com até 10 anos de evolução após a substituição da valva aórtica com homoenxertos aórticos descelularizados.

Métodos: De 2005 a 2017, 115 pacientes de alto risco foram submetidos ao implante de homoenxerto aórtico descelularizado com a técnica de substituição total da raiz aórtica. A descelularização foi feita com solução de dodecil sulfato de sódio (SDS) 0.1%. A média de idades foi de 45±18 anos e 77 eram masculinos. Mais da metade dos pacientes tiveram procedimentos associados ou apresentavam endocardite bacteriana aguda. O diâmetro médio dos enxertos implantados foi de 22±1.7 mm. Além do acompanhamento clínico e ecocardiográfico, os pacientes também foram avaliados com tomografia contrastada de tórax. O seguimento clínico médio foi de 5.1 anos e foi completo em 93% dos pacientes.

Resultados: A mortalidade imediata foi de 6% e a sobrevida atuarial em 10 anos de 75%. Não houve casos de tromboembolismo, mas um caso de AVC hemorrágico. Os gradientes de pico foram baixos e estáveis, sendo de 9.9±7.8 mmHg no pós-operatório imediato, e de 9.1± 9.2 mmHg na evolução tardia. Dois pacientes desenvolveram insuficiência aórtica moderada, um decorrente de prolapso primário das cúspides e outro secundário a endocardite bacteriana curada. Aos 10 anos de evolução, 94% estavam livres de disfunção do homoenxerto. Três pacientes foram reoperados, dois por insuficiência aórtica e um por desproporção prótese-paciente pelo crescimento somático da criança. Pela tomografia, houve apenas leve calcificação da parede aórtica em alguns condutos. Os diâmetros dos homoenxertos foram estáveis, não havendo nenhum caso de dilatação. Dois enxertos explantados mostraram boa preservação tecidual pela histologia, com repovoamento parcial das cúspides e condutos e sem sinais de calcificação acentuada.

Conclusão: Homoenxertos aórticos descelularizados apresentaram excelente desempenho hemodinâmico e baixa incidência de disfunção estrutural primária até 10 anos de evolução. Embora exista necessidade de acompanhamento de mais longo prazo, os resultados sugerem que homoenxertos descelularizados possam ser vantajosos e eventualmente superiores aos homoenxertos criopreservados.

TL 11 • 8h30/8h45

PSRD: um programa de cirurgia cardíaca minimamente invasiva resumida em 48 horas de internação hospitalar

Ademir Massarico Braz, William Camargo de Oliveira, Ricardo Casalino, Thiago Ferreira, Giani Mitiko Hirose, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida, Gabriela Freese Navarini, Thatiana Ricciardi, Alexandra Cristina Cremon Cavalcanti, Olívio Souza Neto

Introdução: A cirurgia cardíaca minimamente invasiva (MICS) tem se mostrado uma realidade em centros de excelência para tratamento de lesões valvulares. Há ainda grande debate quanto a tempos de pinçamento aórtico, circulação extracorpórea(CEC), assistência ventilatória, internação em UTI e hospital.

Objetivo: Trata-se de programa de cuidados do paciente com doença valvar chamado PSRD. Visa demonstrar a eficiência do tratamento clínico-cirúrgico no cuidado dos pacientes submetidos à MICS.

Métodos: É estudo prospectivo de 40 pacientes encaminhados consecutivamente para cirurgia valvar, entre janeiro e agosto de 2017, selecionados de acordo aos critérios de inclusão/exclusão. As variáveis estudadas foram tempo de internação e UTI, tempo de intubação orotraqueal, infecção peri-operatória e insuficiência renal aguda. Critérios de inclusão: troca valvar aórtica ou troca valvar/plastia mitral; cirurgias não complexas (ressecção de mixoma atrial); Score de fragilidade até F3. Critérios de exclusão: cirurgias de urgência/emergência; candidatos à TAVI; Score de fragilidade > F3; STS Score > 8%; EuroSCORE > 6%; insuficiência renal crônica (ClCr <29); cirurgias combinadas.

Resultados: 68 pacientes, com idades entre 53 e 79anos, foram submetidos à MICS. Destes,40 foram selecionados para o programa, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.65% eram mulheres e as médias de idade, peso e altura foram, respectivamente, 69±5anos, 69±11kg, 161±8cm. As comorbidades foram: diabetes (31%), infarto agudo do miocárdio prévio (2.2%), hipertensão arterial(68%), doença pulmonar obstrutiva crônica (5%), insuficiência renal (9%) e dislipidemia (9%). 19 pacientes foram submetidos à cirurgia vídeo-assistida (periareolar ou submamária) e os demais à hemiesternotomia superior (Upper J). As doenças valvares operadas foram: insuficiência mitral (37.5%), estenose mitral (5%), dupla lesão mitral (5%), estenose aórtica (50%) e mixoma atrial (2,5%). Todos foram submetidos à troca valvar, exceto 2 casos, que foram plastia valvar mitral e ressecção de mixoma. Os tempos médios de CEC e pinçamento aórtico foram respectivamente de 95±35 e 65±33min. A duração média de internação foi de 57±39h, sendo a mais curta de 26h e a mais longa de 216h.13 (32,5%) pacientes tiveram alta hospitalar em mais de 48h e 27(67,5%) em

até 48h. Destes,6 receberam alta em menos de 36h. Não houve mortalidade operatória. Todos foram extubados em sala cirúrgica e conduzidos no pós-operatório em leito intermediário. 2 necessitaram UTI para diálise. 5 pacientes tiveram complicações: 2 com insuficiência renal e necessidade de diálise temporária; 1 bloqueio atrioventricular total, submetido a implante de marca-passo; 1 acidente vascular cerebral; e 1 ataque isquêmico transitório ocorrido 24h após a alta hospitalar. Não houve processo infeccioso.

Conclusão: O programa se mostrou eficaz e seguro para os pacientes da amostra estudada. Nenhuma variável como idade, fração de ejeção, pressão de artéria pulmonar, insuficiência renal, diabetes e sexo tiveram relação com o tempo de internação. Houve uma tendência de que os pacientes com menores Scores de fragilidade e maior fração de ejeção estivessem mais relacionados a internações inferiores a 48h. Trata-se de modelo de cuidado do paciente diferenciado, com técnica cirúrgica minimamente invasiva e preparo do pré e pós operatório otimizado, que visa trazer ao paciente recuperação rápida e com menores chances de complicações. Certamente que o estudo ainda é inicial e demandará de maiores análises para novas conclusões.

TL 12 • 8h45/9h

O implante de Membrana amniótica humana acelular associada a nanopartículas 15D-PGJ2 melhora a função cardíaca pós infarto do miocárdio com disfunção ventricular em ratos

Luiz César Guarita Souza, Julio César Francisco, Laércio Uemura, Rossana Baggio Simeoni, José Rocha Faria-Neto, Bassam Felipe Mogharbel, Marcelo Henrique Napimoga, Bruno Emmanuel de Medeiros Tavares, Clara Martinuze Martins, Jéssica Queiroz Soares, Ricardo Cunha, Katherine Athayde Teixeira de Carvalho

Introdução: A membrana amniótica humana acelular (AHAS) tem em seus fatores de crescimento que estimulam a estruturas de regeneração do tecido. As nanopartículas 15D-PGJ2 são uma agonista de PPAR⊠ com efeito anti-inflamatório.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi comparar a eficácia do implante de AHAS associada à 15D-PGJ2 na melhoria da função ventricular esquerda em um modelo do rato de disfunção ventricular pós-infarto.

Métodos: O infarto do miocárdio foi induzido em 24 ratos por ligadura da coronária esquerda. Após uma semana, os animais foram submetidos a ecocardiografia para avaliação da fração de ejeção (FEVE), dos volume diastólico e sistólico finais do ventrículo esquerdo (VDF/VSF). Animais com fração de ejeção menor que 40% foram incluídos no estudo e foram randomizados em três grupos: controle (n=8), AHAS (n=8) e AHAS + 15D-PGJ2 (n=8). No grupo AHAS foi implantado somente a membrana amniótica e no AHAS + 15D-PGJ2 foi implantado de membrana + 15 d-PGJ2 na região acometida pelo infarto do miocárdio. Foi realizada avaliação ecocardiográfica após 1 mês. A análise histológica, foi realizada com Masson, Sirius red, CD31e connexin 43.

Resultados: Não houve diferenças significativas nos valores de base da FEVE, VDF e VSF, ou seja os animais foram considerados homogêneos. Depois de 1 mês, foi identificada diminuição da FEVE no grupo controle e um aumento nos grupos AHAS e AHAS + 15 d-PGJ2 em comparação com o grupo controle. Os VDF e VSF dos grupos AHAS e AHAS + 15D-PGJ2 diminuíram em comparação ao grupo controle, apresentando um efeito antiremodelamento ventricular. Na histopatologia da área infartada foi identificada a redução do tamanho do infarto e de colágeno tipo 1 nos grupos AHAS e AHAS + 15D-PGJ2. Nestes mesmos grupos, novos cardiomiócitos e novos vasos sanguíneos foram identificados em uma área infartada, pois marcaram positivamente o CD31 e connexin 43.

Conclusão: A membrana amniótica isolada e em associação com a 15D-PGJ2 apresentou uma melhora da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, reduziu o tamanho do infarto e limitou a dilatação ventricular neste modelo de disfunção ventricular.

TL 13 • 9h/9h15

É seguro utilizar o tronco braquiocefálico como sítio de canulação em cirurgias do arco aórtico?

André Lima Valente, Matheus de Oliveira Andrade, Marcus Vinícius Silva Ferreira, Ana Carolina Gonçalves Tubino, Ana Raquel Nascimento Lawall, Gabriel Elias Salmen Raffoul, José Teófilo Duarte Almeida Júnior, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik

Introdução: A melhor estratégia de neuroproteção em cirurgias do arco aórtico é motivo de controvérsia. Um dos aspectos controversos é o sítio de canulação arterial.

Objetivo: Avaliar a segurança da utilização do tronco braquiocefálico (TBC) comparativamente a outros sítios de canulação, em cirurgias do arco aórtico, considerando a incidência de eventos neurológicos.

Métodos: Estudo retrospectivo, obtido por meio de levantamento de dados em prontuário eletrônico, de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do arco aórtico de forma consecutiva no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2016 no ICDF. Foram incluídos 80 pacientes com idade entre 18 e 80 anos com substituição parcial ou completa do arco aórtico sob hipotermia moderada e perfusão cerebral anterógrada seletiva. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo 1 com 51(64%) pacientes cujo sítio de canulação foi o TBC e grupo 2 com 29 (36%) pacientes em que foram utilizados outros sítios de canulação [carótida (14), subclávia (17), aorta (3), femoral(6), mais de um sítio (10)]. Os grupos foram avaliados quanto a homogeneidade comparando variáveis pré e intra operatórias. Os desfechos avaliados foram a incidência de déficit neurológico global ou focal (categorizados em gradação de I a V conforme estabelecido previamente por Yan et al.). As variáveis nominais foram comparadas pelo teste qui-quadrado e as contínuas pelo teste de Mann Whitney.

Resultados: Os grupos foram comparáveis quanto a variáveis demográficas, antropométricas, prevalência de comorbidades, FEVE, diagnóstico, EuroSCORE II, técnicas cirúrgica e de CEC e cirurgias associadas, com exceção de uma maior prevalência de insuficiência aórtica no grupo 2 (P=0,01) e de insuficiência tricúspide no grupo 1 (P=0,02). A incidência de déficit neurológico focal foi de 7,8% (5,9%; 0%; 2%; 0%; 0% graus I a V) no Grupo 1 e de 3,4% (0%; 3,4%; 0%; 0%; 0% graus I a V) no grupo 2 (P=0,588). A incidência de déficit neurológico global foi de 15,7% (5,9%; 5,9%; 2,0%; 0%; 2,0% graus I a V) no grupo 1 e de 17,2% (3,4%; 6,9%;0%; 6,9%; 0% graus I a V) no grupo 2 (*P*=0,826).

Conclusão: A utilização do TBC em cirurgias do arco aórtico é tão segura quanto a de outros sítios de canulação considerando a incidência de eventos neurológicos focais e globais. Tais achados são relevantes haja vista a facilidade técnica de sua utilização no mesmo campo da correção cirúrgica.

TL 14 • 9h15/9h30

Cirurgia de Bentall De Bono por miniesternotomia mediana. Relato de Série de Casos

Ricardo Barros Corso, Isaac Azevedo Silva, Glauco Kalil da Silva Pina, Marcus Vinicius Nascimento dos Santos, Thiago do Amaral Cavalcante, Eduardo José Ferreira Sales, Felipe Bruno Santos da Cunha, Letícia Vitoriano Sousa, Diogo Assis Souza, Pedro Lemgruber Xavier Mattoso Pavie, Arminda Gomes Sesana, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: A abordagem minimamente invasiva em cirurgia cardiovascular tem se expandido na última década. Procedimentos mais complexos e de maior risco como a correção das doenças da aorta ascendente tem sido realizados em casos selecionados, estando esta abordagem, restrita a poucos Centros. Sabe-se que a miniesternotomia está associada ao menor tempo de ventilação mecânica e menor necessidade de hemotransfusão, apesar do reconhecido aumento no tempo de clampeamento aórtico e do tempo de circulação extracorpórea, o que reforça a necessidade de maior experiência dos centros que pretendem fazer uso desta técnica.

Objetivo: Descrever a experiência inicial de nosso Serviço com a correção do aneurisma da raiz aórtica, com implante de tubo valvulado (Bentall De Bono) por miniesternotomia mediana.

Métodos: Trata-se de relato de série de casos de pacientes com diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente com comprometimento da valva aórtica, submetidos a correção cirúrgica, sendo aplicada a técnica Bentall De Bonno, com via de acesso por minitoracotomia mediana. As operações foram realizadas conforme o protocolo do nosso Serviço para procedimentos valvares aórticos. A miniesternotomia mediana foi extendida para o 3° espaço intercostal direito. Os casos selecionados foram operados eletivamente. Todos as cirurgias ocorreram com o auxílio de circulação extracorpórea, com canulação percutânea venosa femoral direita única, canulação arterial do arco aórtico distal, proteção miocárdica com solução cardioplégica aplicada diretamente nos óstios coronarianos.

Resultados: O total de cirurgias realizadas, por técnica minimamente invasiva, pela Cardiovascular Associados, soma, desde out/2010, 126 procedimentos. Entre jul/2015 a ago/2017, 6 pacientes foram submetidos à cirurgia de Bentall De Bonno, sendo 4 homens e 2 mulheres. A idade variou de 41 a 76 anos (média: 56,5±12,4 anos). O EuroSCORE dos pacientes variou de 1,0 a 7,65 (média: 3,4±2,1) e todos tinham função ventricular esquerda preservada (média: 62,3±6,5). O tempo de CEC e tempo de clampeamento aórtico variaram de 118 a 195 min e 100 a 140 min (médias: 148 e 118±24,8/13,1 min respectivamente). Nenhum dos pacientes necessitou de transfusão no período perioperatório. 1 caso evoluiu com BAVT, sendo necessário o implante de marca

passo definitivo. 1 caso cursou com infecção respiratória no período hospitalar e 1 caso apresentou vasoplegia pós CEC. Na série apresentada não foi verificado óbito.

Conclusão: A realização da técnica de Bentall De Bonno, por miniesternotomia mediana, para tratamento de aneurisma de aorta ascendente com disfunção valvar, se mostrou reprodutível graças à experiência do serviço em técnicas minimamente invasivas. O treinamento prévio com procedimentos valvares aórticos permitiu a ampliação do uso das técnicas mini-invasivas para o tratamento das doenças expansivas da aorta ascendente.

TL 15 • 9h30/9h45

Preditores de insucesso do tratamento cirúrgico da fibrilação atrial a curto e longo prazo

Jenny Lourdes Rivas de Oliveira, Magaly Arrais dos Santos, Octavio Monterroza, Oscar Bomfim, Marcio Rufino, David Le Bihan, Rodrigo Barretto, Dorival Julio Della Togna, Samira Kaissar Ghorayeb, Luiz Carlos Bento de Souza

Introdução: A ablação cirúrgica da fibrilação atrial (FA)em pacientes que serão submetidos a outras cirurgias cardíacas com a visualização direta das estruturas cardíacas e cateteres que facilitam a criação de lesões transmurais fazem desta técnica uma ferramenta vantajosa, no entanto com taxas de sucesso variáveis,associadas a fatores no pré-operatório,intraoperatório e pós-operatório.

Objetivo: Identificar os preditores de recorrência de FA imediata e tardia após ablação com radiofrequência nos pacientes com FA persistente submetidos a cirurgia valvar mitral e/ou tricúspide.

Métodos: Estudo de coorte prospectivo de 174 pacientes consecutivos com FA persistente e doença valvar, submetidos a ablação com radiofrequência monopolar irrigada e cirurgia valvar mitral e/ou tricúspide concomitante,de janeiro 2008 a dezembro 2015 com seguimento até agosto 2017. Foram avaliados os fatores associados com FA na alta hospitalar,e os preditores de recorrência de FA no seguimento tardio. 114 (65,52%) pacientes do sexo feminino, idade média 57,16±12,47 anos. A principal indicação cirúrgica foi por dupla lesão valvar mitral em 73(41,10%) pacientes. Foram implantadas 97 próteses biológicas (95 mitrais, 2 tricúspides), 65 metálicas (63mitrais, 2 tricúspides), e realizadas 15 plastias mitrais e 67 tricúspide, tempo de perfusão médio 111,02±35,92 min, tempo de anoxia médio 79,74±25,54 min. Análise da sobrevida com Kaplan-Meier, dos fatores associados com recorrência de FA, nas variáveis quantitativas o teste t-Student ou não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney (se normalidade ou não respectivamente), ANOVA para medidas repetidas não paramétricas e nas variáveis qualitativas o teste exato de Fisher. Significância estatística $P<0,05$.

Resultados: A mortalidade global de 11 (6,32%), mortalidade em 30 dias de 8 (4,59%) e tardia 3 (1,73%). 168 (96,55%) pacientes tiveram alta da enfermaria,tempo de internação médio de 18±16,5 dias, destes 87 (51,79%) em ritmo sinusal e 76 (45,23%) em FA e 5 (2,98%) com implante marca-passo definitivo (MPD) por bloqueio atrioventricular (BAVT). Os fatores estatisticamente significativos associados com FA na alta da enfermaria foram no pré-operatório;insuficiência tricúspide importante (OR 3,43 IC 95% 1,44-8,21; $P=0,02$); no intraoperatório intervenção valvar tricúspide (OR 1,90 IC 95% 1,01- 3,55; $P=0,01$); no pós-operatório imediato pneumonia (OR 8,77 IC 95% 1,05-72,98; $P=0,01$),infecção urinária ($P=0,03$)e episódio de FA de alta resposta ventricular (FAARV) (OR 4,49 IC 95% 2,06-9,78; $P=0,0001$). Dos 87 (51,79%) pacientes que tiveram alta hospitalar com ritmo sinusal, no tempo de seguimento médio de 4,04±2,04 anos,seguimento do 96,67%, 58 (66,67%) se mantiveram em ritmo sinusal, 23 (26,43%) pacientes tiveram recorrência da FA e 3(3,44%) implante MPD por BAVT. Os fatores associados com recorrência da FA tardio no ecocardiograma pré-operatório volume do átrio esquerdo (VAE) (OR 1,01 IC 95% 0,99-1,03; $P=0,05$);no ecocardiograma pós-operatório de 6,49±5 meses,diâmetro do átrio esquerdo (DAE) (OR 1,08 IC 95% 1,01-1,13;$P=0,01$), hipertensão pulmonar (HP) (OR 1,07 IC 95% 1,02- 1,13; $P=0003$); no ecocardiograma pós-operatório de 3,29±2,02 anos,VAE (OR 1,06 IC 95% 1,01-1,11; $P=0,01$), DAE (OR 1,14 IC 95% 1,02-1,27; $P=0,01$), diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo (DDFVE) (OR 1,13 IC 95% 1,01-1,28; $P=0,03$), volume diastólico final do ventrículo esquerdo (VDFVE) (OR 1,02 IC 95% 1,0-1,04; $P=0,04$), HP (OR 4 IC 95% 0,09-16,36; $P=0,04$),insuficiência valvar tricúspide importante (OR 7 IC 95% 0,95-1,45; $P=0,006$) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) (OR 0,89 IC 95% 0,83-0,96; $P=0,006$). Quando comparados os grupos sinusal e recorrência de FA em relação ao comportamento no tempo só as variáveis DAE,DDFVE e VDFVE mostraram diferença significativa com $P=0,03$; $P=0,01$ e $P=0,01$ respectivamente.

Conclusão: Nos pacientes com FA persistente submetidos a ablação cirúrgica associada a cirurgia valvar mitral e/ou tricúspide, a insuficiência tricúspide importante pré-operatória, a necessidade de intervenção valvar tricúspide; pneumonia, infecção urinaria e FAARV na UTI foram associados com FA na alta hospitalar. VAE, DAE, DDFVE,VDFVE, presença de HP, insuficiência valvar tricúspide importante e menor FEVE pós-operatórios os principais preditores de recorrência tardia de FA.

TL 16 • 9h45/10h

Avaliação da omentopexia como método doador de células tronco no miocárdio isquêmico através da análise de imuno-histoquímica com CD34

Fernando Kubrusly, Yorgos G Salles, Tereza Cristina S Cavalcanti, Gabriel Coltro, Andressa S Bertoldi, Larissa M Vosgerau, Camila A. M. Marques, Luiz M. Collaço, Taiane Loureiro, Luiz Fernando Kubrusly

Introdução: O implante de células tronco em miocárdio isquêmico tem sido uma opção terapêutica em particular nos pacientes com impossibilidade de revascularização sendo o processo de obtenção destas células e do implante propriamente dito complexo. O omento é conhecido por sua capacidade angiogênica e de recrutamento celular cabendo o questionamento se a fixação do omento no miocárdio isquêmico estimularia de forma contínua a produção de células tronco.

Objetivo: Avaliar a eficiência da omentopexia como doadora de células tronco, no miocárdio previamente isquêmico, usando análise imuno-histoquimica com CD34.

Métodos: Infarto do miocárdio foi causado em 4 suínos através da ligadura do primeiro e segundo ramo marginal da artéria circunflexa. Em 3 animais foi realizada a abrasão cuidadosa do epicárdio infartado seguida da translocação do omento da cavidade abdominal para o mediastino, envolvendo a área infartada. No quarto animal, a omentopexia não foi realizada, sendo feito apenas a abrasão na área infartada. Todos os corações foram removidos e realizada a imuno-histoquímica com CD34.

Resultados: Foram avaliadas 4 amostras de diferentes regiões miocárdicas de cada animal, totalizando 16 amostras. Em todo o material avaliado foi feita a marcação de CD34. Após a omentopexia, 40% das amostras evidenciaram aumento de 60% na marcação de CD34 na análise imuno-histológica, enquanto que no animal controle, sem omentopexia, a marcação observada foi insignificante.

Conclusão: A omentopexia mostrou-se um método simples e eficaz no recrutamento de células tronco para o miocárdio isquêmico, observada através da imuno-histoquímica com a marcação de CD34.

21.04 | SÁBADO | AUDITÓRIO 2 | SESSÃO III

TL 17 • 10h45/11h

The latest thesis of the no-touch saphenous vein harvesting technique in coronary artery bypass grafting

Ninos Samano, Domingos Souza

Introduction: Ischemic heart disease is currently the leading cause of death globally. Coronary artery bypass grafting (CABG) is considered the best treatment for many patients and its success depends on the long-term patency of the conduits. Greater use of arterial grafts has been advocated because of their higher long-term patency compared to saphenous vein grafts (SVGs). Despite this, SVGs account for up to 80% of all grafts used in CABG. Consequently, the long-term patency of the saphenous vein (SV) is one of the most crucial challenges in cardiovascular surgery. The no-touch (NT) SV in CABG has shown a superior patency rate, slower progression of atherosclerosis, and better clinical outcome compared to conventional veins up to 8.5 years postoperatively.

Objective: The aim of this thesis was to study the long-term angiographic, echocardiographic, and clinical aspects of CABG patients receiving either NT or conventional vein grafts and to investigate the health-related quality of life (HRQoL) in this patient group.

Methods: Studies I-II report a randomized trial between NT and conventional veins where 74 patients were followed-up at a mean of 16 years postoperatively. Study III is a cohort trial in which 97 patients with NT vein grafts anastomosed to the left anterior descending artery (LAD) were included and followed-up at a mean of 6 years postoperatively. Study IV included 257 patients in whom HRQoL and graft patency were studied during the same follow-up visit.

Results: Overall, NT vein grafts showed a higher patency compared to conventional veins at a mean of 16 years, 83% *vs.* 64% (P=0.03), which was similar to the patency of the left internal thoracic artery, 88%. The NT group had a better left ventricular ejection fraction compared to the conventional group, 57.9% vs. 49.4% (P=0.011). After a mean of 6 years, the patency rate of NT SVs to the LAD was 95.6% and to non-LAD targets, 93.9%. Graft patency was associated with higher HRQoL after CABG. These patients

reported a function and wellbeing similar to that of the Swedish population and clearly higher health status than those in the same disease group in the general population.

Conclusion: The NT SVG harvesting technique was demonstrated to be an effective approach in prevention of late vein graft failure. The NT SVG should be included in the arsenal of conduits in CABG.

TL 18 • 11h/11h15

Abreviação do jejum pré-operatório com carboidratos e infusão intraoperatória de ácidos graxos poli-insaturados tipo ômega-3 impactam positivamente na morbidade, inflamação e no controle metabólico pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio: estudo randomizado controlado duplo-cego

Gibran Roder Feguri, Paulo Ruiz Lúcio de Lima, Anna Carolina Franco, Danilo Cerqueira Borges, Hudson Marcelo da Costa, Rubens Jardim Nochi Junior

Introdução: A associação do jejum pré-operatório com líquido rico em carboidratos (CHO) e infusão intraoperatória de ácidos graxos poli-insaturados ômega-3 (ω-3 PUFA) ainda não foi testada em cirurgia cardiovascular.

Objetivo: Avaliar morbimortalidade pós-operatória (PO), além da segurança do método empregado e efeitos sobre o metabolismo e inflamação no PO de cirurgia de revascularização do miocárdio com CEC.

Métodos: 57 pacientes foram randomizados para receber maltodextrina a 12,5% (200ml, 2h antes da anestesia), sem infusão de ω-3 PUFA (CHO, n=14); água (200ml, 2h antes da anestesia), sem infusão de ω-3 PUFA (Controles, n= 14); maltodextrina a 12,5% (200ml, 2h antes da anestesia) mais infusão intraoperatória de ω-3 PUFA (0,2 mcg/kg) (CHO + W3, n=15); ou água (200ml, 2h antes da anestesia) mais infusão intraoperatória de ω-3 PUFA (0,2 mcg/kg) (W3, n=14). Foram analisadas variáveis clínicas e a necessidade de drogas vasoativas durante a cirurgia e na UTI; bem como a inflamação no PO através de marcadores específicos. Resistência insulínica foi avaliada pelo índice Homa-IR e pela necessidade de insulina exógena. Controle glicêmico por testes de glicemia capilar.

Resultados: Ocorreram dois óbitos (3,5%) e nenhum caso de broncoaspiração. Pacientes que abreviaram o jejum com CHO (Grupos CHO e CHO + W3) sofreram menos casos de infecção hospitalar (RR=0,29, IC 95% 0,09-0,94; *P*=0,023) e necessitaram de menos aminas vasoativas durante a operação (RR=0,60, IC 95% 0,38-0,94; *P*=0,020) e na UTI (*P*=0,008). A incidência de fibrilação atrial foi de 29,8%, diferindo significativamente entre os grupos (*P*=0,009). Os grupos que receberam ω-3 PUFA (Grupos W3 e CHO + W3) tiveram menor incidência dessa arritmia (RR=4,83, IC 95% 1,56-15,02; *P*=0,001). Os pacientes que receberam abreviação com CHO também obtiveram melhor controle glicêmico nas primeiras 6h de recuperação PO (*P*=0,015) e menor necessidade de insulina (*P*=0,018). Os pacientes do Grupo W3 apresentaram menores valores da PCR ultrassensível com 36 h de PO (*P*=0,008), assim como a Interleucina-10 permaneceu mais tempo elevado no PO dos pacientes que receberam ω-3 PUFA (*P*=0,049).

Conclusão: As intervenções com CHO e ω-3 PUFA foram seguras nesta coorte. Esses dois nutrientes são potencialmente benéficos na recuperação pós-operatória de pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio com CEC.

TL 19 • 11h15/11h30

Desenvolvimento e validação de uma ferramenta de estratificação para previsão de risco de infecção em ferida esternal profunda após cirurgia de revascularização miocárdica em um hospital brasileiro

Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Erik Everton da Silva Vieira, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Karine Coelho Rodrigues, Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Gabriel Lopes Martins, Roberto Gouvêa Silva Diniz, Sérgio da Costa Rayol, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Silva, Ricardo Carvalho Lima

Introdução: A infecção da ferida esternal profunda após cirurgia de revascularização miocárdica é uma séria e onerosa complicação associada à morbidade e mortalidade significativas. Embora os fatores de risco individuais para a patologia após o procedimento cirúrgico tenham sido abordados em vários estudos anteriores, e apesar da existência de ferramentas de estratificação para prever

o risco de infecção do local cirúrgico após a revascularização, há uma falta de ferramentas especificas para determinar o risco de desenvolvimento de infecção da ferida esternal profunda após a cirurgia.

Objetivo: Este estudo foi realizado para desenvolver um sistema de pontuação prognóstico específico para o desenvolvimento de infecção da ferida esternal profunda que pode estratificar os pacientes submetidos à revascularização miocárdica e que deve ser aplicado após o procedimento cirúrgico.

Métodos: Este projeto foi desenvolvido entre março de 2007 e agosto de 2016, de forma contínua, coletando dados prospectivos sobre infecção da ferida esternal profunda através de um conjunto de 27 variáveis em 1500 pacientes. Usando a análise de regressão logística binária, identificamos preditores independentes de infecção da ferida esternal profunda. Inicialmente foi desenvolvido um modelo preditivo em um subconjunto de 500 pacientes. O conjunto de dados foi expandido para outros 1000 casos consecutivos e um modelo final de pontuação de risco foi derivado. A calibração dos escores foi realizada usando o teste de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: O modelo tinha área sob a curva característica operacional do receptor de 0.729 (0.821 para conjunto de dados preliminar). O índice de risco de linha de base incorporou preditores independentes de infecção da ferida esternal: obesidade (*P*=0,046; OR 2,58; IC 95%: 1,11- 6,68), diabetes (*P*=0,046; OR 2,61; IC 95%: 1,12-6,63), tabagismo (*P*=0,008; OR 2,10; IC 95%: 1,12-4,67), artéria torácica interna pediculada (*P*=0,012; OR 5,11; IC 95%: 1,42-18,40) e na bomba de revascularização do miocárdio (*P*=0,042; OR 2,20; IC 95%: 1,13-5.81). Um sistema de estratificação de risco foi, então, desenvolvido.

Conclusão: Esta ferramenta efetivamente prediz risco de infecção de ferida esternal profunda em nosso centro e pode ajudar com estratificação de risco e na elaboração de estratégias de prevenção direcionadas a pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.

TL 20 • 11h30/11h45

Trombocitopenia após *valve-in-valve* transcateter: a curva plaquetária se comporta da mesma forma que uma cirurgia convencional?

Renato Cesar de Souza, Leonardo Paim Nicolau da Costa, Joaquim Aprígio Nóbrega Batista, Lucas Lacerda Araújo, Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Elinthon Tavares Veronese, Gisele Aparecida Lapenna, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, José Honório Palma da Fonseca, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: O procedimento transcateter "*valve-in-valve*" (VIV) é uma promessa para o tratamento de pacientes com disfunção de prótese valvar biológica. Uma das complicações previstas nestas abordagens minimamente invasivas é a trombocitopenia, relatada com maior frequência em pacientes submetidos TAVI. A queda na contagem de plaquetas após procedimentos transcateter está associada a maior mortalidade.

Objetivo: Estudo retrospectivo que objetiva analisar a curva plaquetária dos pacientes submetidos a VIV no InCorFMUSP e avaliar se há trombocitopenia após este procedimento, sua intensidade e se há diferença no comportamento desta curva entre VIV aórtico, mitral e tricúspide bem como os reoperados de forma convencional.

Métodos: Realizada revisão de prontuários de todos os pacientes submetidos a VIV no InCor-FMUSP nos anos de 2015, 2016 e 2017. Dos 42 pacientes, 29 foram submetidos a procedimento na valva mitral, 8 aórticos e 3 tricúspides. A curva plaquetária foi montada baseada em exames de rotina solicitados durante a estadia do paciente na UTI pós-operatória e englobou a última contagem antes da cirurgia até a alta do paciente. Comparamos as curvas plaquetárias de ViV entre as posições mitral, aórtica e tricuspide e também com grupo controle de paciente submetidos à cirurgia convencional de retroca valvar. Os gráficos de médias plaquetárias foram montados até o 10º dia de pós-operatório. Analisamos a associação da trombocitopenia com desfechos negativos.

Resultados: Na comparação entre as curvas ViV aórtico com cirurgia convencional de retroca valvar aórtica, houve diferença significativa na contagem plaquetária do 4º PO (*P*=0,022) ao 10º PO (*P*=0,005). A ausência de trombocitopenia pré-operatória ou a sua presença num grau leve foi um preditor de uma queda > 50% na contagem do nadir da curva plaquetária do grupo ViV. Apesar disso, nenhum grau de trombocitopenia foi correlacionado a complicações no período pós-operatório.

Conclusão: Na nossa experiência, a curva plaquetária no pós-operatório de ViV comporta-se de forma diferente da cirurgia convencional. No entanto essa diferença não esteve associada a desfechos negativos na nossa amostra de pacientes.

TL 21 • 11h45/12h

Cirurgia de revascularização miocárdica com ou sem circulação extracorpórea: análise do Registro BYPASS

Nelson Americo Hossne Junior, Rodrigo Pereira Paez, José Amalth do Espirito Santo, Otavio Berwanger, Renato Hideo Nakagawa Santos, Juliana Rodrigues Yamashita do Santos, Fabio B. Jatene, Walter José Gomes, Grupo de Estudos do Registro BYPASS, Renato A. K. Kalil

Introdução: A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) permanece como o melhor tratamento para a insuficiência coronariana, em vários cenários clínicos e/ou subgrupos de pacientes. Estudos comparativos entre a CRM com ou sem circulação extracorpórea (CEC) apresentam resultados pós-operatórios discordantes, embora diferentes indicações, métodos e estratégias cirúrgicas tenham sido utilizadas. Na realidade do Brasil, a prática e resultados comparativos dessas técnicas permanecem desconhecidos. Portanto, o Registro BYPASS, um banco de dados observacional, prospectivo e longitudinal de pacientes adultos submetidos a cirurgia cardiovascular no Brasil, iniciado em agosto de 2015 e concebido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular foi utilizado para este fim.

Objetivo: Análise comparativa da cirurgia de revascularização miocárdica com ou sem CEC dos pacientes incluídos no Registro BYPASS.

Métodos: O banco de dados utilizado foi o Registro BYPASS, tendo sido incluídos pacientes com um mínimo de 30 dias de seguimento pós-operatório, até a presente data. Foram analisados 945 casos de CRM, com os pacientes avaliados alocados em dois grupos, de acordo com o emprego ou não da CEC. Os dois grupos foram comparados com relação às características pré-operatórias, intraoperatórias, pós-operatórias hospitalares e tardias (30 dias de seguimento). Utilizou-se o Teste Exato de Fischer para variáveis paramétricas; e o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para as não-paramétricas.

Resultados: A cirurgia de RM foi realizada com CEC em 807 pacientes (85,4%) e; sem CEC, em 138 (14,6%). Os grupos são estatisticamente homogêneos com relação ao sexo, idade, tipo de atendimento hospitalar (público ou privado), tipo de cirurgia (eletiva, urgência ou emergência), condição clínica (estável, instável ou crítica), antecedentes (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia, acidente vascular encefálico, insuficiência renal), e função ventricular pré-operatória ao ecocardiograma. Houve diferenças acerca da classe funcional para insuficiência cardíaca (IC) (maiores no grupo CEC, $P<0,001$), parada cardio-respiratória pré-operatória (maior no grupo sem CEC, $P=0,007$), ex-tabagismo (maior no grupo com CEC, $P=0,001$), e doença valvar (maior no grupo CEC, $P=0,003$). As características cirúrgicas dos grupos demonstraram maior utilização de veia safena ($P<0,001$), assim como uma maior mediana de artérias coronárias tratadas ($P<0,001$) no grupo CEC. Em contrapartida, houve maior utilização de um enxerto de artéria torácica interna (ATI) apenas ($P<0,001$), assim como ATI bilateral apenas ($P=0,019$) no grupo sem CEC. Os dados intraoperatórios revelam maior índice de eventos clínicos ($P<0,001$), baixo débito ($P=0,022$), necessidade de vasopressores ($P=0,023$) e transfusões ($P<0,001$) no grupo CEC. As variáveis pós-operatórias hospitalares demonstram maior tempo de ventilação invasiva ($P=0,003$), necessidade de transfusões ($P<0,001$) e utilização de marca-passo ($P=0,035$) no grupo CEC. O seguimento em 30 dias dos dois grupos não revelou diferenças concernentes a intervenções cirúrgicas, IC ou morte.

Conclusão: A análise dos dados do Registro BYPASS revela a preferência do cirurgião cardiovascular brasileiro pela revascularização miocárdica com uso da circulação extracorpórea. Todavia, os pacientes operados sem o emprego da CEC apresentam menores índices de complicações intra e pós-operatórias.

TL 22 • 12h/12h15

A cirurgia de revascularização miocárdica no Brasil: análise da realidade nacional através dos dados do Registro BYPASS

Rodrigo Pereira Paez, Nelson Américo Hossne Junior, José Amalth do Espírito Santo, José Amalth do Espírito Santo, Renato Hideo Nakagawa Santos, Juliana Rodrigues Yamashita do Santos, Fabio B. Jatene, Walter José Gomes, Renato A. K. Kalil, Grupo de Estudos do Registro BYPASS

Introdução: A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) constitui a cirurgia cardíaca mais frequentemente realizada no Brasil. Entretanto, apesar de relatos anteriores, nenhuma base de dados foi confiável para reportar e refletir a realidade dos dados relacionados à CRM no país.

Objetivo: Analisar perfil, fatores de risco e resultados dos pacientes que se submetem à CRM no Brasil, assim como examinar a estratégia cirúrgica predominante, a partir dos dados incluídos no Registro BYPASS.

Métodos: Estudo transversal de 945 pacientes submetidos à cirurgia de CRM e catalogados no Registro BYPASS até a presente data. Foram analisados dados demográficos, apresentação clínica inicial, variáveis operatórias e evolução pós-operatória hospitalar e tardia.

Resultados: O paciente submetido à CRM no Brasil é predominantemente do sexo masculino (71%), apresenta infarto do miocárdio prévio em 44,1% dos casos, diabetes em 40,2% e fração de ejeção menor que 40% em 9,9%. A cirurgia foi indicada por Heart Team em 23,9% dos casos. A maioria dos pacientes é operada com circulação extracorpórea (85,3%), onde o uso de cardioplegia foi a estratégia de proteção miocárdica escolhida em 92,2%. O enxerto de artéria torácica interna (ATI) esquerda foi utilizada em 91,6% dos casos; a ATI direita em 8,4%; e a artéria radial em 2%. A veia safena é o enxerto utilizado em 83,1% dos pacientes e houve 6,3% dos pacientes revascularizados apenas com veias safenas, sem enxertos arteriais. A mediana de vasos coronários tratados foi 3. A mortalidade operatória foi de 3,1% e a incidência de acidente vascular encefálico de 1,2%.

Conclusão: Os dados da CRM no Brasil fornecidos pela análise do Registro BYPASS são representativos da realidade e prática nacional, devendo servir como referência para indicações de procedimentos terapêuticos, comparações posteriores e modelo para melhora da segurança do paciente e da qualidade da prática cirúrgica no país. A continuidade do projeto será fundamental para obtenção dos objetivos propostos.

TL 23 • 12h15/12h30

Seguimento tardio de pacientes portadores de doença arterial coronariana. A opção terapêutica refletiu as recomendações contidas nos Guidelines vigentes? - Resultados iniciais de um estudo multicêntrico

Helmgton José Brito de Souza, Isaac Azevedo Silva, Ricardo Barros Corso, Marcos Vinícius Nascimento Santos, Glauco Kalil Pina, Thiago do Amaral Cavalcante, Leonardo Jadyr Silva Rodrigues Alves, Rafael Ramos Amaral, Diogo Assis Souza, Felipe Bruno Santos da Cunha, Henrique Louzan Machado, Walter José Gomes

Introdução: A Doença Arterial Coronariana (DAC) é a principal causa de mortalidade dentre as chamadas doenças cardiovasculares. O tratamento da DAC ampara-se em três eixos básicos: O tratamento clínico, a revascularização cirúrgica do miocárdio (RM) e a intervenção percutânea coronariana (ICP). Nesse sentido, os Guidelines propostos pelo American College of Cardiology (ACC) e pela American Heart Association (AHA), bem como o cálculo do Syntax Score I e II, buscam orientar a melhor conduta médica capaz de oferecer o tratamento mais eficaz e eficiente, levando em consideração os fatores de risco e a plena recuperação dos pacientes.

Objetivo: Avaliar se o tratamento empregado para pacientes portadores de doença arterial coronariana, diagnosticados a partir de cineangiocoronariografia, respeitou as recomendações previstas nos Guidelines propostos pelo American College of Cardiology Foundation, pela American Heart Association, e pelo Syntax Score I e II.

Métodos: Trata-se de estudo multicêntrico, prospectivo e observacional, que utilizará os registros contidos nos prontuários médicos de cinco hospitais do Distrito Federal. Na primeira etapa, serão pré selecionados os pacientes diagnosticados com insuficiência coronariana, entre jan/2008 e dez/2015. Os pacientes pré selecionados serão divididos em três grupos de acordo com o tratamento instituído: A) Tratamento clínico; B) Percutâneo; C) Cirúrgico. As angiografias serão avaliadas e calculados o Syntax Score I e II, comparando-se as condutas recomendadas àquelas adotadas à época do tratamento. Serão excluídos pacientes submetidos a angioplastia primária. Numa segunda fase, os grupos serão subdivididos de acordo com o tempo desde a realização do procedimento: Subgrupo A - até 01 ano de tratamento; Subgrupo B - até 03 anos; Subgrupo C - até 05 anos; Subgrupo D - até 07 anos, aplicado-se um questionário visando avaliar os desfechos: IAM, angina recorrente, necessidade de nova revascularização do miocárdio, evolução para insuficiência cardíaca, eventos tromboembólicos. Para comparar as proporções entre os grupos estudados utilizaremos o teste do qui-quadrado com correção de Yates, enquanto as médias serão comparadas pelo teste t de Student. Consideraremos o nível de significância em 5%. Os dados numéricos serão expressos em media, desvio-padrão e valor mínimo-valor máximo.

Resultados: Apresentar os dados iniciais do presente estudo.

Conclusão: Em fase de coleta de dados.

TL 24 • 12h30/12h45

Capacidade de fluxo da artéria torácica interna esqueletizada *versus* pediculada na cirurgia do revascularização do miocárdio: revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão

Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Erik Everton da Silva Vieira, Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Gabriel Lopes Martins, Karine Coelho Rodrigues, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Ricardo Carvalho Lima, Frederico Pires Vasconcelos Silva, Alexandre Motta de Menezes, Sergio da Costa Rayol, Roberto Gouvêa Silva Diniz

Introdução: A infecção da ferida esternal é uma complicação reconhecida e importante da cirurgia de revascularização do miocárdio. A manifestação mais grave dela é a mediastinite e, é bem sabido que uma infecção do mediastino pode ser grave e potencialmente letal. Sugere-se que o método de colheita de artéria torácica interna (ATI) influencie a incidência de infecção da ferida esternal no pós-operatório. Existem duas técnicas de colheita estabelecidas: ATIs pediculadas e esqueletizadas. Enquanto a técnica pediculada disseca a artéria do esterno com as veias, a fáscia, o tecido adiposo e os linfáticos que o acompanham gerando um enxerto pediculado, a esqueletização exige que o ATI seja dissecado livre de todo o tecido circundante, produzindo apenas a artéria. Uma meta-análise com 4817 pacientes de 22 estudos observou que o ATI esqueletizado parece reduzir a incidência de infecção da ferida esternal pós-operatório em comparação com um ATI pediculado após cirurgia de revascularização. Apesar desses estudos, muitos cirurgiões estão preocupados com a capacidade de fluxo de enxerto, levando em consideração que a técnica de esqueletização pode induzir danos na parede vascular, disfunção endotelial e perda de *vasa vasorum*, levando a efeitos prejudiciais sobre a integridade do enxerto.

Objetivo: Realizamos uma meta-análise e meta-regressão de estudos para comparar a capacidade de fluxo do enxerto com ATI esqueletizado *versus* pediculado durante cirurgia de revascularização miocárdica, de acordo com os itens de Relatórios Preferenciais para Análise Sistemática e Meta-Análises (PRISMA).

Métodos: Usando a estratégia PICOS (População, Intervenção, Comparação, Resultado, Estudo), os estudos foram considerados se a população compreendesse pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, compararam resultados entre enxerto de ATI esqueletizado versus pediculado, os resultados estudados incluíram aqueles que relataram dados sobre a capacidade de fluxo intra-operatório dos enxertos e se foram estudos prospectivos ou retrospectivos ou não aleatorizados ou ensaios controlados randomizados. Foram utilizados os seguintes bancos de dados (até dezembro de 2013): MEDLINE, EMBASE, Registro Central Cochrane de Ensaios Controlados (CENTRAL/CCTR), ClinicalTrials.gov, SciELO (Biblioteca Eletrônica Eletrônica Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e Do Caribe em Ciências da Saúde - Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe, Google Scholar e listas de referência de artigos relevantes.

Resultados: Houve evidência de importante heterogeneidade do efeito do tratamento entre os estudos quanto à diferença nos meios de capacidade de fluxo. A diferença geral nos meios mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos a favor de um enxerto de ATI esqueletizado. A análise do enredo de funil revelou simetria estatística em torno do eixo para o efeito do tratamento, o que significa que provavelmente não temos um viés de publicação relacionado ao ponto final. Quanto ao gênero, podemos observar que quanto maior a proporção de pacientes do sexo feminino, maior é a diferença nos meios de capacidade de fluxo em um enxerto de ATI esqueletizado em comparação com um enxerto de ATI pediculado.

Conclusão: Em termos de capacidade de fluxo, o enxerto com a ATI esqueletizado parece ser superior em comparação com o da ATI pediculado durante a cirurgia de revascularização do miocárdio.

TEMAS LIVRES
PEDIATRIA

19.04 | QUINTA-FEIRA | AUDITÓRIO 2 | SESSÃO I

TL 01 • 14h/14h15

Retransplante cardíaco pediátrico e em cardiopatias congênitas

Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Carla Tanamati, Juliano Gomes Penha, Luiz Fernando Canêo, Leonardo Augusto Miana, Renato Cesar de Souza, Aída Luiza Turquetto, Maria Raquel Massoti, Estela Azeka, Fabio Biscegli Jatene, Marcelo Biscegli Jatene

Introdução: O retransplante cardíaco (ReTXC) é indicado para crianças ou adultos jovens que apresentem disfunção do enxerto após transplante cardíaco (TXC) pediátrico.

Objetivo: Avaliar os resultados do ReTXC pediátrico e em cardiopatias congênitas (CC).

Métodos: Estudo retrospectivo, que incluiu pacientes submetido a ReTXC cujo primeiro transplante foi realizado com idade menor que 18 anos ou naqueles portadores de CC.

Resultados: No período de 1992 à Outubro de 2016, 217 TXC pediátricos foram realizados, sendo 10 ReTX. A idade média no ReTX foi de 14,7±8,7 anos e o tempo médio entre o TXC e o ReTXC foi de 9,1±6,8 anos. Três pacientes eram do sexo masculino (30%) e o diagnóstico de base foi miocardiopatia dilatada em 6 pacientes (40%) e cardiopatia congênita em 4 pacientes. A indicação de ReTXC foi doença vascular do enxerto em 7 pacientes e rejeição hiperaguda em 3 paciente. Os tempos médios de circulação extracorpórea e de isquemia do órgão no ReTXC foram de 139,9±43,3 minutos e de 225,7±50,2 minutos respectivamente. Dois pacientes necessitaram de suporte circulatório (ECMO) pré ReTXC devido rejeição hiperaguda. A sobrevida em 30 dias foi de 80%, e em 1, 5, 10 e 15 anos foram respectivamente de 70%, 60%, 50% e 50%.

Conclusão: A disfunção do enxerto pós TXC tem como causa mais comum a doença vascular do enxerto. O retransplante cardíaco é terapia efetiva, e por vezes a única viável, em pacientes pediátricos e portadores de cardiopatias congênitas, com resultados satisfatórios e encorajadores.

TL 02 • 14h15/14h30

Disfunção valvar atrioventricular em pacientes submetidos à operação tipo cavopulmonar total

Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Luiz Fernando Canêo, Aida Turquetto, Leonardo Augusto Miana, Carla Tanamati, Juliano Gomes Penha, Maria Raquel Massoti, Fabio Biscegli Jatene, Marcelo Biscegli Jatene

Introdução: O manejo da regurgitação valvar atrioventricular (VAV) continua sendo um desafio em pacientes com fisiologia univentricular e é um dos preditores de eventos adversos após cirurgia do tipo Fontan.

Objetivo: Avaliar o impacto da disfunção VAV em pacientes submetidos à cirurgia do tipo cavopulmonar total.

Métodos: Retrospectivo, que incluiu pacientes submetidos a derivação cavopulmonar total e que possuíam regurgitação VAV concomitante. Desfechos foram avaliados.

Resultados: No período de 1984 à 2015, 420 pacientes foram submetidos à cirurgia do tipo Fontan, sendo que 64 pacientes (15,2%) possuíam regurgitação VAV e 36 (8,6%) destes foram submetidos a correção cirúrgica da valvopatia (31 pacientes - plastia; 5 pacientes - troca). Regurgitação VAV prévia (hazard ratio [HR], 3.499; 95% intervalo de confiança [IC], 1.566 to 7.817; *P*=0.002), plastia valvar concomitante (HR, 3.334; 95% IC, 1.352 to 8.224; *P*=0.009) e troca valvar (HR, 9.358; 95% IC, 2.205 to 39.720; *P*=0.002) foram fatores de risco para mortalidade. Houve diferença estatisticamente significativa quando comparou-se sobrevida livre de falência da circulação do tipo Fontan entre os pacientes com disfunção e sem disfunção VAV (log-rank *P*<0,001).

Conclusão: Em nosso estudo, vários pacientes portadores de regurgitação VAV foram tratados simultaneamente com a cirurgia do tipo Fontan. Realizar a plastia/troca valvar concomitante foi fator de risco para mortalidade e falência da circulação univentricular. Assim, sempre que possível, a abordagem valvar deve ser realizada durante a cirurgia de Glenn bidirecional.

TL 03 • 14h30/14h45

Correção cirúrgica de Tetralogia de Fallot/Atresia Pulmonar após paliação com implante de stent em via de saída do ventrículo direito

Leonardo Augusto Miana, Mariana Bittencourt Afflalo, Raul Arrieta, Giolana Mascarenhas da Cunha, Aida Turquetto, Paula Gaiolla, Gustavo Foronda, Luis Fernando Canêo, Maria Raquel Massoti, Carla Tanamati, Juliano Penha, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: Existe uma grande controvérsia quanto à melhor conduta nos pacientes portadores de Tetralogia de Fallot/Atresia Pulmonar que evoluem com crises de hipóxia no período neonatal. O implante de stent na via de saída do VD (VSVD) surgiu nos últimos anos como opção promissora de paliação, ajustando a relação de fluxo sistêmico e pulmonar, evitando um shunt sistêmico-pulmonar e uma correção no período neonatal, visando postergar a correção cirúrgica para momento mais oportuno.

Objetivo: Estudar o impacto da paliação com stent em VSVD na correção cirúrgica das referidas afecções

Métodos: Estudo retrospectivo de todos os casos submetidos a paliação de Tetralogia de Fallot/Atresia Pulmonar com implante de stent em VSVD no período de março de 2014 e outubro de 2017. Foi analisada a idade no implante do stent e o tempo entre o implante e a cirurgia. O sucesso na paliação (alta hospitalar) e o impacto na correção cirúrgica, com avaliação do tempo de CEC e mortalidade.

Resultados: Foram implantados 21 stents em 19 pacientes em VSVD para paliação em casos de Tetralogia de Fallot/Atresia Pulmonar. A idade no implante do stent em VSVD variou de 6 a 1001 dias (M = 30) e o intervalo entre o implante do stent e a cirurgia variou de 8 a 654 dias (M = 163). Três pacientes (16%) não foram candidatos a cirurgia (paliação definitiva) e 16 (84%) foram submetidos a correção cirúrgica (15 correções totais e 1 ampliação VSVD sem fechamento da CIV). Três pacientes (19%) foram submetidos a cirurgia na mesma internação. A cirurgia tendeu a ser mais trabalhosa e a remoção total do stent foi possível em apenas 4 casos (25%), refletindo em um tempo de CEC (média = 180,7 + 76) e anóxia (média = 126,4 + 40) prolongados. No entanto, não houve mortalidade no grupo submetido a correção total e o único óbito da série foi em um paciente no qual optou-se por apenas ampliar a VSVD e as artérias pulmonares por árvore pulmonar hipoplásica.

Conclusão: O implante de stent na VSVD consistiu em boa paliação, postergando a correção cirúrgica. A cirurgia corretiva apresentou tempos de CEC e anóxia prolongados, sem no entanto, impactar no resultado de sobrevida.

TL 04 • 14h45/15h

Uso de conduto de pericárdio autólogo para reconstrução de artéria pulmonar

Thiago Amaral Lourenço, Renata Jesus, Denoel Marcelino de Oliveira, Leonardo Marega Angotti, Fernando Pedro Pereira

Introdução: A utilização de pericárdio autólogo para confecção de conduto é descrita na literatura, mostrando como grande benefício, em análise histológica, a presença de musculatura lisa. Esses achados demonstram ser este conduto uma alternativa sem custo e com grande potencial.

Descrição do Caso: Paciente de 15 dias de vida, nascido com atresia de artéria pulmonar, tipo C de Barbero Marcial, e comunicação interventricular. Submetido a cirurgia para unifocalização das colaterais aortopulmonares e realização da anastomose de Blalock-Taussig. Retirado pericárdio autólogo e confeccionado um conduto para comunicar as artérias pulmonares e deste realizada a anastomose de Blalock-Taussig para o tronco braquiocefálico com conduto de PTFE.

Conclusão: A construção de conduto de pericárdio autólogo é uma alternativa aos condutos sintéticos, tendo como vantagens a disponibilidade, não gerar custos, menor risco de trombose e embolia, além de possuir potencial de crescimento.

TL 05 • 9h/9h15

Fechamento tardio de esterno: uma estratégia cirúrgica a ser sempre considerada para pacientes com cardiopatias congênitas

Aida Luiza Ribeiro Turquetto, João Bruno Dias Silveira, Tatiana Alves da Silva, Luiz Fernando Canêo, Luciana Patrick Amato, Marcella Bezerra Richtmann, Yarla Alves dos Santos, Maria Raquel Brigoni Massoti, Juliano Gomes Penha, Leonardo Augusto Miana, Carla Tanamati, Marcelo Biscegli Jatene

Introdução: O fechamento tardio de esterno (FTE) é um procedimento comumente utilizado para melhor estabilização hemodinâmica após correção cirúrgica de pacientes com cardiopatias congênitas.

Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes com FTE após correção cirúrgica de cardiopatias congênitas e a morbimortalidade associada a esta estratégia cirúrgica.

Métodos: De Agosto de 2014 a Julho de 2017, 1728 cirurgias cardíacas foram realizadas em pacientes portadores de cardiopatias congênitas em um único centro de atenção terciária. Foram analisadas características pré, intra e pós-operatórias e suas associações com o FTE. Análise de regressão logística foi realizada para identificar os fatores de risco para morbimortalidade associada à esta estratégia cirúrgica.

Resultados: A mediana de idade e peso dos pacientes estudados foram de 1,3 anos (0,4-9,7) e 8,6 Kg (4,8-28) respectivamente, sendo que 50,5% eram do sexo masculino. A mortalidade geral do grupo foi de 12,4% (214 pacientes) e a ocorrência de infecções (pneumonia, sepses e/ou infecção de ferida operatória) foi de 11,3% (195 pacientes). A estratégia de FTE foi realizada em 229 pacientes, 75,1% abaixo de 1 ano de idade e a distribuição pela complexidade segundo RACHS-1 foi de: Categoria-1 (2,7%), Categoria-2 (15,5%), Categoria-3 (40%), Categoria-4 (28,6%) e Categoria-5/6 (13,2%). Quanto a distribuição por grupo diagnóstico, as maiores proporções ocorreram nos defeitos septais (21%), nos corações univentriculares (16,6%), nas lesões do lado direito do coração (15,1%) e nas lesões do lado esquerdo (14,4%). A mediana de tempo de manutenção com tórax aberto foi de 4 dias (2-6). A estratégia de FTE foi planejada em 129 pacientes e não planejada em 100 casos. Os motivos para uma estratégia não planejada foram: disfunção ventricular, sangramento, dificuldade em manter saturação de oxigênio nos níveis desejados ou hipertensão pulmonar durante o procedimento cirúrgico. Comparando os óbitos entre os grupos com estratégia planejada e não planejada, observamos aumento dos casos no grupo estratégia não planejada (47 *vs.* 24 $P<0,001$). O FTE aumentou o risco de infecção em 2,94 vezes (IC 1,43-2,97 $P<0,001$). Quanto ao tipo de infecção, houve aumento do risco de sepses em 2,73 vezes (IC 1,63-4,58 $P<0,001$), porém não houve aumento do risco de pneumonia ($P=0,07$) ou infecção de ferida operatória ($P=0,481$) nos pacientes com FTE.

Conclusão: O FTE pode ser considerado como uma estratégia efetiva no tratamento cirúrgico de pacientes com cardiopatias congênitas. Para o desfecho mortalidade, quando realizado de maneira planejada mostrou-se superior a estratégia não planejada. Em relação a morbidade, o FTE aumentou o risco de sepses, porém não houve relação com infecção por pneumonia e/ou de ferida operatória.

TL 06 • 9h15/9h30

Resistência heparínica. Relato de caso

Thiago Amaral Lourenço, Denoel Marcelino de Oliveira, Renata Jesus, Leonardo Marega Angotti, Fernando Pedro Pereira, Diego Martins

Introdução: A resistência heparínica observada na cirurgia cardíaca é definida como a não elevação do tempo de coagulação ativado (TCA) a níveis aceitáveis para início da circulação extracorpórea (CEC) após administração de heparina. Dentre diversas causas possíveis, os relacionados a deficiência de antitrombina III se sobrepõe, visto a heparina exercer seu efeito anticoagulante indiretamente via antitrombina III.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, 12Kg, portador de Comunicação interatrial Ostium secundum, encaminhado para realização de correção cirúrgica com TCA inicial de 118 segundos. Administrado 1mL de heparina (5000UI) e após realização de TCA o mesmo elevou-se para 132 segundos. Repetido administração de 1mL de heparina e segundo TCA

atingiu 136s. Aventada possibilidade de resistência heparínica foi administrado 100mL de plasma fresco congelado, sem contudo elevação do TCA a níveis aceitáveis. Baseado na literatura, que orienta administração de 2 a 4 unidades de plasma a fim de suplementar antitrombina III foi administrado total 800mL de plasma após o qual houve elevação do TCA além de 480 segundos e sua manutenção durante a CEC.

Conclusão: A resistência heparínica durante a cirurgia cardíaca varia de 4% a 26% segundo dados da literatura, e sua identificação e tratamento adequado é essencial para a segurança da cirurgia. A administração de 500 a 1000ui de antitrombina III, seja alternativamente e de menor custo, através de plasma (possui 1UI de antitrombina para cada 1mL) constitui uma das medidas iniciais na abordagem, embora não seja resolutiva na totalidade dos casos, devendo haver mais pesquisa na área.

TL 07 • 9h30/9h45

Resultados a curto e médio prazo do fechamento de canal arterial via percutânea em pré-termos: uma revisão sistemática

Gustavo Henrique Daltro Santana, Stella Benedicto Zandozá, Iuri Ferreira Félix, João Victor Santos Pereira Ramos, Alice Monteiro Soares Cajaiba Soares, Camila Maria Soares de Lima, Elis Nunes Assmar, Ana Gabriela Lopes Barbosa, Maria Júlia Brito Coelho, Lorena Oliveira de Figueiredo, Júlia Lasserre Moreira, José Augusto Baucia

Introdução: O fechamento do canal arterial por via percutânea em bebês prematuros ainda requer maior experiência clínica para a consolidação do procedimento.

Objetivo: Investigação da factibilidade, segurança, eficácia e desfechos referentes ao fechamento percutâneo do Canal Arterial Patente (CAP) em bebês prematuros.

Métodos: Realizada busca sistemática na base de dados eletrônica Pubmed, Medline e Scielo sendo utilizados os descritores "*ductus arteriosus and transcatheter and preterm*"; "*ductus arteriosus and percutaneous and preterm*". Foram selecionados relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos de coorte, incluindo artigos publicados em inglês e português, no período de 2010 a 2017. Excluídos estudos observacionais comparativos entre cirurgia aberta e a intervenção percutânea.

Resultados: Foram encontrados 26 artigos, após análise inicial 17 artigos foram excluídos por não atenderam aos critérios estabelecidos. Dos 9 artigos selecionados 06 foram relatos de casos, 02 estudos de coorte e 01 revisão sistemática. Para o fechamento do ducto foram utilizados os dispositivos tipo Amplatzer Duct Occluder II Additional Size (ADOIIAS), Amplatzer Vascular Plug II (AVPII) e COCK COIL. Independente do dispositivo utilizado o sucesso e a mortalidade no curto prazo foram semelhantes. No médio prazo não houve taxa de mortalidade associada ao procedimento, apenas associada a prematuridade: 11 óbitos observados. Entretanto observou-se um maior número de pacientes que utilizaram ADOIIAS (105) em comparação com AVPII (49) e o COCK COIL (1). O posicionamento adequado e a escolha perfeita do oclusor são fatores para se alcançar índices melhores de sucesso.

Conclusão: O fechamento do ducto arterial por via percutânea se mostrou eficaz, factível e seguro em bebês prematuros ao utilizar o ADOIIAS e AVPII no curto e médio prazo. Dessa forma, ensaios clínicos randomizados são necessários para se obter informações relevantes no manejo do tratamento percutâneo de pré-termos.

TL 08 • 9h45/10h

Panorama nas cinco regiões brasileiras acerca das correções de insuficiência congênita das valvas tricúspide e mitral

Maykon Wanderley Leite Alves da Silva, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza , Karine Nascimento Chaves, Mariana Regina Corrêa da Silva, Marina Vilarinho Alves de Freitas, Eliza Maria Bertolaccini Scolin, Gabriele Arbugeri Menegotto, Tamyres Souza Rodrigues, Caroline Freiesleben Cruz, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A insuficiência das valvas cardíacas é definida como a incapacidade de se encerrar adequadamente, apresentando uma fuga que pode causar um refluxo significativo de sangue. As insuficiências das valvas tricúspide e mitral congênitas exigem tratamentos adequados que diminuam a morbimortalidade a elas associada.

Objetivo: Obter um panorama sobre as correções de insuficiência congênita das valvas tricúspide e mitral, comparando as cinco regiões do Brasil.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo do tipo transversal, baseado em dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/DATASUS) de 2012 a 2016, acerca da morbimortalidade na correção da insuficiência da valva tricúspide e mitral congênita. Foram analisadas as seguintes variáveis: número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, valores totais gastos, média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade nas cinco regiões brasileiras.

Resultados: No período analisado, foram contalizados 117 internamentos para a correção de insuficiência da valva tricúspide e 87 para a mitral no Brasil. A região Sudeste apresentou maior prevalência em ambos os casos, com 53% na tricúspide e 45% na mitral. O estado de São Paulo foi o de números mais expressivos do país, com quase 40% do total de internamentos. A maior taxa de mortalidade na correção de valva tricúspide e mitral ocorreu na região Centro-Oeste, com destaque para o Mato Grosso do Sul. A média de permanência hospitalar para correção de insuficiência da valva tricúspide de todas as regiões é próxima da média nacional (13,4), porém no estado do Rio Grande do Norte há uma grande diferença dos demais (2,5). O Sudeste foi responsável por 53,61% (R$1.059.252,89) do total de gastos com a correção da valva tricúspide, porém a que menos gastou foi a região Centro-Oeste (3,96%do total). Em se tratamento de valva mitral, 2012 foi o ano com maior número de AIH aprovadas, com 25 registros, e 2015 o menor número, com 12 registros. Na maioria dos anos, o maior número de AIH aprovadas foi na região Sudeste, exceto em 2014 que a maior quantidade foi na região Centro-Oeste. O valor total gasto foi R$ 1.414.741,72 e só a região sudeste já responde por 47,36% (R$670.065,75) dos gastos enquanto que a região nordeste registrou apenas 9,68%(R$137.027,05). A média de permanência foi 20,2 dias no Sudeste; 18,3 no Sul; 11,9 no Centro-Oeste; 8,3 no Nordeste e no período todo foi igual a 16,4 dias. A taxa de mortalidade de correção de insuficiência mitral congênita no Brasil foi de 12,64, mas no Mato Grosso do Sul essa taxa chegou a 100 e no Rio de Janeiro a 50.

Conclusão: É notável que a cirurgia de correção de insuficiência congênita de valva tricúspide ocorre com maior incidência do que a de válvula mitral. Apesar disso, a taxa de mortalidade é maior quando se trata da valva mitral, destacando a preocupação com a situação do estado do Mato Grosso do Sul, que tem sua taxa expressivamente alta.

TEMAS LIVRES ACADÊMICOS

TL 01 • 8h35/8h50

A influência de variáveis imunológicas, hematológicas e perfusionais na indicação de transfusão de hemácias, e a associação destas com o óbito, no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (CEC): coorte prospectiva

Larissa Martins Silva, Eduardo Augusto Victor Rocha, Sérgio Caporali de Oliveira, Nívea Mangabeira de Oliveira, Paula Maria Carvalho do Lago, Joseph Fabiano Guimarães Santos

Introdução: Há uma falta de evidências de qual seria a melhor prática de transfusão de concentrados de hemácias em cirurgias cardíacas.

Objetivo: Avaliar a influência de variáveis imunológicas, hematológicas e perfusionais na transfusão de hemácias no pós-operatório imediato (POI), em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC, e a associação destes com o óbito, em uma unidade de tratamento intensivo cardiovascular conveniada ao SUS.

Métodos: Estudo prospectivo observacional, de março/2015 à abril/2017. Foram incluídos todos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC no período. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética. Coletaram-se dados clínicos e laboratoriais no POI até a alta/óbito hospitalar. Os desfechos principais foram a transfusão de hemácias no POI e o óbito hospitalar. Fez-se análise univariada, seguida de análise multivariada (regressão COX), avaliando-se a influência das variáveis em estudo, na indicação da transfusão de hemácias, e a associação com o óbito.

Resultados: Foram incluídos 299 pacientes, com idade mediana de 61 anos. Destes, 44,8% cirurgia de revascularização do miocárdio. A taxa de transfusão de hemácias no POI foi de 24,2% e a mortalidade de 17,4%, e estas se associaram independentemente, aos valores, à admissão, de lactato, hemoglobina, linfócitos, bicarbonato e ao RNI, sendo que o lactato≥ 5,0 e a hemoglobina≤ 9,0 influenciaram de modo mais acentuado a indicação de transfusão.

Conclusão: Cinco variáveis se associaram ao óbito e à indicação de transfusão de hemácias, sendo esta última influenciada principalmente pelos valores do lactato e da hemoglobina.

TL 02 • 8h50/9h05

Bentall Biológico x Mecânico: há diferenças na evolução hospitalar?

Ana Carolina Gonçalves Tubino, Ana Raquel Nascimento Lawall, Marcus Vinícius Silva Ferreira, André Lima Valente, Matheus de Oliveira Andrade, Gabriel Elias Salmen Raffoul, José Teófilo Duarte Almeida Júnior, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik

Introdução: O avanço tecnológico em biopróteses tem aumentado sua aplicabilidade. O seu uso na operação de Bentall não foi amplamente estudado.

Objetivo: Avaliar as diferenças na evolução hospitalar em pacientes submetidos a operação de Bentall com biopróteses x próteses mecânicas e os fatores preditores de mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo, obtido por meio de levantamento de dados em prontuário eletrônico, de pacientes submetidos a operação de Bentall de forma consecutiva entre janeiro de 2009 a fevereiro de 2016. Foram incluídos 108 pacientes com idade entre 18 e 79 anos com ou sem cirurgias associadas. Os pacientes foram divididos em dois grupos: prótese mecânica (PM) e bioprótese (BP). Foram comparados quanto as variáveis demográficas, antropométricas, prevalência de comorbidades, diagnóstico pré-operatório, fração de ejeção (FEVE), diagnóstico, EuroSCORE II, tempo de CEC e pinçamento, cirurgias associadas e morbimortalidade pós operatória. Foram avaliados fatores preditores de mortalidade por análise multivariada.

Resultados: O grupo PM era mais jovem (58,5 x 64 anos *P*=0.01) com maior prevalência de cirurgias prévias (28,6% x 10,1% *P*=0,03) e menor de hipertensão (60,7% x 82,3% *P*=0,03). Os grupos foram comparáveis quanto a tempo de internação em UTI,

hospitalar, ventilação mecânica, reoperação por sangramento, déficits neurológicos, insuficiência renal, baixo débito, infecção de ferida operatória. O grupo PM teve menor mortalidade (0% x 16,5% *P*=0.019), contudo somente FEVE (*P*=0,014) e o tempo de CEC (*P*=0,022) e não o tipo de prótese foram identificados como fatores preditores de mortalidade por análise multivariada.

Conclusão: O tipo de prótese usada não impacta na morbimortalidade operatória da operação de Bentall. A FE e o tempo de CEC foram preditores de mortalidade. Tais achados devem ser interpretados com cautela devido a casuística limitada e natureza do estudo.

TL 03 • 9h05/9h20

Qual a conduta em pacientes com doença arterial carotídea e indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio?

Filipe Tomasi Keppen Sequeira de Almeida, Daniel Tomasi Keppen Sequeira de Almeida, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida

Introdução: Pacientes que possuem doença arterial coronariana importante com indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), muitas vezes também apresentam uma importante estenose carotídea, sendo a prevalência conjunta entre 20% e 30% em pacientes acima dos 50 anos.

Objetivo: O objetivo deste estudo é verificar se a triagem pré-operatória das artérias carótidas, com ecodoppler, é importante em pacientes que serão submetidos à CRM.

Métodos: Entre janeiro de 2010 e março de 2017, 532 pacientes foram submetidos à CRM, sendo que 346 destes com idade superior a 50 anos. Desse grupo, 127 foram submetidos à triagem carotídea antes da cirurgia, por apresentarem história de acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, sopro carotídeo ou doença vascular periférica. O sexo masculino predominou em 62,20% dos pacientes e a idade média foi de 68±5 anos. Os pacientes foram divididos em três grupos, de acordo com o grau de estenose: Sem estenose ou com estenose leve (G1), estenose moderada (G2) ou estenose grave (G3). Em pacientes com lesões moderadas, foi realizada uma análise da placa carotídea para verificar a presença, extensão e possível ulceração das placas.

Resultados: Dos 105 paciente (72,44%) estavam no G1, 13 (10,23%) no G2 e nove (7,09%) no G3. Todos os pacientes do G3 e sete de G2 foram submetidos a cirurgia aberta (31,25%) ou endovascular (68,75%) para tratamento da estenose carotídea. Sete dos pacientes foram submetidos inicialmente à CRM e posteriormente ao tratamento endovascular das carótidas, e os outros nove a primeira cirurgia foi a carotídea. Não houve acidente vascular encefálico neste grupo de pacientes. No grupo inicial de 127 pacientes, a incidência de acidente vascular cerebral foi de 3,94%, e nenhum deles apresentou sequelas importantes, entretanto incidência foi maior que no grupo dos 532 pacientes.

Conclusão: Os autores concluem que a triagem pré-operatória das artérias carótidas é importante na CRM, bem como o tratamento adequado de acordo com a gravidade da estenose, principalmente em pacientes com histórico de acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, sopro carotídeo e doença vascular periférica.

TL 04 • 9h20/9h35

Utilização do EuroSCORE II como preditor de mortalidade em pacientes submetidos a cirurgia de troca de valva aórtica isolada em hospital de referência em Salvador - BA

Hylana Hellen Bispo da Silva Lima, Rafael Viana dos Santos Coutinho, Gustavo Henrique Daltro Santana, Jessica de Oliveira Santana Alves, Adrielle Gobi Sabarin, Elis Nunes Assmar, Caio Dias Oliveira, Dhaisa Thainá Souza Conceição, Tauana Cantalice Sarmento, Caíque Mota de Araújo, Jackson Brandão Lopes, José Augusto Baucia

Introdução: A Cirurgia Valvar Aórtica ainda é a única terapêutica efetiva a longo prazo no alívio da sobrecarga ventricular esquerda em pacientes com Estenose Aórtica importante além de constituir o procedimento de escolha para tratamento da Insuficiência Aórtica importante. O adequado conhecimento da história natural da doença juntamente com a avaliação clínica completa e de dados específicos de exames complementares possibilita traçar diretrizes racionais de tratamento. Para a substituição isolada da

valva aórtica, a taxa de mortalidade operatória é estimada em 3,2%. Diante disso, diferentes escores pré-operatórios foram criados para avaliação de mortalidade nesses pacientes baseados em uma variedade de comorbidades pré-operatórias. O EuroSCORE II foi lançado na reunião da Associação Europeia de Cirurgiões Cardiotorácicos em Lisboa e a calculadora online foi atualizada para uso do novo modelo de estratificação. Sabe-se que o EuroSCORE inicial superestima o risco de procedimentos de cirurgia cardíaca e possui baixa capacidade de discriminação, especialmente para cirurgia valvar. Desse modo, esse estudo torna-se uma importante fonte de informações à respeito da comparação dos valores preditivos de mortalidade encontrados no EuroSCORE em pacientes submetidos à troca valvar aórtica isolada.

Objetivo: Avaliar desempenho EuroSCORE II como preditor de mortalidade em 30 dias, nessa população.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram utilizados revisão de prontuários médicos de 64 pacientes que realizaram cirurgia de troca de valva aórtica isolada no Hospital Ana Nery, no período de 2009 à 2011. As variáveis descritivas foram classificadas em pré, intra e pós-operatórias. A mortalidade observada foi comparada com a mortalidade prevista através do EuroScore, foram calculadas Receiver Operating Characteristics (ROC) e a Area Under the Curve (AUC) analisada. Admitiu-se ponto de corte 6% no ES2 para pacientes de alto risco.

Resultados: A mortalidade observada foi de 6,3% (n=4). A pontuação geral obtida pelo EuroSCORE II foi 3,08% em média (DP 0,56-12,01), com AUC calculado sendo 0,74 (IC 95% 0,56-0,93). Dos 64 pacientes, 15,62% (n=10) foram considerados alto risco (EuroSCORE II > 6%). Nesse grupo a mortalidade observada foi 0,2% (n=2). O valor de p pelo Hosmer-Lemeshow test foi igual >0,0001 o que demonstra má calibração deste teste para amostra ainda que a acurácia tenha sido 74%.

Conclusão: Apesar de o EuroSCORE II ser um teste simples, de boa acessibilidade e difusão, não foi possível concluir que este é um bom preditor para TVA isolada, na amostra apresentada. Talvez seja necessária uma população amostral maior, a fim de que esta represente a população do estudo em questão.

19.04 | QUINTA-FEIRA | AUDITÓRIO 7 | SESSÃO II

TL 05 • 14h30/14h45

Abordagem endovascular e cirurgia aberta no tratamento da coarctação de aorta: um revisão sistemática

Adrielle Gobi Sabarin, Ana Gabriela Lopes Barbosa, Lucas Cadete Caldeira Costa, Hylana Hellen Bispo da Silva Lima, Stella Benedicto Zandoná, Lorena Oliveira de Figueiredo, Jéssica de Oliveira Santana Alves, Camila Maria Soares de Lima, Dhaisa Thainá Souza Conceição, Caique Mota de Araújo, José Augusto Baucia, Jackson Brandão Lopes

Introdução: A coarctação da aorta está presente em 6 a 8% dos nascidos vivos com cardiopatias congênitas. É uma malformação vascular caracterizada por um estreitamento da aorta descendente proximal, próximo à região do ducto arterial, cujo fechamento pode estar relacionado a sua existência. O tratamento para tal patologia, sob a forma de cirurgia aberta, foi considerado padrão ouro durante muito tempo, mas, está associada a algumas comorbidades como AVC, hipertensão, IAM e aneurisma. A possibilidade de tratamento pela técnica endovascular, como outra opção para diminuir as complicações, vem mostrando bons resultados, principalmente em pacientes mais velhos.

Objetivo: Comparar a abordagem endovascular e a cirurgia aberta no tratamento da coarctação da aorta.

Métodos: Fora realizado uma revisão de literatura utilizando 6 estudos comparativos entre cirurgia aberta e abordagem endovascular, a partir de pesquisas nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: *coarctation and endovascular and open*. Os pacientes foram divididos em grupo A (pacientes submetidos ao procedimento endovascular) e grupo B (pacientes submetidos a cirurgia aberta). Foram analisadas as seguintes variáveis: complicações pós-operatórias, tempo de internamento, uso de anti-hipertensivo pós-cirúrgico, gradiente de pressão pós-operatório em pacientes adultos e crianças com coartação de aorta.

Resultados: A partir da análise das variáveis foi observado, em todos estudos, um maior tempo de internamento no Grupo B, sendo o mais alto em García et al. (2010), - Grupo B: 11.83 dias; grupo A: 7,8-. O Grupo A apresentou maior gradiente de pressão

em todos os estudos, sendo o maior em García et al. (2010), - Grupo A: 24.5 ± 4.3; Grupo B: 33 ± 3- e o menor em Rodés-cabau et al. (2007), - Grupo A: 20±11; Grupo B: 18±15-. Observou-se que o Grupo A obteve maior número de pacientes com uso de anti-hipertensivo, sendo o maior em Yeaw et al. (2016), - Grupo A: 88%; Grupo B 41%- e o menor em Rodés-cabau et al. (2007), - Grupo A:28%; Grupo B: 21%-. Quanto as complicações no pós-operatório, o grupo B apresentou maiores valores, sendo o maior em Rodés-cabau et al. (2007), - grupo A:18%; grupo B: 50%- e a menor em Roselli et al. (2012), - Grupo A: 3,3%; Grupo B: 7,5%-.

Conclusão: Foi percebido que o procedimento endovascular apresenta um menor tempo de internamento hospitalar e número de complicações no pós-operatório. No entanto, tal procedimento tem maiores resultados de gradiente de pressão e um maior número de pacientes dependentes de anti-hipertensivo no pós-operatório.

TL 06 • 14h45/15h

Resultados imediatos do fechamento de canal arterial por minitoracotomia em prematuros de extremo baixo peso

Juliana Vieira de Oliveira Salerno, Pedro Rafael Salerno, Lúcia Maria Vieira de Oliveira Salerno, Carolina Vieira de Oliveira Salerno, Geyse Marinho Falcão, Rebeca Carlström, Pablo César Lustosa, Ahylson Roberto Correia, Neize Maria Gondim de Souza Montenegro, Daniel Cunha

Introdução: A maior parte dos neonatos prematuros de extremo baixo peso (<1kg) apresentam persistência do canal arterial que pode trazer consequências severas como edema pulmonar, enterocolite necrotizante, insuficiência cardíaca e renal, hipotensão sistêmica e alterações de perfusão cerebral. A recomendação atual é iniciar tratamento farmacológico e em caso de falha, indicar intervenção cirúrgica, porém o momento ideal ainda é controverso.

Objetivo: Analisar a mortalidade imediata de prematuros de extremo baixo peso submetidos a fechamento de canal arterial por minitoracotomia.

Métodos: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 32 prematuros de extremo baixo peso com persistência do canal arterial operados no Hospital Esperança no período de março 2001 a dezembro 2015. A idade gestacional corrigida variou de 24 a 36 semanas (m=29) e o peso oscilou entre 400 e 1.000g (m=743,1). A cirurgia foi realizada sob anestesia geral com monitorização hemodinâmica de pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e eletrocardiograma contínuo. A técnica cirúrgica consistiu na ligadura do canal com clips metálicos através de minitoracotomia de 2cm no quarto espaço intercostal posterior esquerdo. Após a clipagem houve melhora na pressão arterial sistêmica e desaparecimento do frêmito.

Resultados: A mortalidade cirúrgica imediata foi de um paciente (3,1%) por hemorragia. Houve necessidade de drenagem de tórax em apenas um paciente (3,1%) que apresentou pneumotórax. Não houve infecção do sitio cirúrgico.

Conclusão: Apesar de procedimentos cirúrgicos representarem alto risco para bebês prematuros de extremo baixo peso, o resultado imediato do fechamento do canal arterial por minitoracotomia mostrou-se de baixa morbidade e mortalidade.

TL 07 • 15h/15h15

Extração percutânea de eletrodos de dispositivos de estimulação cardíaca artificial - Relato de Série de Casos

Felipe Bruno Santos da Cunha, Letícia Vitoriano Sousa, Thiago do Amaral Cavalcante, Eduardo José Ferreira Sales, Diogo Assis Souza, Maria Paula Meireles Fenelon, Rafael Ramos Amaral, Pedro Xavier Lemgruber Matoso Pavie, Gustavo Lara, Marcos Vinícius Nascimento Santos, Ricardo Barros Corso, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: A infecção de dispositivos de estimulação cardíaca artificial constitui em grave complicação, com elevados índices de morbimortalidade e são a principal causa de indicação de extração do sistema. Outras indicações são remoções de sistemas abandonados, mal funcionantes ou mesmo upgrade de dispositivos. Dispomos de três modalidades de extração: a) tração direta dos cabos por via transvenosa; b) cardiotomia com circulação extracorpórea; c) contra-tração com bainhas (mecânicas e laser). Dentre essas três, o uso de bainhas tem demonstrado resultados satisfatórios, com elevadas taxas de sucesso, baixo índice de complicações e reduzido tempo de terapia intensiva.

Objetivo: Relatar experiência inicial do serviço com uso de bainhas mecânicas para extração de cabos-eletrodos.

Métodos: Relato de série de casos de seis pacientes operados sob anestesia geral e preparados para conversão rápida em esternotomia, com máquina de circulação extracorpórea e hemoderivados disponíveis, foram submetidos a extração de eletrodos de marca-passo.

Resultados: No período de março/2016 a junho/2017 foram realizadas seis operações para extração com uso do sistema de bainhas mecânicas (Cook). Todos os eletrodos foram retirados com sucesso. Não houve mortalidade, complicações maiores ou necessidade de hemotransfusão. Em dois pacientes foi necessário o uso de extração combinada (subclávia/femoral). Um paciente cursou com hematoma de loja, tratado por drenagem simples, sem outras complicações. O longo tempo de internação hospitalar nos pacientes infectados deveu-se à prolongada antibioticoterapia parenteral.

Conclusão: O uso do sistema de bainha extratora Cook mostrou-se seguro, eficiente e reproduzível. Esta modalidade requer treinamento específico, planejamento minucioso e uso de sala cirúrgica plena.

TEMAS LIVRES

FISIOTERAPIA

20.04 | SEXTA-FEIRA | AUDITÓRIO 4 | SESSÃO I

TL 01 • 8h30/8h40

Estudo comparativo da prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com base em duas classificações distintas

Giulliano Gardenghi, Fabíola Gomes Silva Magalhães, Geise Rodrigues Martins, Álvaro de Moraes Júnior, Maurício Lopes Prudente, Wilson Luiz da Silveira, João Alberto Pansani, Artur Henrique de Souza, Max Weyler Nery

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco cardiovascular, sendo a mesma rotineiramente avaliada nas investigações pré-operatórias de cirurgias cardíacas, quanto à sua presença. Recentemente, a American Heart Association (AHA) publicou novas orientações para classificação da pressão arterial, alterando as rotinas para diagnóstico de HAS em todo o mundo.

Objetivo: Avaliar a prevalência de HAS pré-operatória com base na classificação brasileira vigente, descrita na 7ª Diretriz Brasileira de HAS (2016) e a prevalência de HAS pré-operatória com base na classificação da AHA (2017), realizando um estudo comparativo.

Métodos: 113 pacientes (61,1% do sexo masculino; idade: 57,6±13,2 anos; IMC: 27,2±4,5) foram avaliados em consulta de enfermagem pré-operatória com relação aos seus valores de pressão arterial, seguindo as orientações de aferição presentes na Diretriz Brasileira de HAS, sendo aferidos os valores de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), por meio do monitor de pressão arterial automático de braço (Omron HEM-7113®). Após a avaliação os valores obtidos foram classificados de acordo com as referências presentes na 7ª Diretriz Brasileira de HAS, sendo que para fins estatísticos se agruparam os pacientes em HAS estágios 1, 2 e 3 em um único grupo (HAS) e os indivíduos normais e pré-hipertensos em um segundo grupo (NÃO HAS). Os valores foram em seguida reclassificados de acordo com a orientação da AHA, sendo que os pacientes em HAS estágios 1 e 2 e os pacientes em crise hipertensiva foram agrupados em um único grupo (HAS) e os pacientes com valores normais ou elevados foram classificados em um segundo grupo (NÃO HAS). A análise estatística utilizou o teste Qui quadrado, assumindo como significantes valores de $P \leq 0,05$.

Resultados: Os valores de PAS encontrados foram de 137,0±22,3 mmHg (Mínima: 81 mmHg; Máxima: 206 mmHg). A classificação brasileira colocou no grupo HAS 51 pacientes (45%) e 62 pacientes (55%) no grupo NÃO HAS. A classificação americana colocou 71 pacientes no grupo HAS (63%) e 42 pacientes no grupo NÃO HAS (37%), $P=0,01$. Os valores de PAD encontrados foram de 80,0±13,8 mmHg (Mínima: 45 mmHg; Máxima: 116 mmHg). A classificação brasileira colocou no grupo HAS 32 pacientes (28%) e 81 pacientes (72%) no grupo NÃO HAS. A classificação americana colocou 60 pacientes no grupo HAS (53%) e 53 pacientes no grupo NÃO HAS (47%), $P=0,00$.

Conclusão: A classificação recente da AHA aumentou em 39% a prevalência de HAS na PAS e em 88% a prevalência de HAS na PAD, quando comparada à classificação vigente no Brasil, na população estudada.

TL 02 • 8h40/8h50

Influência do treinamento intervalado de alta intensidade sobre variáveis de desempenho cardiorrespiratório e oxidação de substratos em adolescentes obesos com e sem resistência insulínica

Marilia Souza Leão, Juliana Monique Lino Aparecido, Cristiane Kochi, Vera Lúcia dos Santos Alves

Introdução: O modelo ideal de treinamento para promover melhores adaptações metabólicas e cardiovasculares em crianças e adolescentes obesos com alteração na sensibilidade à insulina permanece controverso. Em adultos, evidências sugerem que o treinamento intervalado de alta intensidade seja uma estratégia eficiente na promoção dessas adaptações quando comparado ao treinamento aeróbico contínuo de intensidade moderada.

Objetivo: Comparar os efeitos de seis sessões de treinamento intervalado de alta intensidade sobre o padrão de desempenho e oxidação de substratos energéticos em adolescentes com e sem resistência à insulina.

Métodos: Dezenove adolescentes foram avaliados quanto as medidas antropométricas, composição corporal, parâmetros metabólicos, capacidade cardiorrespiratória e tolerância ao exercício e posteriormente alocados em dois grupos com e sem resistência à insulina (CRI e SRI, respectivamente). Ambos realizaram seis sessões treinamento, com intervalo de 48 horas, de três a seis tiros de 60 segundos à 100% da velocidade pico, intercalados por três minutos de recuperação ativa à 50% da velocidade pico.

Resultados: Dezesseis participantes, grupo CRI (n=8) e SRI (n=8), com média de idade de 12,3±1,5; estatura 1,6±0,1; massa corporal de 70,3±13,6; IMC de 28,1±4,5, zIMC de 3,0±1,2 e percentual de gordura corporal de 32,8±4,4 concluíram todo o delineamento experimental. Foram observados incrementos de 13,8% e 16,5% na velocidade pico, 24,7% e 22,5% nas velocidades do LAn1, 23,5% e 48,8% na Pimáx e 33,7% e 42,5% na Pemáx, para CRI e SRI, respetivamente.

Conclusão: Os resultados sugerem que seis sessões de treinamento intervalado de alta intensidade foram eficientes para melhora de parâmetros de desempenho e força muscular respiratória. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos CRI e SRI após o período de treinamento.

TL 03 • 8h50/9h

Avaliação da modulação autonômica cardíaca de neonatos prematuros

Luiz Fernando Martins de Souza Filho, Jordana Campos Martins de Oliveira, João Batista Rodrigues Dutra, Lucas Raphael Bento e Silva, Marcelo Cozac Moura, Nelson David Fernandes, Rafael Dias de Sousa, Mayara Kelly Alves Ribeiro, Ana Cristina Silva Rebelo

Introdução: Neonatos prematuros (NP) podem apresentar prejuízos no sistema nervoso autônomo (SNA), estes podem ser relacionados ao menor desenvolvimento neurológico. Dentre as técnicas utilizadas para a avaliação do SNA, a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) tem surgido como ferramenta simples, não invasiva e de fácil aplicação.

Objetivo: Analisar e comparar a VFC por meio da análise espectral em NP em dois momentos de internação a fim de verificar o desenvolvimento da modulação do SNA.

Métodos: Estudo longitudinal prospectivo, descritivo, analítico e observacional com amostragem não probabilística, constituída por 23 coletas da VFC de NP com diferentes idades gestacionais (média de 31 semanas ± 3,15) e peso ao nascimento médio de 1,52±0.65 kg, avaliados em dois momentos, momento I (até 15 dias de nascimento) composto por 15 coletas e momento II (após 45 dias de nascimento) composto por 8 coletas. A análise linear da VFC no domínio da frequência foi realizada por meio de um método autorregressivo aplicado à sequência de iR-R previamente selecionada. Obtidas as bandas de baixa frequência (BF - entre 0,04 e 0,15 Hz) e alta frequência (AF - entre 0,15 e 0,50 Hz), selecionadas por melhor representarem a modulação cardíaca simpática e parassimpática, respectivamente, além da razão BF/AF, indicativa do balanço entre os sistemas simpático e parassimpático, sendo selecionado a análise espectral. Para as captações da VFC, foi utilizado cardiofrequencímetro Polar® V800, coleta realizada em repouso na posição supina durante 15 minutos. Os dados da VFC foram analisados por método linear no domínio da frequência pelo Kubios HRV Analysis Software, versão 3.0.2. Verificou-se a distribuição dos dados quantitativos por meio do teste Shapiro-Wilk. A normalidade na distribuição dos dados não foi aceita foi aplicado o teste de Mann-Whitney, foi considerada diferença estatisticamente significativa quando o $P \leq 0,05$.

Resultados: No momento I o valor médio da BF foi de 124,93 ms^2 seguido de 369,62 ms^2 no momento II. Em relação ao valor médio da AF no momento I foi de 37,33 ms^2 seguido de 181,25 ms^2 no momento II. A razão BF/AF no momento I foi de 3,76 e no momento II foi de 5,06. Observou-se aumento nos valores espectrais da VFC no momento II, sendo estes estatisticamente não significantes. Porém este aumento relaciona-se ao aumento da modulação simpática e parassimpática assim como do balanço entre estes sistemas.

Conclusão: Os dados demonstram aumento nos valores da VFC nos NP no momento II, demonstrando possível maturação e desenvolvimento da modulação do SNA durante a internação.

TL 04 • 9h/9h10

Reconhecimento dos coeficientes incorporados ao tabagismo em idosos e sua interferência na hipertensão arterial sistêmica

Gabriela Souza Faria, Daniel Pedro Comineli Beltrame, Ana Luisa Freitas Siqueira, Eduardo de Moura Neto, Luana Aparecida Ribeiro, Marco Túlio Lemos Alves da Silva, Renata Cecília Barbosa Rocha, Douglas Reis Abdalla, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Valéria Papa, Dayane Aparecida Viana, Álvaro da Silva Santos

Introdução: O tabagismo representa a principal causa de morte evitável, além de ser um importante fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares (INCA, 2015). O envelhecimento é um fenômeno biológico determinado por fatores genéticos e ambientais dentre eles, o tabagismo representa um potente catalisador no envelhecimento tendo ação direta, por mecanismos mediados por radicais livres e indireta através de condições patológicas correlacionadas.

Objetivo: Reconhecer o perfil socioeconômico do idoso tabagista bem como, faixa etária, gênero, escolaridade, renda familiar mensal, cor, estado civil, consumo de bebidas alcoólicas, índice de massa corpórea, atividade física e religião, ainda, analisar quais as condições relacionadas entre idosos tabagistas e não tabagistas são estatisticamente significativos.

Métodos: Estudo transversal 4023 idosos dos 27 municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba-MG. Aprovado pelo CEP/UFTM:1640. Aplicou-se o MEEM e formulário semiestruturado. Foram entrevistadas 4023 idosos. Foram incluídos os indivíduos com 60 anos ou mais, residentes nos 24 municípios. Para verificar os fatores associados ao tabagismo teste Qui-quadrado ($P \leq 0,20$). Em seguida Regressão Logística Multinomial Múltipla. O teste Cramer's V ($P \leq 0,05$) autorrelato de HAS, Regressão Logística Binária (odds ratio - OR) e IC de 95%. Já para verificar a correlação da quantidade de cigarros com o autorrelato de HAS aplicou-se o teste de Spearman's ($P \leq 0,05$) e em seguida a Regressão Linear Simples ($P \leq 0,05$).

Resultados: Os resultados evidenciam que os idosos que consomem tabaco têm maior risco de chance de ser do sexo masculino (IC 95%: 2,31-3,31) e estar entre as primeiras faixas etárias da velhice: 60 e 69 anos (IC95%:1,53-2,91) e 70 a 79 anos (IC95%: 1,09-2,13). Quando verificado a relação sexo e status ex-tabagista observa-se que os homens (IC95%: 2,76-3,82) também têm maior risco de chance de cessar o fumo, assim como os idosos católicos (IC95%: 3,88-9,76) e espíritas (IC95%: 9,95-8,28). Verificou-se que após os ajustes nos modelos logísticos binários o idoso hipertenso têm maior risco de chance de ser do sexo feminino (IC95%: 1,40-1,82), tabagistas (IC95%: 0,51-0,72) e ex-tabagistas (IC95%: 0,39-0,60).

Conclusão: O estudo apresentou alta prevalência de idosos tabagistas e hipertensos. Já os ex-fumantes também são homens e das religiões católica e espírita. A HAS está diretamente ligada ao consumo de cigarros e ao sexo feminino.

TL 05

Aplicabilidade do peso ideal na titulação do volume corrente em pacientes no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca

Dayane Nunes Rodrigues, Vanessa Marques Ferreira, Camila dos Santos Arcas, Marjorye Padula Lima, Priscila Celina de Oliveira Moraes, Renata K de Figueiredo, Carlos Gun, Iracema Ioco Kikuchi Umeda

Introdução: A ventilação mecânica (vm) é indispensável nas intervenções cirúrgicas; porém mesmo que por curto período de tempo, a vm pode causar prejuízo pulmonar com lesões do parênquima pulmonar por excesso de pressão e/ou volume nas vias aéreas. Na titulação do volume corrente (vc) é comum utilizar o peso (p.) real e não o p. ideal, aquele calculado baseando-se pela altura, o que poderia gerar alterações gasométricas e na mecânica pulmonar.

Objetivo: Comparar a titulação do vc pelo p. ideal e pelo p. real durante o uso da vm no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca (cc).

Métodos: Ensaio clínico prospectivo, randomizado, aprovado pelo CEP da instituição. Incluímos pacientes (pc) de ambos os sexos, idade entre 18 e 80 anos e foram divididos em dois grupos: peso real (PR) e peso ideal (PI) e analisados em quatro grupos: PR com IMC adequado; PR com IMC alto; PI com IMC adequado e PI com IMC alto. O exame gasométrico era realizado no ato de admissão (M0), 30 minutos após a mesma (M1) e extubação (M2). Foram comparados entre os grupos resultados gasométricos, pressão platô,

pressão de pico, complacência estática e complacência dinâmica. Pc com acidose metabólica de pH<7,2 e pressão platô acima 30 de cmH2O foram excluídos. Utilizamos teste t para dados paramétricos e teste qui-quadrado para os dados não paramétricos adotando um valor de *P*<0,05.

Resultados: Total de 166 pacientes (pc) sendo 87 PR e 79 PI; idade média nos grupos PR E PI respectivamente 60,85±13,47 e 59,80±12,30 ano; índice de massa corpórea (IMC) 26,00±3,30 para PR e 27,93±5,60. Foram estatisticamente significantes os valores de volume corrente (real: 593,41±117,02; ideal 480,83±77,0 - *P* 0,000), pH em M1 em ambos grupos com IMC alto (real: 7,40±0,073; ideal: 7,33±0,063 - *P* 0,006), PaCO2 em M1 em ambos grupos com IMC alto (real: 33, 40±5,371; ideal 48,40±6,100 - *P* 0,000), pressão de pico em ambos os grupos com IMC alto (real: 27,89±5,140; ideal: 23,30±4,232 - *P* 0,000), pressão platô nos grupos com IMC alto (real: 19,75±3,689; ideal: 17,75±3,052 - *P* 0,001), pressão platô nos grupos IMC adequado (real: 18,33±3,009; ideal: 15,47±2,091 - *P* 0,001), complacência estática em ambos grupo com IMC adequado (real: 40,37±13,281; ideal: 47,85±12,942 - *P* 0,036).

Conclusão: Concluímos que o uso do peso ideal como base para titulação do volume corrente em pacientes pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca mostrou-se mais benéfico quando comparado com o peso real em relação às variáveis que avaliaram a mecânica pulmonar, quanto as variáveis gasométricas ambos os grupos ao final do estudo se comportaram de forma semelhante. Novos estudos são necessários em outros tipos de população usando novas metodologias.

TL 06 • 9h20/9h30

Análise de programa de reabilitação precoce em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasiva

Thatiana Ricciardi, Alexandra Cristina Cremon Cavalcanti, Rodrigo Lima Guimarães, Aline Tironi Torres, Ademir Massarico Braz, Ricardo Casalino, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida, Cristiano Nascimento, Gabriela Freese Navarini, Olivio Souza Neto

Introdução: A atuação da fisioterapia no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca tem sido essencial para garantir melhora no processo de reabilitação. No entanto, sempre houve dúvidas no tocante a aplicação de algumas modalidades de exercícios frente a esternotomia, já que eventuais complicações poderiam advir dessa associação. Uma vez submetidos a intervenções minimamente invasivas, esses pacientes estariam aptos para executar programas mais robustos de fisioterapia.

Objetivo: Avaliar os benefícios de um protocolo de reabilitação precoce, com ênfase em cinesioterapia funcional e respiratória, aplicado em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasiva.

Métodos: Estudo prospectivo com 21 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de valva mitral ou aórtica, por técnica minimamente invasiva, que seguiram protocolo institucional de fisioterapia, composto por nove Fases, com intervalos de 3 horas. Fase 1: Admissão do paciente. Fase 2: Sedestação em poltrona, exercícios resistidos com caneleira e halter de 1kg; exercício respiratório de RPPI (Savina Dräger®) e Respiron®. Fase 3/5: Retorno ao leito. Fase 4: Repetição da Fase 2, acrescido de 3 minutos em Cicloergômetro LiveUp®. Fase 6: Ortostatismo, seguido de sedestação em poltrona. Fase 7/8: Repetição da Fase 2, acrescido de caminhada de 15 metros. Fase 9: Repetição da Fase 2, acrescido de caminhada de 80 metros e 2 minutos em Step de 90 cm FitnessSlade®. No início e término das Fases, é aplicada escala de BORG, que avalia o grau de dificuldade (0-10). Critérios de inclusão: Pacientes submetidos a cirurgias minimamente invasivas vídeo-assistida ou hemi-esternotomia superior (Upper J). Critério de exclusão: Pacientes em intubação endotraqueal, instabilidade hemodinâmica e cirurgias combinadas.

Resultados: Foram analisados 21 pacientes, média de idade 71 anos; 57% do gênero feminino, 95% admitidos em uso de drogas vasoativas (dobutamina, noradrenalina, nitroprussiato de sódio, ou combinação). Antes do término do protocolo, 90% dos pacientes completaram o desmame. Durante a execução do protocolo não houve repercussões hemodinâmicas (médias FC: 72, PA: 112x60) não houve interrupção do protocolo. A média de saturação de Oxigênio foi de 93%, sendo na fase inicial o uso de cateter nasal em 33% dos pacientes e macronebulização 67%. Sucesso de desmame 100%, com uma média de FR de 17. Nenhum paciente evoluiu para ventilação artificial, não houve acidente de percurso, como quedas, não houve complicações de ferida operatória. Alta hospitalar precoce, mediana de tempo de internação no pós-operatório de 24h30. Quando comparado a Escala Borg X desmame de drogas vasoativas, observou-se relação inversa; quanto maior o esforço exigido, maior o declínio na dosagem. Na segunda fase, o relato médio de BORG foi 3,6. Na última fase, sem drogas vasoativas, o relato médio foi 1,3.

Conclusão: A técnica cirúrgica associada ao protocolo elaborado de fisioterapia proporciona ao paciente reabilitação precoce, maior autonomia no pós-operatório e minimização de complicações, o que otimiza o tempo de internação. Os achados enfatizam a importância do treinamento como uma ferramenta não farmacológica no tratamento clínico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca minimamente invasiva. São necessárias, no entanto, novas análises com número maior de pacientes para maiores conclusões.

20.04 | SEXTA-FEIRA | AUDITÓRIO 4 | SESSÃO II

TL 07 • 14h/14h10

Uso de cicloergômetro para membros superiores no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estudo randomizado

Giulliano Gardenghi, Celina Lumi Kushida, Jessyka Bueno Cruz, Artur Henrique de Souza, José Onofre de C . Sobrinho, Abissay Francisco dias, Álvaro de Moraes Júnior, Wilson Luiz da Silveira, Maurício Lopes Prudente, Max Weyler Nery, João Alberto Pansani

Introdução: Introdução: A mobilização precoce é cada vez mais utilizada em indivíduos após cirurgia cardíaca (CC), buscando minimizar complicações decorrentes do repouso prolongado no leito. O uso de cicloergômetro para membros superiores (MMSS) pode contribuir para minimizar a perda da capacidade funcional, comumente encontrada nessa população. Muitos cirurgiões ainda não admitem a mobilização ampla dos MMSS após CC, pela presença de cateterização na artéria braquial (monitorização da pressão arterial invasiva), pelo uso de drogas vasoativas (DVAs) e pelo receio de ruptura dos fios de aço utilizados para fixação do esterno.

Objetivo: Realizar um estudo comparativo investigando o comportamento cardiorrespiratório de pacientes no pós-operatório de CC recebendo ou não DVAs durante a realização de cicloergômetro para MMSS. Verificar a segurança no uso do cicloergômetro para MMSS sobre ocorrências relacionadas à perda de cateter arterial braquial.

Métodos: Ensaio clínico controlado, envolvendo 26 pacientes randomizados em dois grupos. Grupo CO: sem uso de DVAs (13 pacientes, idade: 57±12anos, 09 do sexo masculino) e Grupo DVA: (13 pacientes, idade: 61±09anos, 07 do sexo masculino, em uso de dobutamina, noradrenalina ou ambas), submetidos à CC (revascularização miocárdica e/ou troca valvar) por esternotomia mediana, que no primeiro dia de pós-operatório (1º PO) realizaram cicloergômetro para MMSS por cinco minutos consecutivos. Os parâmetros avaliados durante o exercício foram: frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SatO2), dispnéia (Borg), esforço de MMSS (Borg) e pressão de perfusão (PAM). Para análise dos resultados referentes às variáveis cardiorrespiratórias utilizou-se a diferença dos valores obtidos no quinto minuto de exercício menos os valores observados em repouso (exemplo: ΔDeltaFC = FC5º minuto-FCrepouso). Observou-se também o número de eventos relacionados à perda do cateter de artéria braquial, por inspeção visual. Todos os indivíduos estudados estavam aptos do ponto de vista médico para realização do protocolo. A análise estatística utilizou ANOVA de dois caminhos com Post Hoc de Scheffé, quando necessário (significância em 5%).

Resultados: A FC subiu em ambos os grupos ao término do exercício (P=0,00), sem diferença entre os mesmos (ΔFC CO: 5,7±5,7bpm *versus* ΔFC DVA: 8,5±6,9bpm, P=0,97); A SatO2 não se alterou do repouso ao final do exercício (P=0,49), sem diferença entre os grupos (ΔSatO2 CO: -1,7±2,4% *versus* ΔSatO2 DVA: -0,6±3,0%, P=0,09); A dispneia não se alterou do repouso ao final do exercício (P=0,78), sem diferença entre os grupos (ΔBorg CO: -0,5±0,9pontos *versus* ΔBorg DVA: 0,8±1,7pontos, P=0,07); O cansaço nos MMSS aumentou nos dois grupos (P=0,04), sem diferença significante entre os mesmos (ΔBorg MMSS CO: 0,6±1,7pontos versus ΔBorg MMSS DVA: 0,6±1,4pontos, P=0,79); A PAM não se alterou do repouso até o final do exercício (P=0,25), sem diferença entre os grupos (ΔPAM CO: -1,4±4,9mmHg versus ΔPAM DVA: -1,3±10,5mmHg, P=0,62). Não se verificou nenhum evento de perda de cateter arterial braquial.

Conclusão: A adoção do cicloergômetro para MMSS foi segura no 1º PO de CC, não promovendo alterações desfavoráveis nos parâmetros cardiorrespiratórios estudados, mesmo nos indivíduos em uso de DVAs. Não se observou relação entre o uso de cicloergômetro de MMSS e risco de perda de cateter arterial braquial na população estudada.

TL 08 • 14h10/14h20

Comportamento dos domínios da independência funcional em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio durante internamento em unidade de terapia intensiva

André Luiz Lisboa Cordeiro, André Raimundo Guimarães, Thiago Araújo de Melo, Jefferson Petto, Mansueto Gomes-Neto

Introdução: A realização de cirurgia cardíaca está associada a maior expectativa de vida, porem pode gerar complicações como comprometimentos da função respiratória e muscular 1,2. No pós-operatório de cirurgia cardíaca, atrofia muscular e inatividade prolongada, são fatores que podem ocasionar a a sensação de fadiga e o declínio da capacidade funcional. 3 Em conjunto essas alterações podem comprometer a independência funcional dos pacientes.

Objetivo: Analisar o comportamento dos domínios de independência funcional em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio e sua correlação com o tempo de permanência na UTI.

Métodos: Trata-se de um estudo analítico, longitudinal. Um dia antes da cirurgia cardíaca todos os pacientes foram submetidos a avaliação da Independência Funcional através do instrumento de Medida da Independência Funcional (MIF). Os pacientes eram avaliados através da MIF e foram computados os valores específicos de cada domínio um dia antes da cirurgia e na alta da UTI. A aplicação da MIF foi realizada por um único avaliador treinado para uso da escala. Foi registrado também o tempo de permanência do paciente na UTI. Para análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPPS) 20.0. Para avaliação da normalidade da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis continuas foram expressas em média e desvio padrão. Para comparar a MIF e os seus domínios pré e pós-cirurgia foi utilizado o Teste t de Student pareado e para correlacionar os domínios como o tempo de permanência na UTI o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

Resultados: Foram avaliados 38 pacientes com média de idade de 57±13 anos. O tempo de permanência na UTI foi de 2,9±1,3 dias. Observa-se o comportamento dos domínios de independência funcional no pré-operatório e no dia da alta da UTI. Percebe-se que existiu uma redução em os domínios, entretanto os domínios comunicação e cognição não apresentaram uma diminuição com significância estatística (P=0,24). Para correlacionar o comportamento dos domínios da MIF com o tempo de permanência na UTI utilizou-se o delta do domínio sendo obtido pela subtração entre o valor inicial pelo valor da alta da UTI. O delta do autocuidado foi de 16,1±8,4, controle de esfíncter 6,5±0,9, transferência 6,4±3,4, locomoção 6,1±3, comunicação 0,8±2,1, cognição 1,7±4,4. Nota-se que apenas a comunicação (r=0,76 e P<0,01) e a cognição (r=0,77 e P<0,01) apresentaram uma correlação negativa considerada bastante expressiva. Assim sendo, observou-se que o tempo de permanência na UTI parece estar diretamente associada ao desenvolvimento de um prejuízo cognitivo-interacional nesta população.

Conclusão: Com base nos achados conclui-se que existe uma redução do comportamento de todos os domínios da independência funcional, avaliada através da MIF e que existe uma correlação entre o tempo de VM e permanência na UTI com a piora da comunicação e cognição.

TL 09 • 14h20/14h30

Análise da variabilidade da frequência cardíaca em idosos hipertensos submetidos a um programa de reabilitação cardíaca

Jordana Campos Martins de Oliveira, Luiz Fernando Martins de Souza Filho, Lucas Raphael Bento e Silva, Camila Simões Seguro, Camila Grasiele Araújo de Oliveira, Luan de Souza Galvão, Ildo Adriel Ferreira Martins, Paulo Roberto Viana Gentil, Ana Cristina Silva Rebelo

Introdução: O treinamento resistido é um método muito utilizado na prevenção de doenças associadas ao envelhecimento, sua prática favorece o ganho de força muscular e tem papel importante na reabilitação cardíaca (RC) pois seus ganhos estão associados a redução de riscos cardiovasculares em idosos, para quantificar os benefícios utiliza-se a variabilidade da Frequência cardíaca (VFC) método utilizado como fator prognóstico para eventos cardiovasculares.

Objetivo: Avaliar a influência da RC com ênfase em exercícios resistidos sobre a VFC de idosos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) estágio 1.

Métodos: Estudo prospectivo de natureza clínica com amostragem não probabilística, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Estudo de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da própria universidade. Como critérios de inclusão foram utilizados indivíduos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, portadores de HAS controlada por medicação. Neste primeiro momento foi realizada avaliação inicial (dados antropométricos e VFC) e então proposto o programa de RC à 11 idosos portadores de HAS, o programa foi constituído de 11 semanas de treinamento com exercícios resistidos sendo 3 sessões semanais em dias alternados totalizando 32 atendimentos. A amostra final contou com 6 voluntários com idade média de 67,71±8,36, IMC com média de 28,55±3,25. O programa apresentou duração diária de 40 minutos e foi constituído por 4 exercícios resistidos multiarticulares prescritos individualmente, estes eram realizados em 3 séries de 12 a 15 repetições com intervalo entre elas de 2 minutos. Para avaliação da VFC foi utilizado cardiofrequencímetro Polar® V800, coletada durante o repouso na posição supina por 8 minutos, para as análises foram selecionados os trechos de maior estabilidade do sinal, que incluíam no mínimo 256 batimentos consecutivos, os dados foram analisados pelo software Kubios® 3.0. Foram escolhidas a análise linear no domínio do tempo (RMSSD, SDNN) e frequência (AF, BF, AF/BF) este foram tabulados no software Microsoft Excel® e a análise estatística realizada no software Bioestat® versão 5.3, sendo adotado $P<0,05$.

Resultados: A análise da VFC pelo domínio do tempo apresentou RMSSD PRÉ 14,68 ms ± 5,98 e PÓS 15,6 ms ± 5,51 ($P=0,39$), SDNN PRÉ 19 ms^2 ± 5,02 e PÓS 18,05 ms^2 ± 6,65 ($P=0,39$). No domínio frequência a AF PRÉ 0,17 un ± 0,03 e PÓS 0,23un ± 0,05 (p= 0,02*), BF PRÉ 0,05 un ± 0,00 e PÓS 0,05 un ± 0,01 ($P=0,42$), AF/BF PRÉ 2,39 ± 1,30 e PÓS 1,38 ± 0,96 ($P=0,10$).

Conclusão: Houve aumento no predomínio parassimpático observado a partir da variável AF, demonstrando que o programa de RC pautado em exercícios resistidos tem efeitos cardioprotetores, já que apresentou benefícios na modulação autonômica cardíaca pelo sistema nervoso autônomo. Ressalta-se a importância de um período de intervenção e amostra superiores.

TL 10 • 14h30/14h40

Fatores que influenciaram na extubação precoce de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

Marilia Souza Leão, Lucas Del Sarto Silva, Vera Lúcia dos Santos Alves

Introdução: Com a evolução da anestesia e dos procedimentos cirúrgicos, protocolos de extubação precoce vêm ganhando um aumento do interesse, diminuindo custos hospitalares sem comprometer a segurança do paciente. A Society of Thoracic Surgeons caracteriza como intubação prolongada a permanência na ventilação mecânica por um período superior a 24 horas após o término da cirurgia e extubação precoce quando realizada até 6 horas após o término da cirurgia. Também define como internação prolongada aquela que ultrapassa 14 dias.

Objetivo: Identificar os fatores que influenciaram no desmame ventilatório precoce (até 6 horas da admissão) dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Métodos: Estudo prospectivo, observacional e analítico. Os dados foram extraídos de um grupo de 48 pacientes, no período de janeiro de 2016 a julho de 2017, no Serviço de Terapia Intensiva Adulto da Irmandade da Santa Casa de São Paulo. Os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo com o tempo de extubação orotraqueal: Grupo 1, aqueles extubados em até 6 horas da admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (n=20) e Grupo 2, aqueles extubados após 6 horas da admissão (n=28). As cirurgias realizadas foram tanto emergenciais quanto eletivas. Os critérios de exclusão foram as cirurgias realizadas em pacientes com menos de 18 anos de idade e pacientes que foram admitidos sem o catéter da artéria pulmonar (swan-gans). As variáveis numéricas analisadas e correlacionadas com os grupos foram: Antecedentes pessoais, tempo de circulação extra-corpórea, complacência pulmonar estática e resistência das vias aéreas na admissão (após o atendimento da fisioterapia) e antes da extubação, lactato, escore prognóstico SAPS 3, gasometria arterial da admissão e antes da extubação com relação PaO2/FiO2, parâmetros ventilatórios, parâmetros do catéter da artéria pulmonar (índice cardíaco, índice de resistência vascular sistêmica e pulmonar, pressão sistólica da artéria pulmonar e pressão do capilar pulmonar) na admissão e antes da extubação, fração de ejeção do ventrículo esquerdo, índice de respiração rápida e superficial (IRRS) após o teste de respiração espontânea, balanço hídrico na admissão, dias aguardando a cirurgia, dias de internação na UTI, dias de internação na enfermaria e dias de internação hospitalar.

Resultados: Notou-se que o índice cardíaco foi determinante no tempo de extubação (*P*=0,01) sendo mais alto no grupo extubado precocemente. Os pacientes que receberam hemoderivados no intra-operatório permaneceram mais tempo na ventilação mecânica (*P*=0,009). Os pacientes que ficaram menos tempo aguardando a cirurgia tiveram menor tempo de ventilação mecânica (*P*=0,03).O horário de admissão influenciou no tempo de extubação, pois, os pacientes admitidos mais cedo, ficaram menos tempo na ventilação mecânica (*P*=0,01). No Grupo extubado precocemente observou-se um menor tempo de internação na UTI (*P*=0,04), entretanto não houve diferença entre os grupos quando analisado o tempo total de internação hospitalar (*P*=0,08).

Conclusão: A utilização de hemoderivados no intra-operatório, índice cardíaco baixo e horário de admissão na UTI. A extubação em menos de 6 horas diminuiu o tempo de internação na UTI.

TL 11 • 14h40/14h50

Estimulação elétrica transcutânea como método analgésico no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Jessyka Bueno Cruz, Celina Lumi Kushida, Abissay Francisco Dias, Giulliano Gardenghi, Jéssica de Lima Santos, Artur Henrique de Souza, José Onofre de C . Sobrinho, Álvaro de Moraes Júnior, Wilson Luiz da Silveira, João Alberto Pansani, Max Weyler Nery, Maurício Lopes Prudente

Introdução: A maioria dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, como as cirurgias cardíacas, queixa-se de dor intensa, capaz de gerar complicações pós-operatórias advindas de respiração superficial, como a retenção de secreções, atelectasias e processos infecciosos, bem como à deambulação tardia e ao imobilismo no leito. Considerando a importância da diminuição da dor na prevenção das complicações respiratórias após as cirurgias cardíacas e a qualidade de vida destes pacientes, optou-se por realizar esse estudo para verificar as repercussões do uso da estimulação elétrica transcutânea (TENS) como intervenção analgésica não farmacológica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana.

Objetivo: Verificar as repercussões do uso da TENS sobre a dor e sobre o comportamento cardiovascular e respiratório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal quantitativo incluindo 15 pacientes, submetidos à cirurgia cardíaca por esternotomia mediana, que no primeiro dia de pós-operatório já é extubados, foram avaliados: à sensação dolorosa na região do esterno, por meio da escala visual analógica de dor (EVA), a frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SatO2), pico de fluxo de tosse (PFT), e o traçado do eletrocardiograma (ECG). Os pacientes foram submetidos a TENS por um período de 20 minutos e reavaliados. A análise estatística utilizou teste T de Student assumindo como significantes valores>0,05.

Resultados: Idade: 54±13 anos, 11 do sexo masculino, nenhum dos pacientes apresentou alteração no ECG durante a aplicação da TENS. A sensação dolorosa diminui de 4±2 para 1±1 pontos pela EVA (*P*=0,00). A FC diminuiu de 104±20 para 97±16 bpm (*P*=0,02). A FR diminuiu de 26±5 para 20±2 rpm (*P*=0,00). A SatO2 subiu de 93±2 para 96±1% (*P*=0,00). O PFT aumentou de 143±64 para 190±80 L/min (*P*=0,00).

Conclusão: O uso da TENS foi capaz de minimizar a sensação dolorosa em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Houve melhora significante de todas as variáveis avaliadas. Não foram constatadas alterações eletrocardiográficas com o uso dessa técnica, que deve ser considerada como alternativa para controle da dor após cirurgia cardíaca.

TL 12 • 14h50/15h

Perfil de saúde e nível de atividade física de idosos hipertensos

Valéria Papa, Leonardo Lopes Giacomin, Daniel Vicentini de Oliveira, Priscila Fávaro de Souza, Suellen Nobre Rocha, Mariana Aparecida Martins, Sabrina Bárbara Fonseca Pereira, Tainá dos Santos Rodrigues, Angélica Santana Lacerda, Raquel de Carvalho, Talita Caroline Alves Passos, Dayane Aparecida Viana

Introdução: A associação das disfunções relacionadas ao envelhecimento favorecem o desenvolvimento de várias enfermidades, que são chamadas de doenças crônicas não-transmissíveis. Dentre estas, o diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e a hipertensão arterial (HA) são as que mais frequentemente atingem essa população alvo.

Objetivo: Analisar o nível de atividade física (AF), comportamento sedentário, antropometria e força muscular de idosos hipertensos usuários das Academias da Terceira Idade (ATI's) do município de Maringá.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, de corte transversal, composta por 79 idosos. Foram inclusos idosos de ambos os sexos, usuários 13 ATIs sorteadas, localizadas no município, com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica. Para identificação do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos, foi utilizado um questionário semiestruturado pelos autores. Para aferir a pressão arterial (PA) em repouso, foi utilizado um monitor de pressão arterial de braço da marca TechLine®. Para avaliação antropométrica foi calculado o índice de massa corporal (IMC). O nível de atividade física dos idosos foi avaliado utilizando-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física. Para a análise dos dados, foram utilizados frequências e percentuais para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e teste "U" de Mann-Whitney. Considerou-se um nível de significância de $P<0,05$. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana de Maringá (2.190.425/2017).

Resultados: Nota-se a prevalência de idosos do sexo feminino (84,8%), com companheiro (55,7%), com idade entre 60 e 69 anos (64,6%), que nunca fumaram (78,5%) e aposentados (60,8%). Já em relação ao perfil de saúde a maioria dos idosos possui percepção de saúde boa (73,4%), com hipertensão há mais de 10 anos (44,3%), no mínimo uma morbidade associada (46,8%), não possui limitação causada pela doença (83,5%), toma medicamento há mais de 10 anos (45,6%). Ao analisar a aptidão física dos idosos, verificou-se a prevalência de idosos que praticam exercício nas ATIS há mais de dois anos (55,7%), no mínimo três vezes por semana (72,2%) e que possuem sobrepeso (44,3%). Em relação ao nível de AF, nota-se que os idosos não realizavam atividades vigorosas durante a semana. Nas atividades moderadas verificou-se mediana de 3,0 nos dias por semana, e 40,0 e 150,0 minutos, respectivamente, nos minutos por dia e semana. Em relação à caminhada, os idosos apresentaram nos dias de caminhada mediana de 5,0, com mediana de 60,0 e 210,0 nos minutos de caminhada por dia e semana, respectivamente. Ao comparar a antropometria, pressão arterial e prática de atividade física dos idosos hipertensos em função do sexo, verificou-se diferença significativa entre os grupos somente na massa corporal (P=0,02). Ao comparar a antropometria, pressão arterial e prática de atividade física dos idosos hipertensos em função da faixa etária, verificou-se diferença significativa entre os grupos somente no IMC (P=0,031).

Conclusão: O presente estudo sugere que os idosos ativos que são hipertensos apresentam maior massa corporal entre os homens e com menor massa corporal na faixa etária de 60 a 69 anos.

TEMAS LIVRES
ENFERMAGEM

20.04 | SEXTA-FEIRA | AUDITÓRIO 5 | SESSÃO I

TL 01 • 11h15/11h30

Parâmetros gasométricos do banho no leito em pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular

Phelipe Gomes de Barros, Suelen Olivia da Silva, Cláudia Regina da Silva Araújo, Gabrielle Pessôa da Silva, Maria Mariana Barros Melo da Silveira, Christefany Régia Braz Costa, Thaisa Remigio Figueiredo, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

Introdução: O banho no leito configura-se como prática que visa à limpeza e cuidado ao corpo e contribui para o bem-estar geral da pessoa, sendo uma necessidade humana básica. Entretanto, existem condições clínicas que interferem na tomada de decisão do enfermeiro quanto à sua indicação e execução, como modificações corporais advindas de procedimentos cirúrgicos, sendo o pós-operatório imediato o período de maior criticidade, onde a instabilidade clínica do paciente pode ser exacerbada, já que este se recupera, neste período, de grande estresse anestésico-cirúrgico.

Objetivo: Analisar as principais alterações gasométricas de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular decorrentes realização do Banho no Leito.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de outubro a dezembro de 2016, na Unidade de Recuperação de Cirurgia Torácica (URCT) de um hospital referência em Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular do estado de Pernambuco. Participaram da pesquisa 30 indivíduos submetidos à cirurgia cardiovascular. Os dados foram adquiridos a partir da coleta de gasometrias arteriais em momento pré-banho e pós banho com um intervalo de 10 minutos antes e depois da execução do procedimento. O banho foi realizado segundo a técnica descrita por Potter & Perry (2013) descrevendo sua realização em sequência céfalo-caudal com uso de água tépida.

Resultados: A amostra foi composta sem predominância de sexo (50% para homens e 50% para mulheres); com destaque para cor parda (66,7%; *P*-valor =0,002); com média de idade de aproximadamente 56,6±13,24 anos; sendo a Revascularização do Miocárdio (60,1%) a cirurgia prevalente. A Circulação Extra Corpórea foi utilizada em 86,7% (*P*-valor <0,001) das cirurgias; os banhos no leito cursaram, em sua maioria, sem intercorrências (93,3%; *P*-valor <0,001). Não houve, ainda, necessidade de ajuste de drogas vasoativas naqueles pacientes que as usavam durante o procedimento (90,0 %; *P*-valor < 0,001). Em relação aos dados gasométricos foi observada diminuição da pressão de oxigênio (*P*-valor =0,06) e saturação desse gás (*P*-valor: 0,011), sem repercussões clínicas para o paciente.

Conclusão: O estudo demonstrou que o banho no leito altera os parâmetros gasométricos (pressão de oxigênio e saturação de oxigênio) de maneira significativa sob a perspectiva estatística. Entretanto, tal diminuição não causou repercussões clínicas nos sujeitos do estudo, demonstrando a eficácia do procedimento no que este se propõe: levar conforto, higiene e proteção contra infecções para os pacientes, além de não se configurar como fator de desestabilização clínica. Por fim, a pesquisa pôde evidenciar que o banho no leito é seguro e pode ser ofertados aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardiovascular.

TL 02 • 11h30/11h45

O Nível de estresse do profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico em um hospital cardiológico do Distrito Federal

Suna Moniz Marçal Miranda, Valéria Aguiar

Introdução: O profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico sofre de maneira considerável os efeitos do estresse, devido a necessidade de uma assistência coordenada que deve ser desenvolvida por uma equipe capacitada e com boa estratégia de comunicação. No âmbito hospitalar, o centro cirúrgico (CC) é considerado um setor estressante, pelo fato da unidade ser um ambiente fechado e restrito, por seu nível de complexidade nos procedimentos realizados de caráter eletivo ou de urgência, o rigor das técnicas assépticas, o desempenho das atividades com alto nível de responsabilidade que estando associadas ao excesso de trabalho irão expor a equipe de enfermagem ao estresse (ALMEIDA; GURGEL; SILVA, 2014).

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar o nível de estresse entre a equipe de enfermagem que atua em centro cirúrgico em um hospital privado do Distrito Federal.

Métodos: Trata-se de estudo de campo com abordagem quantitativa de caráter descritivo transversal que se propôs a analisar o nível de estresse apresentado pela equipe de enfermagem do centro cirúrgico em um hospital privado do Distrito Federal com atendimento especializado em assistência às patologias cardíacas. A amostra contou com uma população de 13 profissionais de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário de caracterização sociodemográfica e da Escala Bianchi de Stress (EBS), composta por 51 itens, sendo essas questões reagrupadas em seis domínios que aborda o relacionamento (A), funcionamento da unidade (B), administração de pessoal (C), assistência de enfermagem (D), coordenação da unidade (E) e condições de trabalho (F). Os escores foram classificados em níveis de estresse, de acordo com as categorias: Baixo nível de estresse = até 3,0; Médio nível de estresse = 3,1 a 4,0; Alerta para alto nível de estresse = 4,1 a 5,9; alto nível de estresse = maior ou igual a 6,0.

Resultados: De acordo com a EBS aplicada à equipe de enfermagem, os domínios revelaram escore de médio nível de estresse. O domínio que apresentou o maior nível de estresse foi a área C (atividades relacionadas à administração de pessoal) escore de 3,92, seguida pela área B (atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade) escore 3,57; área E (coordenação das atividades da unidade) escore 3,49; área D (assistência de enfermagem prestada ao paciente) escore 3,34; área A (relacionamento com outras unidades e supervisores) escore 3,05; área F (condições de trabalho para o desempenho das atividades do enfermeiro) escore 2,99.

Conclusão: Os domínios que apresentaram maior estresse estão relacionados à administração, ao gerenciamento e ao desempenho de atividades burocráticas. O que evidencia que a capacidade de liderança e gestão do setor são situações interligadas ao processo de administração de pessoal e ao desenvolvimento de atividades de supervisão da unidade. As relações humanas devem estar fortalecidas, visto que este relacionamento interpessoal influencia no cuidado direcionado ao paciente.

TL 03 • 11h45/12h

Implantação da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de dor torácica em um hospital de ensino

Glória Edimária Gadêlha Almeida, Amanda Fogaça, Cynthia Faustino dos Anjos, Jose Anderson Souza Goldiano, Lygia Buosi Correia, Mercy da Costa Souza, Paula Renata Tedesco de Carvalho, Vanessa Barbosa de Souza Corbetta

Introdução: A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta essencial que auxilia o paciente em sua recuperação (MARINELLI, et al. 2015). A SAE na prática assistencial, dota a enfermagem de cientificidade, promovendo o cuidado e visando o holístico. Para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente com queixa de dor torácica, é preciso que haja uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais inseridos no processo.

Objetivo: Descrever a implantação da SAE na Unidade de Dor Torácica (UDT) de um hospital de ensino.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, onde foi implantado a SAE direcionada à pacientes com queixas de dor torácica admitidos na UDT de um Hospital de ensino em Campo Grande/MS.

Resultados: A SAE é regida pela resolução COFEN-358/2009, em seu Art. 1º cita que o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes de atenção à saúde, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Para a implantação da SAE na UDT deste hospital de ensino, os enfermeiros da unidade realizaram a construção de um protocolo institucional de fluxo admissional, bem como um levantamento bibliográfico com enfoque nos cuidados de enfermagem prioritários ao paciente com dor torácica, com o objetivo de definir a ficha de avaliação a ser utilizada na SAE. Dessa forma, definiu-se que na coleta de dados, o enfermeiro deve investigar: Dados sociodemográficos; Histórico da doença - dor típica de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), tempo de dor, alergia medicamentosa, doença prévia, infarto de Ventrículo Direito, uso de Cloridrato de Sildenafila e trombolíticos e realização do exame físico dirigido; Condutas clínicas - coleta de biomarcadores, ECG com critérios de reperfusão e IAM com Supra do Segmento ST. Após, foram enumerados os principais diagnósticos de enfermagem, dentre eles: Padrão respiratório ineficaz, débito cardíaco diminuído, ventilação espontânea prejudicada, troca de gases prejudicada, risco de choque e sangramento, risco de infecção, risco de glicemia instável, risco de alergia medicamentosa e mobilidade física prejudicada. Finalmente definiu-se as intervenções de enfermagem correlacionados ao cuidado de excelência, como sendo: Avaliar nível de consciência, manter monitorização hemodinâmica contínua, ofertar oxigênio se a saturação for inferior a 92%, promover

alívio da dor, puncionar acesso venoso, monitorar sangramento, vigiar sinais de choque, manter repouso absoluto, questionar alergia medicamentosa/alimentar, higienizar as mãos, realizar glicemia capilar e manter grades elevadas com reavaliação e evolução por período.

Conclusão: A implementação da SAE possibilitou o empoderamento do enfermeiro, no desenvolvimento do cuidado de enfermagem de excelência, de cunho científico e com qualidade, favorecendo o manejo clínico dos usuários admitidos nesta unidade de internação.

TL 04 • 12h/12h15

Reestruturação do dimensionamento de enfermagem de uma unidade de terapia cardiológica e a atuação do enfermeiro

Lygia Buosi Correia, Paula Renata Tedesco de Carvalho, Mercy da Costa Souza, Amanda Fogaça, Cynthia Faustino dos Anjos, Vanessa Barbosa de Souza Corbetta, Gloria Edimaria Gadelha Almeida, José Anderson Goldiano

Introdução: O ambiente de trabalho das unidades de pós-operatório de cirurgias cardíacas coloca o enfermeiro diante do desafio de exercer funções e atividades complexas, visando à assistência de enfermagem holística e qualificada, tornando-se essencial a aquisição de competências (SANTOS et al, 2016).

Objetivo: Descrever a reestruturação da equipe de enfermagem e a atuação do enfermeiro em uma unidade de terapia cardiológica de um hospital de ensino.

Métodos: Estudo descritivo sobre a reestruturação da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia cardiológica de uma instituição pública de ensino.

Resultados: Considerando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que atribui privativamente ao Enfermeiro cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exija conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Considerando a Resolução COFEN 293/2004 que estabelece o dimensionamento mínimo da equipe de enfermagem para proporcionar um cuidado seguro, em conformidade com o Parecer COFEN n°07/2016 e ainda em consonância com a Política Nacional de Segurança do Paciente que salienta que "o grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de Saúde não profissionalizada", foi realizado uma reestruturação da equipe de enfermagem da unidade de terapia cardiológica. Atualmente a equipe é composta por 18 enfermeiros, todos com pós-graduação *lato sensu*, desses 4 são mestres, dois enfermeiros estão cursando mestrado e doutorado, a equipe também conta com 14 técnicos em enfermagem, desses 5 são graduados em enfermagem, dois estão cursando a graduação e uma é fisioterapeuta. A unidade de terapia cardiológica é formada por 12 leitos, sendo 3 de pós-operatório, 4 cardiologia clínica, 3 leitos de enfermaria e ainda 2 leitos de unidade de dor torácica. Após essa reestruturação no dimensionamento da equipe de enfermagem foi possível a priorização da assistência direta ao paciente crítico pelo enfermeiro, com esse dimensionamento, conseguimos escalar um enfermeiro para o cuidado exclusivo do paciente em pós-operatório imediato, o que melhorou de forma significativa resposta clínica. Foi possível a implantação dos indicadores da assistência instituídos pela portaria ministerial GM/MS nº 529/2013, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com revisão dos diagnósticos de enfermagem de acordo com o NANDA 2015, introdução de um rodízio mensal entre os enfermeiros assistenciais, seguindo o conceito de Primary Nursing, um enfermeiro por período é designado para gerência e planejamento da assistência, em um processo de gestão compartilhada que também é proposta pela Política Nacional de Humanização. Em 2017, nossa unidade foi reconhecida como o setor mais elogiado pelos usuários em nossa instituição, demonstrando que estamos caminhando de encontro as necessidade dos usuários, reflexo de um trabalho feito por uma equipe comprometida, ética e qualificada.

Conclusão: As mudanças no dimensionamento da unidade foram refletidas na satisfação dos usuários. A atuação do enfermeiro assistencial é imprescindível ao paciente crítico não apenas para o cumprimento de normativas legais, mas também por ser evidenciado na prática a efetividade da assistência prestada.

TEMAS LIVRES
SBCEC

TT 01 –11h/11h15

Visita pré-operatória do perfusionista: humanização, segurança e pesquisa

Ângela Pereira Lopes de Oliveira

Introdução: Incertezas e conhecimentos insuficientes por parte dos pacientes acerca dos acontecimentos que caracterizam o período perioperatório foram percebidos como fonte de ansiedade e dificultador do processo de auto-colaboração do paciente para com a equipe de saúde que o assiste. Somado a isto algumas falhas nos registros do prontuário do paciente chegam a prejudicar algumas ações do perfusionista no perioperatório. Segundo BAGGIO (2001) "o paciente ao ser submetido a um evento cirúrgico tem suas necessidades psicológicas e fisiológicas básicas alteradas, o que afeta o seu equilíbrio físico-emocional. Assim, no preparo pré-operatório, o paciente precisa ter essas necessidades atendidas." A complexidade da cirurgia cardiovascular requer domínio abrangente de todas as etapas pelas quais irá passar o paciente, e o perfusionista, por pertencer à equipe de cirurgia cardiovascular, torna-se um dos profissionais portador de conhecimento e experiências ímpares capaz de fornecer orientação pré-operatória eficaz, podendo colaborar com a redução da ansiedade do paciente.

Objetivo: Implementar visita pré-operatória do perfusionista com aplicação de instrumento para registros e descrever sua relevância na promoção de adesão e bem-estar do paciente e no planejamento das ações perioperatórias do perfusionista.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência para implantação de visita pré-operatória do perfusionista no Serviço de Cirurgia Cardiovascular do HU-UFPI com aplicação de instrumento de registro. Este impresso foi elaborado com base nas principais falhas de registros observadas pelos perfusionistas ao manusear os prontuários dos pacientes, em revisão de literatura e em experiência profissional do perfusionista ao se deparar com anseios e angústias dos pacientes na sala de cirurgia. Foi realizada visita pré-operatória pelo perfusionista com aplicação de roteiro para coleta de pertinentes registros a todos os pacientes que submeteram-se à cirurgia cardiovascular em 2016 no HU-UFPI na cidade de Teresina-PI.

Resultados: Produção e aplicação do instrumento de visita pré-operatória do perfusionista; Recepção humanizada prévia do paciente pelo perfusionista; Planejamento de órteses e próteses e condutas a serem utilizadas na circulação extracorpórea; Adequações e/ou redirecionamento de programação cirúrgica; Adequada avaliação do paciente; Qualidade de registros para avaliação da assistência do perfusionista; Fonte de dados para produções científicas.

Conclusão: A implantação de visita pré-operatória do perfusionista no Serviço de Cirurgia Cardiovascular do HU-UFPI evidenciou sua importância à medida que conseguiu reduzir ansiedade do paciente aumentando sua adesão no tratamento, proporcionou ao perfusionista maior segurança para planejar suas condutas no pré e transoperatório, proporcionou ao paciente e seus familiares maior segurança, visto que a coleta objetiva de dados durante a visita, além de redirecionar intervenções cirúrgicas cardiovasculares em alguns casos mostrou-se valiosa fonte de dados para avaliação da assistência do perfusionista como para futuras produções de pesquisas científicas.

TT 02 - 11h15/11h30

Circulação extracorpórea como suporte para implante de dispositivo de assistência ventricular esquerda

Andréia Cristina Passaroni; Guilherme Tripoli; Leonardo Garcia Rufino; André Monti Garzesi; Marcello Laneza Felicio; Nelson Leonardo Kerdahi Leite de Campos

Introdução: Pacientes com choque cardiogênico agudo e hipotensão refratária apresentam alto risco de mortalidade. O uso de suporte circulatório temporário, como o dispositivo de assistência ventricular esquerda (LVAD), pode restaurar a estabilidade hemodinâmica reduzindo risco de danos a órgãos alvos, além de oferecer condições para que o coração possa se recuperar. Esses pacientes costumam apresentar área cardíaca aumentada e disfunção miocárdica importante, onde a maioria faz uso de altas doses de drogas vasoativas endovenosas. A manipulação cardíaca de um paciente grave pode intensificar a instabilidade hemodinâmica.

Descrição do Caso: Relatamos um caso de um paciente pós-cardiotomia que evoluiu com choque cardiogênico, onde foi instalado LVAD como ponte para recuperação com a assistência da circulação extracorpórea (CEC).

Conclusão: A instalação da CEC ofereceu maior estabilidade hemodinâmica e controle de sangramento durante a implantação do dispositivo. Este trabalho tem sua importância, pois ainda não existe um consenso do uso da CEC como suporte para instalação do LVAD. A estratégia cirúrgica adotada conferiu segurança para o procedimento e com resultado satisfatório.

TT 03 - 11h30/11h45

Gestantes submetidas à cirurgia valvar com circulação extracorpórea. Série de casos

Rebeca Sampaio Góes Cavalcante, Élida Carvalho Rezende, Flavia Cristina Gomes Alves, Lucas Figueiredo Cardoso, Elinthon Tavares Veronese, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Alfredo Inácio Fiorelli, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: Cardiopatias valvares durante a gravidez são complicações de difícil manejo, pois são acentuadas por alterações fisiológicas do avanço da gestação. Quando o tratamento clínico não é suficiente, a operação cardiovascular é recomendada. No entanto, a utilização da circulação extracorpórea (CEC) consiste em riscos obstétricos e fetais, sendo necessário o aprimoramento da equipe multidisciplinar para reduzi-los. Objetivo: Avaliar a CEC em gestantes submetidas à cirurgia valvar.

Descrição dos Casos: Observado 31 gestantes submetidas a cirurgia valvar, entre 1987 e 2017, sendo 4 plastias da valva mitral, 2 plastias das valvas mitral e tricúspide, 7 trocas da valva aórtica, 14 trocas da valva mitral e 4 trocas mitro-aórtica. Não houve mortalidade materna hospitalar. No entanto, a CEC apresenta peculiaridades na sua condução, tendo em vista a manutenção da circulação fetal. A monitorização, controle do fluxo, pressão e temperatura são de fundamental importância para o sucesso da operação.

Conclusão: Operação cardiovascular com CEC em gestantes pode ser realizada com os riscos materno-fetais reduzidos a partir da preparação e colaboração da equipe multidisciplinar

TT 04 - 11h45/12h

Cirurgia de Bentall e De Bono em paciente com aneurisma de aorta: relato de caso

Michele Santana Lima dos Santos, Pedro Paulo Martins de Oliveira, Márcio Roberto do Carmo

Introdução: As doenças que envolvem a raiz da aorta são frequentemente descobertas acidentalmente por exames de imagem e suas razões podem não estar relacionadas entre si. As causas mais comuns para indicação cirúrgica são a dilatação ou aneurisma, que podem acarretar insuficiência aórtica e/ou o risco de ruptura ou dissecção. No passado, o reparo cirúrgico dessas doenças estava reservado somente para situações extremamente graves e, demonstraram uma mortalidade extremamente alta. Para melhorar essa realidade, Hugh Bentall e Antony De Bono descreveram, há quase 50 anos, uma técnica destinada ao tratamento das doenças da válvula aórtica e a substituição da raiz da aorta. Ao longo dos anos, essa técnica sofreu variações e têm apresentado resultados satisfatórios. Posteriormente, essa técnica e suas variações foram sendo documentadas e se transformaram no procedimento que é escolha para o tratamento combinado das doenças da válvula aórtica e acometimento da aorta ascendente. Vários estudos com seguimento a longo prazo têm mostrado bons resultados de sobrevida de pacientes submetidos a esse procedimento.

Descrição do Caso: Nesse contexto, este relato de caso descreve uma paciente, do sexo feminino, 69 anos, com diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente e arco aórtico com insuficiência aórtica leve/moderada. Apresentava dor torácica e dispneia aos esforços. Ela foi submetida a cirurgia de Bentall por meio de esternotomia convencional; utilizou-se prótese valvar metálica nº23, tubo de Dacron 30 e stent Braile 34/115. O aneurisma foi corrigido por meio da troca de aorta ascendente com tubo valvado nº23 e correção do arco aórtico mantendo tromba de elefante congelada para provável intervenção futura. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências.

Conclusões: Sendo assim, a cirurgia de Bentall e De Bono ainda demonstra ser uma das melhores abordagens para o tratamento das doenças da válvula aórtica e raiz de aorta, apresentando bons resultados de sobrevida dos pacientes.

APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES SBCCV

PO 01 • 10h/10h05

Artéria torácica interna esqueletizada *versus* pediculada e risco de infecção da ferida esternal após cirurgia de revascularização miocárdica: meta-análise e meta-regressão de 4817 pacientes

Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Gabriel Lopes Martins, Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Erik Everton da Silva, Karine Coelho Rodrigues, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Roberto Gouveia Silva Diniz, Sérgio da Costa Rayol, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Peres Vasconcelos Silva, Ricardo Carvalho Lima

Introdução: A infecção da ferida esternal (IFE) é uma complicação reconhecida e importante da cirurgia de revascularização do miocárdio . A manifestação mais grave de uma IFE é a mediastinite, que prolonga a classificação anatômica anterior ao risco de sepse. É bem sabido que uma infecção do mediastino pode ser grave e potencialmente letal. Sugere-se que o método de colheita de artéria torácica interna (ATI) influencie a incidência de (IFE) pós-operatório. Existem duas técnicas de colheita estabelecidas: ATIs pediculados e esqueletizados. Enquanto a técnica pediculada disseca a artéria do esterno com as veias, fáscia, tecido adiposo e linfático que acompanham, gerando um enxerto pediculado, a esqueletização requer que a ATI seja dissecada livre de todo o tecido circundante, produzindo apenas a artéria. Nossa meta-análise tenta determinar se há alguma diferença real entre ATI esqueletizada e pediculado em termos de IFE.

Objetivo: Fazer uma meta-análise comparando a artéria torácica interna esqueletizada vs pediculada durante CABG, de acordo com a declaração PRISMA (Pré-requisitos Relatórios para Análises Sistemáticas e Meta-Análises)

Métodos: Foram utilizados os seguintes bancos de dados (até junho de 2012): MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL/CCTR), ClinicalTrials.gov, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) - Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe, Google Scholar e listas de referência de artigos relevantes; todos para coleta e futura analise. Com o fim da coleta foi foram realizadas análises de meta-regressão para determinar se os efeitos do ATI esqueletizada foram modulados por fatores pré-especificados. Os gráficos de meta-regressão descrevem o efeito da ATI esqueletizada no resultado (plotado como um log OU no eixo y) como uma função de um determinado fator (traçado como uma média ou proporção desse fator no eixo x). Os coeficientes de meta-regressão mostram o aumento estimado no log OR por unidade de aumento na covariável. Uma vez que o log OR> 0 corresponde a OR> 1 e o log OU <0 corresponde a OR <1, um coeficiente negativo indicaria que, à medida que um dado fator aumenta, o OR diminui. Os fatores moduladores predeterminados a serem examinados foram: sexo, idade, diabetes e uso de ITA bilateral.

Resultados: Não houve evidência de importante heterogeneidade de efeito de tratamento entre os estudos para IFE.

Conclusão: O ATI esqueletizada parece reduzir a incidência de IFE pós-operatório em comparação com ATI pediculada após CABG, sendo este efeito modulado pela presença de diabetes.

PO 02 • 10h10/10h15

Implante transcateter de válvula aórtica por via subclávia: tática e técnica

Jocerlano Santos de Sousa, Paulo Rego Medeiros, Sebastião Nunes Martins, Antenor Lages Portela

Introdução: A troca valvar aórtica convencional é realizada através de esternotomia e canulação da aorta ascendente e átrio direito. No entanto, em pacientes de alto risco, o implante transcateter já se mostrou com excelentes resultados e segue em franca expansão. Todavia, alguns pacientes não têm via de acesso transfemoral, transapical ou transaórtico e necessitam de alternativa para o tratamento.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, com estenose aórtica grave com área valvar de 0,7cm2, EuroSCORE II de 10, com dispneia aos mínimos esforços e piora progressiva. Após discussão com *heart team* e familiares, optou-se por implante transcateter

de válvula aórtica. Em angiotomografia de aorta apresentava tortuosidade importante de aorta abdominal, com extensas placas de calcificação, impossibilitando acesso por via transfemoral, bem como placas em aorta ascendente. Optou-se então pelo acesso transsubclávia esquerda através de incisão infraclavicular e anastomose de tubo de dacron número 8 em "T", discretamente angulado, após heparinização, e implante valvar através do tubo. Procedimento sem intercorrências, com paciente extubado em sala, alta da UTI no 2* dia e alta hospitalar no 9* dia de internação hospitalar.

Conclusão: A utilização dos diferentes sítios de abordagem, como a subclávia, possibilita a realização de implante transcateter de válvula aórtica com segurança.

PO 03 • 10h20/10h25

Perfil lipidômico como marcador de risco de placa coronariana em pacientes assintomáticos com Framingham intermediário para eventos cardiovasculares: um estudo piloto translacional

Mariana Ubaldo Barbosa Paiva, Diego Viana Neves Paiva, Fernando Antibas Atik, Henrique Louzan Machado, Leonardo Jadyr Silva Rodrigues Alves, Helmgton José Brito de Souza, Fabio Neves dos Santos, Marcos Nogueira Eberlin, Mickaella Michelson Martins, Raphaela Menezes de Oliveira, Aline Maria Araújo Martins

Introdução: O manejo adequado para pacientes classificados como de risco intermediário de Framingham para eventos cardiovasculares é desafiador e incerto, sendo sugerido rastreamento adicional com outras ferramentas de estratificação de risco. A prospecção de marcadores lipidômicos em pacientes com placas coronarianas não calcificadas, instáveis é relevante para melhor monitoramento da doença, como técnica complementar à reestratificação de risco intermediário e alto e, em última análise, para o desenvolvimento de métodos diagnósticos moleculares terapêuticos mais eficazes.

Objetivo: Por meio de projeto conceitual piloto, utilizar qualificadores moleculares em biópsias líquidas não invasivas (plasma sanguíneo) na avaliação de possíveis marcadores do perfil lipídico total envolvidos no processo de aterogênese coronariana em pacientes assintomáticos de risco intermediário de Framingham. O estudo propõe a comparação do perfil global de lipídios entre pacientes com placa coronarianas instável (UAP) e placa coronariana estável (SAP), contra paciente controle sem placa (CTRL), utilizando este perfil como possível discriminante na predição de futuros eventos clínicos.

Métodos: Um total de 3 pacientes classificados como de risco intermediário para doença arterial coronariana pelo escore de Framingham, assintomáticos, com cintilografia de perfusão miocárdica negativa para isquemia e fração ventricular esquerda normal, foram recrutados em três grupos conforme resultado da angiotomografia de artérias coronárias: (1) ausência de placas (CTRL); (2) placas calcificadas (SAP); (3) placas não calcificadas (UAP). O perfil lipidômico dos pacientes de cada grupo foi analisado por MALDI-MS em espectrômetro de massas Bruker Autoflex II MALDI-TOF/TOF equipado com um laser de feixe inteligente de 334nm, com alta reprodutibilidade entre pacientes. A análise estatística não paramétrica foi utilizada para revelar os perfis lipidômicos discriminantes por meio do software MetaboAnalyst, sendo realizadas análises de PCA (Principal Components Analysis) e PLS-DA (Partial Least Squares Discriminant Analysis).

Resultados: A identificação dos íons lipídicos mais importantes foi realizada pelas análises em VIPSCORE do PLS-DA imp, $P<0,05$, onde há discriminantes pela diferença entre fenótipos (CTRL x SAP x UAP) e distância entre estes fenótipos (VIPSCORE 1.2-2.2), podendo-se observar também diferenças entre os perfis lipídicos dos fenótipos clínicos analisados. A lipidômica foi comparada com o escore de cálcio, a espessura médio-intimal de artérias carotídeas, a proteína C reativa ultrassensível e a história familiar da doença aterosclerótica quanto à capacidade de predição da presença de placa.

Conclusão: A lipidômica do plasma de pacientes de risco intermediário pelo escore de Framingham para eventos cardiovasculares pode ser útil como marcador molecular complementar quando correlacionadas à presença e às características de placa coronariana em pacientes assintomáticos, apresentando excelente poder discriminante entre os diferentes fenótipos clínicos. A implementação desta análise de alta performance, por espectrometria de massas em aplicações clínicas parece projetar um importante impacto futuro na prevenção de eventos clínicos com foco em pacientes cujos marcadores de risco tradicionais não foram capazes de predizer a presença da aterosclerose coronariana.

PO 04 • 10h30/10h35

Parar versus continuar o ácido acetilsalicílico antes da cirurgia de revascularização do miocárdio: revisão sistemática e meta-análise de 14 ensaios clínicos randomizados com 4499 pacientes

Karine Coelho Rodrigues, Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto , Gabriella Carolline Sales do Nascimento , Gabriel Lopes Martins, Erik Everton da Silva Vieira, Roberto Gouveia Silva Diniz, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Pires, Ricardo Carvalho Lima, Sérgio da Costa Rayol

Introdução: Não está claro se a aspirina [ácido acetilsalicílico (ASA)] deve ser continuada ou interrompida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (revascularização do miocárdio). As diretrizes conflitantes de organizações de especialistas destacam a escassez de dados de grandes ensaios clínicos e a falta de recomendações confiáveis. Portanto, é necessário rever o estado atual dos dados médicos publicados em relação a esse assunto.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia e a segurança da continuação versus parada de aspirina [ácido acetilsalicílico (ASA)] pré-operatório em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Métodos: MEDLINE, EMBASE, Registro de Ensaios Controlados CENTRAL/Cochrane (CCTR), ClinicalTrials.gov, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar e listas de referência de artigos relevantes foram pesquisados por controle randomizado controlado Os ensaios que relataram resultados de eficácia do infarto e mortalidade do miocárdio e resultados de segurança da perda de sangue, transfusão de glóbulos vermelhos e reexploração cirúrgica foram comparados entre os grupos.

Resultados: Quatorze estudos preencheram nossos critérios de elegibilidade e incluíram um total de 4499 pacientes (2329 para "ASA contínua" e 2170 para 'parar ASA'). Na análise conjunta, a terapia com aspirina contínua não reduziu o risco de infarto do miocárdio [taxa de risco 0,834, intervalo de confiança de 95% (CI) 0,688-1,010; *P*=0,063] ou mortalidade operatória (taxa de risco 1,384, IC 95% 0,727-2,636, *P*=0,323). O ASA pré-operatório aumentou a drenagem do tubo torácico pós-operatório (diferença média de 143 ml, IC 95% 39-248 ml; *P*=0,007) e transfusão de glóbulos vermelhos (diferença média de 142 ml, IC 95% 55-228; *P*=0,001), mas fez não aumenta o risco de reexploração cirúrgica (taxa de risco 1.316, IC de 95% 0.910-1.905; *P*=0.145).

Conclusão: Esta meta-análise não encontrou diferença estatisticamente significante quanto ao risco de mortalidade operatória e infarto do miocárdio entre as estratégias de "ASA contínuas" e "parar ASA". Por outro lado, o volume médio de perda de sangue e a transfusão de glóbulos vermelhos foram maiores no grupo de "ASA contínua", mas esse achado não se traduz em maior risco de reoperação por sangramento.

PO 05 • 10h40/10h45

Canulação arterial central versus periférica e resultados neurológicos após cirurgia aórtica torácica: meta-análise e meta-regressão de 4459 pacientes

Karine Coelho Rodrigues, Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Gabriella Carolline Sales do Nascimento, Gabriel Lopes Martins, Erik Everton da Silva Vieira, Roberto Gouveia Silva Diniz, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Pires, Ricardo Carvalho Lima, Sérgio da Costa Rayol

Introdução: As cirurgias aórticas torácicas permanecem com altas taxas de mortalidade, muitas vezes associadas a complicações neurológicas pós-operatórias. A escolha do local de canulação correto é extremamente importante para o fornecimento de sangue adequado e a manutenção de funções vitais, especialmente do sistema nervoso central.

Objetivo: Comparar a influência da canulação arterial central versus a cirurgia periférica sobre resultados neurológicos em pacientes submetidos a cirurgia aórtica torácica através de revisão sistemática e meta-análise.

Métodos: MEDLINE, EMBASE, CENTRAL/CCTR, SciELO, LILACS e listas de referência de artigos relevantes foram pesquisados por estudos clínicos que relataram resultados neurológicos no hospital após canulação arterial central ou periférica durante os procedimentos de cirurgia da aorta torácica até dezembro de 2013. As principais medidas de resumo foram Odds Relação (OR) para a central em comparação com a canulação arterial periférica com 95% de intervalo de confiança (IC) e *P*-valores considerados estatisticamente significativos quando <0,05. As RUP foram combinadas através de estudos, usando o modelo de efeitos aleatórios

DerSimonian-Laird e o modelo de efeitos fixos usando o modelo Mantel-Haenszel - ambos os modelos foram ponderados. A meta-análise foi completada usando o software Comprehensive Meta-Analysis versão 2 (Biostat Inc., Englewood, NJ).

Resultados: Foram identificados seis estudos e um total de 4459 pacientes (1180 para a central e 3279 para canulação periférica). Não houve diferença significativa entre os grupos central e periférico em relação aos resultados neurológicos. A meta-regressão evidenciou nenhuma relação entre os desfechos neurológicos e as variáveis idade, sexo, evento coronariano prévio, evento neurológico anterior, cirurgia de urgência, tempo de bypass cardiopulmonar, tempo de coagulação ativado e temperatura esofágica com *P*>0,05.

Conclusão: Quando se trata de resultados neurológicos em pacientes submetidos à cirurgia aórtica torácica, não houve evidência que argumentasse a favor de qualquer escolha de local de canulação arterial, o que nos faz rejeitar qualquer superioridade de uma abordagem sobre a outra a este respeito.

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO II

PO 06 • 16h/16h05

Dinâmica do anel mitral após plástica da valva mitral. Estudo com ressonância magnética cardiovascular

Ahmad Ali Abdouni, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Carlos Eduardo Rochitte, Elinthon Tavares Veronese, Antônio de Santis, Ariane Binoti Pacheco, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Fábio Biscegli Jatene

Introdução: A utilização de anéis protéticos na plástica valvar mitral é muito difundida na literatura. Entretanto, alguns estudos demonstram que estes anéis alteram a dinâmica do anel valvar mitral e do fluxo intraventricular.

Objetivo: Avaliar as alterações morfofuncionais e a dinâmica do anel valvar mitral e o remodelamento do átrio e ventrículo esquerdo, por meio da Ressonância Magnética Cardiovascular (RMC), em pacientes submetidos a plástica da valva mitral com ressecção quadrangular da cúspide posterior sem a utilização de anel protético - "Técnica do Duplo Teflon " (Pomerantzeff et. al. Posterior mitral leaflet repair with a simple segmental annulus support: the "double- teflon" technique J. Heart Valve Dis. 2002; 11(2): 160- 4).

Métodos: 29 pacientes consecutivos com insuficiência mitral degenerativa foram submetidos à plástica da valva mitral usando a técnica descrita, entre agosto de 2014 e agosto de 2016. A idade variou de 40 a 81 anos, com média de 63,3 anos e 58,6% dos pacientes eram do sexo masculino. Os pacientes foram avaliados prospectivamente através de RMC no período pré-operatório, no pós-operatório imediato, com 6 meses e um ano de seguimento. Foram observados o grau e o mecanismo da insuficiência da valva mitral, assim como a dinâmica do anel mitral durante o ciclo cardíaco, antes e após a correção cirúrgica. Foi analisado também o remodelamento cardíaco, sendo utilizados como parâmetros as dimensões, volumes e fração de ejeção do átrio esquerdo e do ventrículo esquerdo. Utilizamos o teste de análise de variância de medidas repetidas para a análise estatística, sendo considerado estatisticamente significante *P*<0,05.

Resultados: Houve um óbito hospitalar (3,4%). Dois pacientes (7,1%) apresentam insuficiência mitral moderada, 3 pacientes (10,7%) apresentam insuficiência mitral discreta e os demais pacientes (82,2%) apresentam insuficiência mitral mínima ou ausente com um ano de seguimento. Observamos redução da área do anel mitral nas medidas realizadas nas 4 fases do ciclo cardíaco (diástole, sístole inicial, média e final), redução significativa (*P*<0,01) que se manteve durante o seguimento. Com um ano de pós-operatório, não houve prejuízo da contração do anel mitral, sendo a variação da área do anel durante o ciclo cardíaco de 22,5%, 19,8%, 23,6% e 26,3% respectivamente no período pré-operatório, em 30 dias, 6 meses e um ano de seguimento. Houve redução significativa dos volumes atriais (*P*<0,001) e do volume diastólico final do ventrículo esquerdo (*P*<0,001) em um ano de seguimento.

Conclusão: A plástica da valva mitral com a técnica do Duplo Teflon apresentou redução significativa da área do anel mitral, com remodelamento cardíaco favorável, preservando a contratilidade e a função do anel valvar mitral durante o seguimento de 1 ano.

PO 07 • 16h10/16h15

Anemia pré-operatória é preditora independente de mortalidade hospitalar pós-cirurgia de revascularização do miocárdio

Álvaro Rösler Comentador Nilzo Ribeiro, Jonathan Fraportti, Gabriel Constantin, Pedro Nectoux, Marcela da Cunha Sales, José Dario Frota Filho, Estevan Letti, Eraldo Lucio, Mauro Pontes, Fernando Lucchese

Introdução: A anemia é um conhecido fator de risco para doenças cardiovasculares, mas a influência da anemia pré-operatória nos desfechos da cirurgia cardíaca ainda não está bem fundamentada, conforme destacado por Miceli et al. (J.Cardiothorac. Surg,2014,9:137143). Nos últimos anos, no entanto, alguns estudos foram publicados relacionando níveis diminuídos de hemoglobina com a mortalidade pós-cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM).

Objetivo: Mensurar o impacto da anemia pré-operatória na mortalidade hospitalar associada com a cirurgia de revascularização do miocárdio isolada e nos casos em que foi combinada com cirurgia valvular aórtica ou mitral.

Métodos: Foram incluídos consecutivamente todos os 2.020 pacientes submetidos à CRM entre 2010 e 2015 em nossa Instituição. Destes, 583 (28,8%) pacientes apresentavam anemia pré-operatória, caracterizada por níveis de hemoglobina inferiores a 11,6 g/dl para mulheres e 12,8 g/dl para homens. Os pacientes anêmicos foram comparados com 1.437 (71,2%) pacientes que apresentavam hemoglobina normal. A CRM isolada foi realizada em 88,6% dos casos; CRM + Cirurgia Aórtica em 7,9%; e CRM + Cirurgia Mitral em 3,5%. Foi realizada análise estatística univariada e multivariada. Foi construído um modelo de regressão logística para avaliar o efeito preditor da anemia sobre a mortalidade hospitalar. O modelo foi ajustado para idade, sexo, cirurgia prévia, fração de ejeção, procedimento cirúrgico e utilização de CEC. O software estatístico utilizado foi o SPSS e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Pacientes anêmicos apresentaram mais do que o dobro do risco de morte hospitalar em comparação com pacientes não anêmicos (7,5% *vs.* 3,1%, *P*<0,0001). Os pacientes anêmicos também tiveram maior tempo de internação - quase três dias a mais (*P*=0,001). Verificou-se, por meio da regressão logística, que a anemia foi preditora de risco independente para mortalidade (OR=2,3 / IC95% 2,3 - 3,7/ *P*<0,0001). Idade, sexo feminino, cirurgia mitral associada e utilização de CEC também foram identificadas como preditores de mortalidade. FA, AVC, IAM, reoperação e sangramento não apresentaram diferença significativa entre anêmicos e não anêmicos.

Conclusão: A anemia pré-operatória está associada ao aumento do risco de morte pós-CRM isolada e combinada, bem como com maior tempo de internação hospitalar. Tendo em vista que nenhum escore de risco cirúrgico considera a anemia em suas equações para estimar a mortalidade, os resultados reforçam a necessidade de estudos prognósticos mais acurados para este tipo de cirurgia.

PO 08 • 16h20/16h25

Revascularização do miocárdio com múltiplos enxertos arteriais - O uso da artéria torácica interna direita como opção

Samuel Soares Eduardo, Paulo Marcelo Barbosa Mesquita, Andreza Sérvula Pereira da Silva, Ramille Gongalves Oliveira, Débora Beatriz da Silva, Nathália Tavares Silva, Laiany Bezerra Azevedo, Alessandra Ribeiro de Albuquerque, Carlos Magno Alencar Dias de Oliveira, Bruna Ádria Carvalho Bringel

Introdução: A utilização de enxertos arteriais iniciou-se com a artéria torácica interna esquerda que hoje é padrão ouro nesse procedimento. A cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) com duas artérias torácicas internas (ATI) como enxerto tem sido associada a melhor sobrevida em longo prazo e diminuição de eventos cardiovasculares.

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade estratégias e repercussões imediatas do uso das duas ATI na cirurgia de RM.

Métodos: Estudo analítico, retrospectivo. Foi realizada a coleta de dados dos prontuários de pacientes revascularizados no período de janeiro de 2013 a outubro de 2017 no serviço de referência em cirurgia cardíaca no interior do Ceará.

Resultados: Foram realizadas 318 cirurgias de RM isolada em que mais de uma coronária foi revascularizada. A idade média foi 63 anos. Em 49,4% (157) a ATID foi utilizada como opção além da ATIE. Em 62,6% a ATID foi usada para o sistema esquerdo; em 31,7% para o sistema direito, em 6,3%, ambos. Para o sistema esquerdo, a configuração mais utilizada foi a composição em "Y" em 82,8%, *in situ* 17,2%. Para o sistema direito, a composição em "I" foi mais comum 68,6% - com artéria radial 48% ou com veia safena 52%; e *in situ* em 31,4%. Todas ATI foram dissecadas de forma esqueletizada. Não houve complicações esternais. A taxa de óbitos foi de 1,7%. E 36,7% dos 157 que utilizaram a ATID, neste estudo, eram diabéticos.

Conclusão: O uso de ambas as ATI é uma boa opção como estratégia de revascularização do miocárdio com enxertos arteriais múltiplos em qualquer configuração de composição de enxertos. E a utilização de ambas as artérias torácicas internas esqueletizadas não repercutiu no número de complicações esternais.

PO 09 • 16h30/16h35

Reparo valvar mitral na doença degenerativa: análise dos resultados clínicos e ecocardiográficos a médio prazo

Rodrigo Coelho Segalote, Leonardo Marega, Renata Esteves, Clara Weksler, Laura Duncan, Lara Ribeiro, Laila Maciel, Thamires Marcon, Leandro Barbosa, Andre Magioli, Bernardo Tura, Alexandre Rouge

Introdução: A plastia valvar mitral é o tratamento de escolha para a doença degenerativa grave da valva mitral em detrimento da troca mitral. Os resultados do reparo mitral têm encorajado a indicação cirúrgica cada vez mais precoce em pacientes com poucos sintomas e até mesmo sem sintomas quando a probabilidade da plastia é alta.

Objetivo: Apresentar os resultados clínicos e ecocardiograficos ao longo do tempo da plastia mitral nos pacientes com doença valvar degenerativa no Instituto Nacional de Cardiologia.

Métodos: Estudo observacional e descritivo dos pacientes submetidos a plastia valvar mitral através da revisão de prontuários e contato telefônico. Os pacientes foram incluídos com base na discussão entre os membros do *heart team* sobre a probalidade de realização de reparo mitral na doença degenerativa. O método estatístico utilizado foi a análise de sobrevida exata de Kaplan-Meier.

Resultados: De julho de 2009 a outubro de 2017 foram operados no Instituto Nacional de Cardiologia, 117 pacientes com doença valvar mitral degenerativa, sendo que a plastia mitral obteve sucesso em 95 pacientes, 60 pacientes masculinos e 35 femininos. O gráfico 1 demonstra a distribuição temporal dos procedimentos de plastia e troca mitral com uma taxa de realização plastia de 81,2%. Podemos verificar na figura 1 a distribuição das lesões sobre os folhetos mitrais com quase 50% sobre o segmento 2 do folheto posterior e menos de 10% sobre os dois folhetos concomitantes. Os gráficos 2 e 3 apresentam as técnicas operatórias empregadas e sua frequência, com a anuloplastia com anel a técnica mais utilizada. Nos pacientes onde a plastia mitral não foi possível identificamos que em 9 casos possuíam lesão dos dois folhetos mitrais como o principal problema. A mortalidade operatória foi de 7,3%, sendo que a sua maioria em cirurgias onde a plastia mitral foi realizada em conjunto com outros procedimentos (plastia tricúspide, ablação de fibrilação atrial, atriosseptoplastia e revascularização do miocárdio) sendo apenas 1 óbito em procedimento isolado. A falha da plastia com insuficiência mitral (IM) moderada a grave observada nos ecocardiogramas pós-operatórios foi de 14,7%. Analisando as curvas do gráfico 4 podemos observar a probabilidade de sobrevida sem ou com IM, que sugere que se o paciente fica sem IM significativa pelos primeiros 6 meses de pós-operatório provavelmente permanecerá assim. Porém, se a IM moderada ou grave incide nos primeiros 6 meses de seguimento, aumenta a probabilidade de falha da plastia, principalmente após o quarto ano de seguimento ($P<0.0001$). As entrevistas por telefone demonstraram que 75,4% dos pacientes apresentaram melhora de pelo menos duas classes funcionais de NYHA.

Conclusão: O reparo valvar mitral na doença degenerativa da valva mitral no Instituto Nacional de Cardiologia apresenta excelente resultado imediato e a médio prazo, com excelente taxa de realização de reparo mitral em um serviço com baixo volume anual de pacientes aptos ao procedimento.

PO 10 • 16h40/16h45

Efeito do sexo feminino em pacientes submetidos a cirurgia valvar no Brasil: análise dos dados do Registro BYPASS

Debora Klein Ferreira, Solange Guizilini, José Amalth do Espírito Santo, Otavio Berwanger, Renato Hideo Nakagawa Santos, Juliana Rodrigues Yamashita do Santos, Fabio B. Jatene, Walter José Gomes, Renato A. K. Kalil, Grupo de Estudo do Registro BYPASS

Introdução: Apesar de o sexo feminino estar tradicionalmente relacionado como fator de risco para pior prognóstico em cirurgia cardiovascular nos grandes escores de risco internacionais, este fato tem sido questionado principalmente em cirurgias valvares. No Brasil, nenhum estudo até agora abordou esse tema na população geral submetida a cirurgia valvar cardíaca.

Objetivo: Comparar as características epidemiológicas e desfechos de acordo com o gênero em pacientes submetidos a cirurgia valvar, utilizando os dados do Registro BYPASS, com objetivo de avaliar se o sexo feminino realmente representa fator de risco para pior prognóstico.

Métodos: Foram utilizados os dados provenientes do Registro BYPASS, um estudo multicêntrico nacional que envolve 18 hospitais no Brasil, tendo sido incluídos pacientes com um mínimo de 30 dias de seguimento pós-operatório. Os dados foram coletados entre agosto de 2014 a dezembro de 2016, com um total de 1772 pacientes, todos maiores de 18 anos. Os dados foram armazenados em um banco de dados unificado no Instituto de Pesquisas do H-Cor (Hospital do Coração). Para análise foram selecionados os pacientes submetidos a cirurgia valvar (n=545) e foram separados de acordo com gênero (masculino ou feminino). Foram incluídas variáveis epidemiológicas do período pré-operatório, do transoperatório e os desfechos. As variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio padrão, e as quantitativas em frequência. A análise estatística foi realizada com Teste Exato de Fisher e Teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Resultados: Dos 545 pacientes selecionados, 241 eram do sexo feminino, com idade média inferior aos do sexo masculino (56 *versus* 60 *P*=0,011). A incidência de infarto prévio e ex-tabagismo foi maior em homens, e relato de doença reumática maior em mulheres (37,3% *versus* 19,4% *P*<0,001). Os dados transoperatórios não apresentaram diferença estatística significativa. O acesso cirúrgico foi preferencialmente por cirurgia aberta, sangramento maior em 12,5%, transfusão em 35,4%, arritmia em 8,6%, baixo débito em 5,7%. A maioria das válvulas implantadas foi biológica e foram realizadas 22,8% de reparos valvares. Os desfechos pós-operatórios também não apresentaram diferença significativa, com mortalidade até 30 dias de 8,2% e 3,4% de acidente vascular cerebral.

Conclusão: Os dados analisados no presente estudo mostram que o sexo feminino isoladamente não representa fator de risco para piores desfechos em cirurgia valvar na população brasileira.

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO III

PO 11 • 10h/10h05

Mamária única *versus* mamária bilateral: avaliação da incidência de infecção profunda do esterno em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no IMIP

Felipe Ribeiro Walter, Diogo Luiz de Magalhães Ferraz, Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Cristiano Berardo Carneiro da Cunha, Igor Tiago Correia Silva, Rodrigo Mezzalira Tchaick, Jeú Delmondes de Carvalho Júnior, João Paulo Segundo de Paiva Oliveira, Veronica Soares Monteiro, Stephanie Steremberg Pires D'Azevedo, Taís Lins Severo da Silva

Introdução: O uso de mamária bilateral (MB) na cirurgia de revascularização do miocárdio pode levar há uma melhora nos resultados a longo prazo na morbimortalidade cardiovascular. Essa técnica ainda é subutilizada (em torno de 5% nos EUA e 10% na Europa). A principal desvantagem relatada da MB é associação com o aumento na taxa de infecção profunda no esterno (IPE).

Objetivo: Comparar a incidência de IPE nos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio com mamária única (MU) e com mamária bilateral (MB) no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) de janeiro de 206 a setembro de 2017.

Métodos: Foram obtidos dados retrospectivos através do banco de dados do serviço. Foram incluídos todos os pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período de Janeiro de 2016 a Setembro de 2017, sendo separados em 2 grupos: MU e MB. Os enxertos de mamária foram dissecados pela técnica esqueletizada e utilizados para os alvos da coronária esquerda, com diversas configurações de anastomose, a veia safena foi utilizada como segundo enxerto. A definição para IPE foi: necessidade de abordagem da ferida operatória no bloco cirúrgico em até o 30° dia de pós-operatório por evidência de infecção clínica e/ou por exames complementares. Os Procedimentos para tratamento da mediastinite foram: debridamento da ferida, instalação de curativo com pressão negativa, ressíntese do esterno, fechamento da ferida por 3ª intenção com ou sem retalho do músculo peitoral. A análise estatística foi feita através do teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e do teste t de Student para as variáveis numéricas com o software Bioestat 5.0. Foi considerado significante o valor *P*<0,05.

Resultados: Foram realizadas 322 cirurgias de revascularização do miocárdio no período, tendo o grupo MU 273 pacientes (84,8%) e o grupo MB 49 (15,2%). As médias de idade foram 62,4 e 58,3 anos (*P*=0,009), sexo feminino 34,3% e 8,2% (*P*=0,0001), DM 47,6% e 15,9% (*P*=0,0001) e fração de ejeção de 55,1%±12,3% e 58,2%±10,1% (*P*=0,1273) respectivamente. Nos dados intraoperatórios o tempo de anóxia (min) foi de 43,6±17,5 e de 53,6±19,1 (*P*=0,0027). O volume de sangramento no POI (ml) foi de 298,3±225,2 e 397,7±310,9 (*P*=0,0477), o número de concentrados de hemácias transfundidos 2,5±2,2 e 2±1,5 (*P*=0,3230) mortalidade de 5,2% e de 0% *(P*=0,2282) e a taxa de infecção 2,6% e 2,0% *(P*=1,0000).

Conclusão: A cirurgia de revascularização do miocárdio com uso de mamária bilateral pode ser utilizada com segurança, não aumentando o risco de IPE em pacientes selecionados. Mais estudos são necessários para avaliar quais subgrupos de pacientes mais se beneficiam dessa técnica.

PO 12 • 10h10/10h15

Troca valvar aórtica *rapid deployment* e *sutureless* - Relato de série de casos

Isaac Azevedo Silva, Marcus Nascimento Santos, Glauco Kalil Pina, Ricardo Barros Corso, Thiago do Amaral Cavalcante, Leonardo Jadyr Rodrigues Alves, Felipe Bruno Santos da Cunha, Diogo Assis Souza, Henrique Louzan Machado, Maria Paula Meireles Fenelon, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: A troca valvar aórtica é o tratamento padrão-ouro para a estenose valvar aórtica sintomática, enfermidade de elevada prevalência na população idosa. As técnicas minimamente invasivas reduzem a agressão cirúrgica e sua morbidade. As próteses valvares aórticas tipo *rapid deployment* (Edwards - Intuity®) e *sutureless* (LivaNova - Perceval®) possibilitam um implante com o uso de apenas três pontos (Intuity®) ou sem necessidade de pontos (Perceval®) o que diminui significativamente o tempo do procedimento e, consequentemente, a morbimortalidade, além de facilitar a opção pelo acesso minimamente invasivo. (Interac CardioVasc Thoracic Surg 2016;23:814-20). (Ann Cardiothoracic Surg 2015;4:100-111). (Eur J Cardio-Thorac Surg 2016;49:234-241).

Objetivo: Relatar experiência inicial do serviço com implante de próteses valvares aórticas tipo *rapid deployment* e *sutureless.*

Métodos: Estudo de série de casos, de pacientes operados no período entre julho/2016 a novembro/2017, submetidos a troca valvar aórtica com ou sem outros procedimentos combinados, utilizando-se próteses valvares biológicas de liberação rápida ou sem sutura.

Resultados: Entre julho/2016 e novembro/2017 nove pacientes (5 homens e 4 mulheres) foram submetidos a troca valvar aórtica, sendo 5 próteses valvares biológicas "rapid deployment" (três de número 21, uma 23 e uma 25) e 4 "sutureless" (duas de tamanho M, uma S e uma L). A idade variou entre 71-82 anos (média: 75,1 anos). O EuroSCORE II variou de 1,06% a 22,25% (média: 21,21%). 05 pacientes foram submetidos à troca valvar aórtica exclusiva. Outros 04 tiveram procedimentos associados, sendo 03 revascularizações do miocárdio e 01 correção de aneurisma de aorta. 03 operações foram realizadas por mini- incisão. Os tempos internação em UTI/internação hospitalar variaram de 03 - 16/6 - 22 dias (média de 7,1/11,5 dias). Todos os pacientes tinham função ventricular preservada. No pré operatório, a área valvar variou de 0,4 a 0,8 cm2 (média: 0,56 cm2) e o gradiente sistólico de 62 a 88 mmHg(média: 74,2 mmHg). No pós operatório o gradiente médio variou de 2 a 20 mmHg (média: 11,3 mmHg). Os tempos de CEC e anóxia variaram de 40-145 e 33-130 min (médias: 77,6 e 67,7 min). Não foi detectado leak paraprotético, migração ou deslocamento de prótese. Apenas 2 pacientes apresentaram complicações. Uma cursou com baixo débito, infecção pulmonar, fibrilação atrial e insuficiência renal dialítica transitória, o que contribuiu para o tempo prolongado de internação em UTI. Outro paciente cursou com falência de múltiplos órgãos evoluindo para óbito.

Conclusão: Nessa experiência inicial, uso de próteses valvares aórticas *rapid deployment* e *sutureless* foi seguro, demonstrou resultados clínicos e hemodinâmicos satisfatórios. Permitiu acesso por mini-incisão bem como a realização de procedimentos combinados.

PO 13 • 10h20/10h25

Quality of Life in Cardiac Surgery (QLCS): elaboração e validação interna de um questionário de qualidade de vida para a realidade da cirurgia cardíaca

Marina Macedo Kuenzer Bond, Jenny Lourdes Rivas de Souza, Luiz Carlos Bento de Souza, Pedro Silvio Farsky, Vivian Lerner Amato, Dorival Julio Della Togna, Samira Kaissar Ghorayeb, Magaly Arrais dos Santos

Introdução: A qualidade de vida (QV) é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para avaliar a QV, pode

optar por uso de questionários genéricos, que não especificam a doença em si, ou questionários específicos, desenvolvidos para determinada patologia.

Objetivo: Elaborar e validar um questionário adaptado à realidade da cirurgia cardíaca brasileira e de fácil aplicação, que possa ser realizado por contato telefônico, tomando com base os principais questionários já existentes.

Métodos: Estudo transversal de uma coorte prospectiva incluída no Centro de Documentação e Registro Cirúrgico (CEDREC) de um hospital especializado em cardiologia. Foram incluídos 445 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de julho de 2016 a outubro de 2017, que possuíam questionário de QV respondido 30 dias após alta hospitalar. Aplicou-se um questionário por contato telefônico composto de 21 questões, sendo 16 para avaliação da aderência medicamentosa, sintomas e complicações, e 5 para avaliação da qualidade de vida (QLCS). O questionário QLCS foi elaborado por um conjunto de médicos especialistas. Para verificar a consistência interna das questões foi utilizado o alfa de Crobanch. Foi calculado o escore total de QV sendo a soma das 5 questões da QV variando de 5 a 25 pontos. Para correlacionar os sintomas com a QV foi utilizado o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Após 30 dias da cirurgia 35% apresentavam dor na incisão, 17% infecção na ferida, 23% dor no peito, 22% falta de ar, 1% desmaio, 5% palpitação, 43% outros sintomas. Sendo que 95% dos pacientes já tinham retornado a rotina habitual e 19% já estavam realizando atividade física. Na avaliação na consistência interna do QLCS encontrou-se um alfa de Crobanch de 0,74, comprovando ser um bom questionário para avaliar QV nessa população. Na correlação dos sintomas com a QV, observou-se que a presença de dor na incisão (P=0,002), dor no peito (P<0,001), falta de ar (P<0,001) correlacionou-se com a QV de forma estatisticamente significativa, diferente da presença de infecção (P=0,48), outros sintomas (P=0,075), desmaio (P=0,50) e palpitação (P=0,52). O retorno à atividade física também apresentou correlação (P<0,001).

Conclusão: O questionário QFCS mostrou ser um bom instrumento para a avaliação da QV nos paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, além de ser um instrumento fácil de aplicar, podendo ser feito por contato telefônico. A presença de dor do peito, dor na incisão, falta de ar e retorno à atividade física mostraram se correlacionar com a QV desses pacientes.

PO 14 • 10h30/10h35

Damage Control aplicada à cirurgia cardíaca

Pedro Henrique Tôrres Félix, Isabel Palha Bulcão Teixeira Pereira, Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho, Caique Rocha Neves, Marina Umbelino de França Tozzi, Alfredo Aurélio Marinho Rosa, Gabrielly Giovanelly Soares Martins, Amanda Tôrres Félix, Rafael Chaves Souza, Vinícius Gambardella Souza, João Gabriel Arôxa Barbosa Guimarães, João Marques de Oliveira Júnior

Introdução: A utilização do termo "Damage Control" em Medicina, refere-se a estratégias cirúrgicas voltadas para redução do tempo cirúrgico e reparo imediato das lesões a fim de restaurar os parâmetros fisiológicos do paciente. Inicialmente essa abordagem foi utilizada em pacientes moribundos e vítimas de traumas, em especial nos traumas abdominais. Entretanto, esse método também é utilizado no tratamento de lesões ortopédicas e vasculares. Na Cirurgia Cardíaca, essas técnicas podem ser utilizadas principalmente no controle de hemorragias, hipotensão e prevenção da acidose consequente do ato operatório.

Objetivo: Mostrar os benefícios que essa técnica pode trazer a subgrupos de pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca.

Métodos: É um estudo observacional longitudinal descritivo realizado entre 2015 a 2017 no serviço de Cirurgia Cardiovascular na cidade de Maceió em três pacientes submetidos à cirurgia de troca valvar com todos apresentando acidose metabólica refratária. Essa técnica consiste na colocação de compressas estéreis de 15 x 15 cm em "sanduiche" na sua dobradura contendo gelfoam hemostático em seis unidades e quatro tubos de cola biológica embebidas com 1,5 g de cefuroxima. Este PACK em um dos seus ângulos foi fixado por uma fita cardíaca que ficou direcionada no tecido celular subcutâneo 5 cm abaixo do ângulo inferior da ferida operatória, onde pôde ser retirado por túnel subcutâneo subxifoide com incisão de 4 cm na pele puxados pela fita cardíaca sepultadas durante a toracotomia.

Resultados: Após a saída da circulação extracorpórea durante o ato cirúrgico, sangramento do tipo "INAP" foi diagnosticado sendo realizada a técnica descrita acima, obtendo resultados satisfatórios, pois os pacientes não necessitaram de reoperação nas 24h seguintes, estabilizaram hemodinamicamente, evoluíram sem infecção e encontraram-se em follow-up em período de 203, 425 e 790 dias, respectivamente.

Conclusão: A aplicação do Damage Control pode ser importante em subgrupos de pacientes propícios a sangramentos elevados, como nos casos de reoperação, onde os riscos acabam sendo mais elevados e, apesar de não existir estudos multicêntricos

prospectivos randomizados controlados, a técnica é conhecida por cirurgiões de várias especialidades. Parece que em situações extremas, como nos sangramentos do tipo INAP, essa técnica acaba sendo uma última alternativa para evitar alta letalidade neste grupo de pacientes.

PO 15 • 10h40/10h45

Efeitos da prática de atividade física em pacientes com Tetralogia de Fallot corrigida

Matheus Karia Araújo, Rafael Caiado Caixeta Vencio, Gabriel Santos de Castro, Louise d'Abadia Morais, Mariana Silva Santana, Rafael Castro Mendanha Barros

Introdução: Crianças e adolescentes com doenças cardíacas congênitas devem ser estimuladas a praticar atividades físicas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida.

Objetivo: Esclarecer os efeitos da prática de exercício físico sobre a qualidade de vida de pacientes com Tetralogia de Fallot corrigida (ToFc) cirurgicamente.

Métodos: Uma revisão sistemática de artigos das bases de dados Cochrane Library e PubMed, utilizando as palavras chave "Tetralogy of Fallot", usando os termos MeSH "*rehabilitation*", "*surgery*" e "*therapy*", resultou em 8 revisões sistemáticas na base de dados PubMed publicadas nos últimos 5 anos e 74 estudos na Cochrane Library. Após excluir as duplicatas e artigos que possuíam título com divergência de tema com o objetivo deste estudo, restaram 5 artigos que abordavam o objetivo deste trabalho.

Resultados: Um estudo holandês em 5 centros de cardiologia pediátrica criou um programa de exercícios para pacientes com ToFc. Os pacientes do grupo teste mostraram maior melhora das funções cognitivas, emoções mais positivas, menos dor e menos sintomas físicos do que os do grupo controle. Os pacientes do grupo teste relataram melhoras na função motora e seus pais alegaram melhora da capacidade de socializar das crianças. Outro estudo, com essa mesma amostra, revelou aumento significativo na capacidade de realização de trabalho e ventilação, no grupo teste, indicando uma melhor aptidão cardiorrespiratória. Um estudo espanhol, com o objetivo de avaliar se a reposição da válvula pulmonar em pacientes com ToFc é benéfica, revelou, diferentemente da literatura, que há aumento significativo do pico de VO2 e aumento do pico da taxa de troca respiratória, aumentando a capacidade de trabalho. Um estudo propôs uma rotina de exercícios para pacientes com ToFc para avaliar melhoras nos níveis de ansiedade e depressão. O grupo teste não mostrou melhoras emocionais e comportamentais, mas os pais alegaram melhoras nesses quesitos. Porém, o grupo controle mostrou melhoras, pois, segundo o estudo, possuía mais meninas, que se sentiram "aliviadas" em não ter que realizar atividades físicas e se sentiram mais seguras após a avaliação física e psicológica do estudo. Um estudo alemão, relatou que mulheres com ToFc possuem piores resultados em testes de exercício físico comparado aos homens. Mulheres tinham maior volume sistólico final do ventrículo direito (VD), menor fração de ejeção do VD, menos massa muscular do VD e menor pico de consumo de O2 durante exercício, revelando maior risco de efeitos adversos em relação aos homens.

Conclusão: A revisão associou a pouca prática de atividade física com pior qualidade de vida em pacientes com ToFc. A prática de exercícios deve ser estimulada entre esses pacientes, pois está fortemente ligada com a qualidade de vida dos pacientes.

EXPOSIÇÃO DE PÔSTERES SBCCV

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO I

8h30/12h30 (PO 01 ao PO 39)

PO 01

Análise das principais abordagens do aneurisma de aorta abdominal: uma revisão sistemática

Gabriel Santos de Castro, Louise D'abadia Morais, Mariana Silva Santana, Matheus Karia Araújo, Rafael Caiado Caixeta Vêncio, Rafael Castro Mendanha Barros

Introdução: A efetividade do tratamento cirúrgico aberto (TCA) e do tratamento endovascular (TE) realizados nos casos de aneurisma de aorta abdominal (AAA) é alvo de discussão no âmbito da cirurgia vascular há décadas. São vários os estudos que analisam e comparam os aspectos benéficos e maléficos das duas formas de abordagem em questão.

Objetivo: Avaliar a melhor opção terapêutica nos casos de AAA, considerando as indicações, riscos e benefícios de uma abordagem cirúrgica aberta ou de reparo endovascular.

Métodos: O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, conduzido segundo critérios Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. A identificação dos artigos analisados, foi feita a partir de busca nas bases Medline e PubMed, tendo como estratégia de busca: "endovascular open repair abdominal aortic aneurysm". Os critérios utilizados para inclusão dos artigos foram: estudos clínicos randomizados, publicados no período entre 2013 e 2017. A pesquisa revelou um total de 74 artigos, dos quais 4 foram excluídos por estarem duplicados nas bases de dados, 33 foram excluídos por divergência com o tema a partir do título e resumo e 26 foram lidos na íntegra e excluídos por não se encaixarem em todos os critérios de inclusão. Ao final, foram avaliados 11 artigos.

Resultados: O AAA, definido como uma dilatação da aorta abdominal maior ou igual a 3 cm, é uma condição muitas vezes assintomática e que costuma ser diagnosticada em exames de rotina ou então quando há ruptura do aneurisma. Os procedimentos utilizados para a correção do AAA podem ser diferenciados no TCA e o TE. O TCA é mais aplicado em situações de emergência e tem um menor custo em comparação a técnicas mais modernas, no entanto, por ser um procedimento invasivo, expõe o paciente a riscos de infecção e lesão de nervos, além de relacionar-se a um maior tempo de recuperação pós-operatória. Pacientes que apresentam alto risco cirúrgico, anatomia favorável ou que apresentam aneurisma de tamanho superior a 5 cm se beneficiam da abordagem proposta pelo TE em relação a mortalidade precoce, no entanto, a necessidade de reintervenção nos anos subsequentes vem sendo verificada nestes pacientes, além de um maior índice de complicações a longo prazo em relação àqueles submetidos ao TCA.

Conclusão: A partir do estudo, nota-se que a escolha do tratamento a ser realizado deve considerar as características individuais do paciente e o risco-benefício do procedimento. O tamanho e evolução do aneurisma, além da idade do paciente, são fatores determinantes para a definição do tratamento. Portanto, não há consenso absoluto acerca da eficácia dos procedimentos que possa ser aplicado à população geral.

PO 02

Análise clínica, ecocardiográfica e eletrocardiográfica de pacientes com insuficiência cardíaca refratária submetidos à ressincronização cardíaca epicárdica, transvenosa em seio coronário e bifocal ventricular direita

Ricardo Adala Benfatti, Melchior Luiz Lima, Otoni Moreira Gomes

Introdução: O padrão-ouro de tratamento cirúrgico da insuficiência cardíaca refratária é o transplante cardíaco, porém, devido às dificuldades deste tratamento, outras propostas cirúrgicas têm sido relatadas, entre elas o implante de ressincronizador cardíaco.

Objetivo: Analisar clinicamente, ecocardiograficamente e eletrocardiograficamente pacientes com insuficiência cardíaca refratária submetidos à terapia de ressincronização cardíaca epicárdica, transvenosa em seio coronário e bifocal ventricular direita.

Métodos: 30 pacientes com idade média de 65±12 anos, portadores de insuficiência cardíaca em classe funcional III e IV, dissincronia interventricular e tratamento medicamentoso otimizado foram avaliados. Esses pacientes foram submetidos à terapia de ressincronização cardíaca por três vias de implante: epicárdica, transvenosa em seio coronário e bifocal ventricular direita. Foram avaliados clinicamente pelo questionário de qualidade de vida de Minnesota e classe funcional; ecocardiograficamente pela fração de ejeção e dos diâmetros ventriculares e eletrocardiograficamente pelo estreitamento do complexo QRS no pré-operatório e no 6° mês de pós-operatório. Utilizou-se a análise estatística (ANOVA One-Way) e o teste t-Student. O nível de significância eleito foi de 5% (P≤0,05).

Resultados: Na análise clínica, o questionário de vida de Minnesota, no Grupo Seio Coronário a média dos valores reduziu de 50±17 para 20±7, no Grupo Epicárdica de 53±16 para 20±9 e no Grupo Bifocal Ventricular Direita de 50±13 para 25±9 estatisticamente significativos nos três grupos. Em relação aos parâmetros ecocardiográficos no Grupo Seio Coronário, a média dos diâmetros diastólicos ventriculares esquerdos reduziu de 74,3±8,5 mm para 72,4±8,4 mm, diâmetros sistólicos ventriculares esquerdos de 64±8 mm para 59±9 mm, não significativos e a fração de ejeção ventricular esquerda (FE), aumentou de 29%±9% para 38%±7% (P<0,05). No Grupo Epicárdica houve redução dos diâmetros diastólicos ventriculares esquerdos de 67,5±14 mm para 66,4±23,8 mm, os diâmetros sistólicos ventriculares esquerdos de 57±11 mm para 50±14 mm não significativos e a fração de ejeção aumentou de 30%±6% para 36%±14% (P<0,05). No Grupo Bifocal Ventricular Direita os diâmetros diastólicos ventriculares esquerdos reduziram de 68±6,3 mm para 65,1±23 mm, os diâmetros sistólicos ventriculares esquerdos de 54±9 mm para 53±7 mm não significativos e a fração de ejeção de 24%±5% para 35%±13% (P<0,05). Em relação à análise eletrocardiográfica, no Grupo Seio Coronário a média da duração dos complexos QRS reduziu de 146 ± 24 ms para 126 ± 19 ms (P<0,05), no Grupo Epicárdica de 146±36 ms para 112±42 ms (P<0,05). No Grupo Bifocal Ventricular Direita de 139±10 ms para 117±15 ms (P<0,05).

Conclusão: A terapia de ressincronização cardíaca demonstrou melhora clínica, incremento da função ventricular, redução da dissincronia interventricular nos três grupos isoladamente, porém quando comparados os grupos não houve diferença estatisticamente significativa.

PO 03

Hipoalbuminemia é preditora independente de risco para mortalidade hospitalar em pacientes submetidos a implante valvar aórtico transcateter

Álvaro Rösler, Jonathan Fraportti, Pedro Nectoux, Gabriel Constantin, Marcela da Cunha Sales, Valter Lima, Eraldo Lucio, Mauro Pontes, Fernando Lucchese

Introdução: O interesse pelos níveis séricos de albumina pré-operatória aumentou muito nos últimos anos em consequência da sua classificação como um fator de fragilidade. Estudos recentes vão além e indicam que a hipoalbuminemia pode exercer, inclusive, um efeito direto sobre a mortalidade hospitalar pós-implante aórtico transcateter - TAVI (Yamamoto, M. Am J Cardiol, 119(5):770-777, 2016).

Objetivo: Comparar desfechos hospitalares pós-TAVI estratificando os pacientes de acordo com o valor da albumina sérica pré-operatória.

Métodos: Foram incluídos consecutivamente todos os 86 pacientes submetidos a implante aórtico transcateter na instituição. A média de idade foi de 80 anos. A maioria era do sexo masculino (59,3%). Em 50% dos casos foi utilizada a técnica transapical. A outra metade foi submetida ao implante transfemoral. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o valor da albumina sérica pré-operatória: Albumina Sérica < 3,5 g/dL e Albumina Sérica ≥ 3,5 g/dL. Foram analisadas variáveis clínicas, operatórias e desfechos hospitalares por meio de inferências estatísticas univariadas (Teste T, Qui-Quadrado, Fisher) e multivariadas (Regressão Logística Binária). Foi utilizado o software SPSS e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Após análise para comparação das características basais e operatórias entre os dois grupos, foi verificado que das 26 variáveis testadas, apenas o IMC apresentou diferença significativa, com o grupo Albumina Sérica < 3,5 g/dL apresentando um IMC médio inferior (P=0,005). Entre as variáveis basais e operatórias testadas estavam o EuroScore Logístico e o Observant Score, que também não apresentaram diferença importante. Estes resultados demonstram o alto grau de homogeneidade dos pacientes alocados nos dois grupos, garantindo uma análise de desfechos operatórios mais acurada e com menor impacto de vieses. Entre os desfechos operatórios analisados, a mortalidade hospitalar foi o único que apresentou diferença significativa, sendo maior no

grupo com albumina sérica diminuída (33.3% vs. 11,3%; P=0,046). Os demais desfechos testados foram: reoperação, sangramento, AVC, IAM, insuficiência renal, arritmias, infecção respiratória, sepse, choque cardiogênico e MACCE. Foi construído, então, um modelo de regressão logística com capacidade de determinação de 35%. Foram selecionadas, por meio de análise univariada, as seguintes variáveis para o modelo: idade, sexo, IMC, diabete, ICC, albumina, insuficiência renal, plaquetas, hemoglobina, DPOC, tabagismo e mortalidade. A regressão logística confirmou o resultado obtido na análise univariada e demonstrou associação preditiva independente de valores mais baixos de albumina sérica com a mortalidade hospitalar pós-TAVI (Wald: 5,465; Odds Ratio: 0,140; IC95%: 0,027 - 0,727; P=0,019). Podemos afirmar que a redução de apenas 1 g/dL nos níveis séricos de albumina resulta em um aumento de 14% do risco relativo de morte.

Conclusão: A lipidômica do plasma de pacientes de risco intermediário pelo escore de Framingham para eventos cardiovasculares pode ser útil como marcador molecular complementar quando correlacionadas à presença e às características de placa coronariana em pacientes assintomáticos, apresentando excelente poder discriminante entre os diferentes fenótipos clínicos. A implementação desta análise de alta performance, por espectrometria de massas em aplicações clínicas parece projetar um importante impacto futuro na prevenção de eventos clínicos com foco em pacientes cujos marcadores de risco tradicionais não foram capazes de predizer a presença da aterosclerose coronariana.

PO 04

Fibroelastoma papilífero em valva tricúspide: relato de caso

Laíse Oliveira Resende, Ivan G M Barroso, Eduardo Dias Chula, Christian N Freitas, Christiana Conceição de Oliveira

Introdução: Os tumores cardíacos primários são muito raros. Verifica-se prevalência em necropsias que variam de 0,001% a 0,28%. Aproximadamente 75% são tumores benignos e quase a metade são mixomas. O fibroelastoma papilífero (FEP) é um tumor cardíaco benigno, de baixa incidência, em torno de 8%. Acomete principalmente as valvas e apresenta-se em forma de massa pedunculada, frequentemente única, avascular, móvel e bem delimitada. Geralmente é assintomático, no entanto apresenta grande potencial em promover fenômenos embólicos. Com o aprimoramento das técnicas de imagem, o FEP tem sido diagnosticado com maior frequência. Acontecendo, na maioria das vezes, ao acaso, durante a investigação de doenças cardiovasculares através da realização do ecocardiograma transtorácico.

Descrição do Caso: CPR, feminino, 70 anos, hipertensa, diabética, em propedêutica cardiológica devido história de dispneia aos esforços, palpitações e astenia. Durante estudo ecocardiográfico transtorácico foi identificado imagem pedunculada, móvel, aderida à face atrial do folheto septal da valva tricúspide medindo 2.0 cm/1.72 cm. Realizado ecocardiograma transesofágico com contraste por microbolhas, o qual contribuiu para o diagnóstico, com melhor delimitação desta massa. Submetida a exérese da lesão com preservação da valva tricúspide. O exame anatomopatológico definiu o diagnóstico de FEP. Hipóteses diagnósticas: vegetação, trombo, tumor.

Conclusão: A ecocardiografia é ferramenta fundamental na suspeição diagnóstica de eventos emboligênicos originados no coração. Com sensibilidade e especificidade de 88,9% e 87,8%, respectivamente. O FEP corresponde, em frequência, ao terceiro tumor primário cardíaco, antecedido pelo mixoma e lipoma. À macroscopia, assemelham-se às anêmonas do mar, com um eixo central onde surgem várias vilosidades. São geralmente pequenos, menores que 15 mm no seu maior diâmetro, pedunculados ou sésseis. Pode acometer todas as superfícies endocárdicas, com predileção pelas valvas, sendo a aórtica a mais acometida (44%), seguida da mitral (35%), tricúspide (15%) e pulmonar (8%). Sua etiologia continua obscura. Entretanto, a mais aceita atualmente é de que seja originada das excrescências de Lambl. Ocorre em qualquer faixa etária, sendo mais comum a partir dos 40 anos. Habitualmente é assintomático, podendo apresentar-se por meio de sintomas inespecíficos (dor torácica, dispneia, síncope e morte súbita). A complicação mais temida é a embolização e não está claro se a anticoagulação sistêmica poderia prevenir tais eventos. A proposta terapêutica para os pacientes sintomáticos e com complicações associadas é a ressecção cirúrgica. Já para os assintomáticos, a conduta deve se basear no tamanho, na localização e, especialmente, na mobilidade que constitui fator independente de complicações graves. O FEP é uma condição clínica extremamente rara, principalmente acometendo valva tricúspide. O ecocardiograma foi ferramenta fundamental para o diagnóstico. Embora de natureza benigna, há alta morbimortalidade associada a eventos embólicos. O tratamento definitivo é cirúrgico e não há relato de recidiva.

PO 05

Implante de prótese valvar aórtica transcateter com abordagem minimalista: Relato de caso e primeira experiência do serviço

Julia Assis Pires, Maria Augusta Ribeiro Mattedi, Laís Vago, Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes

Introdução: O implante de prótese valvar aórtica transcateter (TAVI) é uma alternativa à cirurgia tradicional (mediastinal aberta) nos casos de estenose aórtica (EAo). Trata-se de um procedimento menos invasivo, com menores índices de morbimortalidade. Atualmente a técnica "minimalista", onde o procedimento é feito sob sedação e monitorização por ecocardiograma transtorácico (ECOTT), vem ganhando importância no cenário mundial, proporcionando mesmos índices de sucesso com menor invasibilidade para o paciente.

Descrição do Caso: Paciente de 76 anos, hipertenso, com insuficiência renal crônica não-dialítica, fibrilação atrial crônica e sabidamente portador de EAo, vem apresentando nos últimos meses sintomas de dispneia e incapacidade de realizar esforços, com piora da classe funcional, apesar de tratamento clínico otimizado. Optado por internação hospitalar, onde foi possível obter mínima melhora clínica. Realizado ECOTT, que evidenciou quadro de EAo importante (área valvar de 0,7 cm^2) com disfunção ventricular associada (fração de ejeção de 30%). Indicada substituição valvar aórtica, porém o risco cirúrgico (RC) para a abordagem tradicional (Euro Score e STS Score) foi de 17 à 24% em termos de mortalidade, chegando a 45% considerando a morbimortalidade. Discutido o caso com o paciente e familiares, e com equipe médica (Heart Team), sendo optado pela realização do TAVI. Realizados exames de imagem, que descartaram presença de lesões coronarianas e vasculares, confirmando a possibilidade de realização de procedimento via trans-femoral. Optado pela abordagem minimalista, com sedação superficial + anestesia local, e monitorização por ECOTT, que transcorreu sem intercorrências, com sucesso no resultado. O paciente permaneceu 1 dia na unidade de terapia intensiva e mais 2 dias na enfermaria, tendo alta no 3º pós-operatório.

Conclusão: O TAVI já é um procedimento muito bem estabelecido em pacientes de alto e altíssimo RC, e vêm ganhando espaço inclusive naqueles de intermediário risco. A abordagem minimalista, comparada à técnica tradicional de TAVI, possibilita duração mais curta do procedimento, recuperação mais rápida do paciente, diminuição do tempo de internação e do risco de infecções hospitalares, assim como de outras complicações associadas à internação prolongada.

PO 06

Dispositivos de assistência ventricular (DAVs) como suporte circulatório mecânico (SCM) de longa permanência: a experiência do Hospital Sírio-Libanês

Danilo Ribeiro Galantini, Paulo Manoel Pêgo-Fernandes, Silvia Moreira Ayub Ferreira, Ludhmila Hajjar, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: Os DAVs e o SCM de longa permanência representam, atualmente, modalidade terapêutica consolidada para a insuficiência cardíaca avançada. Adultos com fração de ejeção reduzida candidatos ao transplante cardíaco, com deterioração clínica/hemodinâmica progressiva e que, de outra forma, faleceriam ou se encontrariam em status clínico bastante comprometido antes da disponibilidade de um doador, são candidatos ao SCM durável. Há também outro grupo de pacientes contemplado: idade > 70 anos; IMC > 35 Kg/m2; hipertensão pulmonar importante e sem reatividade; painel de reatividade contra antígeno extremamente positivo, para os quais o transplante cardíaco é altamente improvável ou mesmo, contraindicado e que rotineiramente recebem cuidados paliativos e de fim de vida, e um DAV, não como ponte para transplante, mas como terapia de destino, também poderá ser indicado.

Objetivo: Identificar os principais fatores de risco relacionados à ocorrência de eventos adversos maiores em pacientes receptores de DAV como SCM de longa permanência.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico (Hospital Sírio-Libanês) do período de 14 de Fevereiro de 2013 a 15 de Novembro de 2017 (1.735 dias) com base no banco de dados o Prontuário Eletrônico do Paciente. Definiu-se como evento adverso maior: óbito, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (DMOS), além das definições do registro INTERMACS: hemólise; insuficiência ventricular direita (IVD); mal-funcionamento do DAV; sangramento maior; infecção maior; disfunção neurológica; arritmia cardíaca; efusão pericárdica; infarto agudo do miocárdio (IAM); episódio psiquiátrico; insuficiência respiratória; tromboembolismo venoso;

deiscência de ferida operatória; tromboembolismo arterial não relacionado ao sistema nervoso central; disfunção hepática; hipertensão arterial e disfunção renal. Foram três as categorias de indicação: ponte para transplante (PT), ponte para candidatura (PC) ou terapia de destino (TD).

Resultados: Foram implantados doze DAVs (9 HeartMate II e 3 Berlin Heart INCOR) como SCM de longa permanência no período indicado. A indicação mais frequente foi como TD (42%), seguida de PC (33%) e PT (25%). 83% dos pacientes foram do sexo masculino e a etiologia mais frequente, a isquêmica (50%), seguida da idiopática (17%). Foram ao todo 2.393 dias de suporte, com tempo médio de 199 dias (8-924 dias). Ocorreram os seguintes eventos adversos maiores: óbito, 4 pacientes; disfunção neurológica (delirium e/ou estado de mal epiléptico não convulsivo), 4 pacientes; arritmias ventriculares, 4 pacientes, 2 dos quais necessitaram de cardioversão ou desfibrilação; IVD, 4 pacientes, sendo que para 2, foi necessário SCM temporário (CentriMag) durante as primeiras 72 horas do pós-operatório e para outro, ECMO tardiamente; AVCH, 2 pacientes; infecção (do driveline), 2 pacientes; DMOS, 2 pacientes. Efusão pericárdica, AVCI, IAM e disfunção renal, 1 paciente cada. Um único paciente apresentou 6 eventos adversos maiores: IVD; AVCI; AVCH (2 episódios); fibrilação ventricular, IAM e óbito. Hipertensão arterial foi o principal fator de risco relacionado à ocorrência de disfunção neurológica; dupla antiagregação plaquetária associada à anticoagulação oral com INR > 2,5, ao AVCH; doses elevadas de duas ou mais catecolaminas em combinação, à DMOS; hipovolemia, às arritmias ventriculares.

Conclusão: À medida em que cresce a experiência com SCM, torna-se prioritário e imprescindível o domínio dos fatores de risco responsáveis pela incidência de eventos adversos maiores.

PO 07

Panorama do ensino médico em relação ao Doador de Múltiplos Órgãos (DMO)

Gabriela Zamunaro Lopes Ruiz, André Andrade Guedes dos Santos, Hana Elisa Vieira, Leonardo Assis Silvestrini, Luciana Prado Maciel, Natércia Freitas de Garcia Klingl, Luiza Soares Moreira, Gustavo Alvarenga Bicalho, Bernardo Parreiras Guimarães Tarabal, Túlio Moura de Battisti, Cláudio Léo Gelape

Introdução: O Brasil é o segundo maior transplantador do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, sendo que ainda enfrentamos muitos desafios para a efetivação de doações de órgãos, como: elevado índice de recusa familiar; grande disparidade entre os estados brasileiros; limitações financeiras; baixo percentual de notificação de Morte Encefálica (ME). A identificação dos fatores relacionados com a baixa efetivação das doações e a melhoria desses índices poderia levar ao aumento do número de transplantes e a melhoria de seus resultados. Para cumprir esse objetivo são necessárias várias medidas, inclusive relacionadas ao ensino nas escolas médicas.

Objetivo: Avaliar o panorama do ensino e aprendizado dos estudantes de Medicina em relação ao manejo do DMO e às informações que esses alunos recebem sobre transplantes ao longo da graduação.

Métodos: Foram aplicados questionários a alunos de Medicina do último ano da graduação na UFMG e em outras três faculdades particulares de Minas Gerais: Faculdade Ciências Médicas, UNIFENAS e Faculdade de Medicina de Barbacena. O questionário era composto de uma questão sobre o diagnóstico de ME, uma sobre o manejo do DMO e outra sobre o conhecimento fornecido pela faculdade de Medicina do aluno. Análise estatística dos acertos e erros foi feita.

Resultados: Dos 80 alunos que responderam ao questionário, 43 (53,75%) estavam no último período do curso e 37 (46,25%) no penúltimo. Quando questionados se a universidade forneceu informações suficientes sobre o manejo do DMO, 73 (91,25%) responderam "Não". Em relação ao manejo do DMO, o índice de acerto foi de 51 (63,75%) alunos para a primeira pergunta e 39 (48,75%) alunos para a segunda. 27 (33,75%) alunos acertaram as duas questões. O índice de acerto foi maior entre os alunos da UFMG e a porcentagem de acertos entre os períodos foi semelhante.

Conclusão: A transmissão do conhecimento sobre o tema nas escolas médicas pesquisadas pode ser considerado deficitário. Para aumentar o número de doações efetivas o manejo do DMO deve ser matéria obrigatória no curso de medicina. Análise mais detalhada de como é o ensino médico em relação ao transplante de órgãos e o manejo do doador é fundamental para conhecermos a realidade local e nacional. A mudança do ensino nessa área pode contribuir para aumentar o número de doações efetivas e consequentemente os resultados dos transplantes.

PO 08

Patência da artéria torácica interna esqueletizada versus pediculada na cirurgia de revascularização miocárdica: revisão sistemática, meta-análise e meta-regressão

Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá , Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Gabriel Lopes Martins , Erik Everton da silva Vieira , Karine Coelho Rodrigues, Roberto Gouveia Silva Diniz, Sérgio da Costa Rayol, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Silva, Ricardo Carvalho Lima

Introdução: Sugere-se que a técnica de colheita de esqueleto influencia as taxas de permeabilidade da artéria torácica interna (ITA) após cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) em comparação à colheita convencional (pediculada). Realizamos uma meta-análise para determinar se existe alguma diferença entre o ITA esqueletizado versus pediculado em termos de patência após a CRM.

Objetivo: Obter dados comparativos dos resultados das cirurgias ultilizando o método esqueletizado e o pediculado para determinar se há discrepância na resposta dessas duas técnicas.

Métodos: Realizamos uma revisão usando MEDLINE, EMBASE, CENTRAL / CCTR, SciELO, LILACS, Google Scholar e listas de referência de artigos relevantes para pesquisar estudos que realizaram avaliação angiográfica nos dois primeiros anos após CABG entre esses dois grupos até dezembro de 2013. As principais medidas de resumo foram o odds ratio (OR) com valores de Intervalo de Confiança (IC) de 95% e P (estatisticamente significativo quando <0,05). Os OR foram combinados em estudos usando o modelo de efeitos aleatórios DerSimonian-Laird ponderado e os efeitos fixos Mantel-Haenszel ponderados. A meta-análise, a análise de sensibilidade e a meta-regressão foram concluídas usando o software Comprehensive Meta-Analysis versão 2 (Biostat Inc., Englewood, New Jersey).

Resultados: Cinco estudos envolvendo 1764 condutas avaliadas (1145 esqueletizados, 619 pediculados) preencheram os critérios de elegibilidade. Não houve evidência de importante heterogeneidade de efeitos entre os estudos. O OR global (IC de 95%) para oclusão do enxerto não apresentou diferença estatística significativa entre os grupos (modelo de efeito fixo: OR 1,351, IC 95% 0,408 a 4,4471, P=0,801; modelo de efeito aleatório: OU 1,351, IC 95% 0,408 a 4,447 , P=0,801). Na análise de sensibilidade, não houve diferença na ITA esquerda ou direita. Na meta-regressão, não observamos coeficientes estatisticamente significativos para oclusão do enxerto e proporção de mulheres, diabéticos, insuficiência renal, idade, cirurgia fora da bomba ou urgência, o que significa que o efeito não é modulado por esses fatores.

Conclusão: Em termos de patência, o ITA esqueletizado parece ser não inferior em comparação com ITA pediculada após CABG.

PO 09

Cirurgia de revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea com a técnica aorta *no-touch*

Fabiano Andre Pereira, Nelson Américo Hossne Júnior, Alexandre Redondo de Carvalho, Tatiane Lamarca Dias, Juliana Kimie Matsue, Eduardo Gregório Chamlian, Marcelo Grandini Silas, Walter José Gomes

Introdução: O benefício da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) em pacientes com doença coronariana multiarterial está bem estabelecido. Entretanto, o procedimento não é isento de complicações, dentre as quais, o acidente vascular cerebral (AVC) é um dos mais temidos e causado pela manipulação da aorta. A CRM sem circulação extracorpórea (CEC) com técnica aorta no-touch apresenta-se como uma possível estratégia para a redução de complicações neurológicas.

Objetivo: Demonstrar a técnica e as taxa de complicações, sobretudo de eventos neurológicos na utilização da técnica de CRM sem CEC com aorta no-touch.

Métodos: 151 pacientes submetidos a CRM sem CEC com aorta no-touch (74,1% homens), 47,7% diabéticos; 98,0% faziam uso de AAS no pré-operatório. Lesões de 3 vasos em 79,3% e de 2 em 21,7%, 20,6% com lesão grave de tronco de coronária esquerda. A fração de ejeção variou de 29-79%. A média de artérias revascularizadas foi de 2,61 por paciente. Os enxertos utilizados foram artéria torácica interna esquerda (100%); artéria torácica interna direita (92,71%); veia safena magna (56,29%) e artéria gastroepiplóica (2%).

Resultados: Os pacientes permaneceram em média 3,42 dias na UTI e a mortalidade geral de 2,6%; 1,9% dos pacientes evoluíram

com infecção esternal, 1,9% com outras infecções. A incidência de AVC precoce foi 0% e tardia de 0,66%.

Conclusão: A CRM sem CEC aorta no-touch se configura como uma promissora alternativa com a finalidade de se reduzir a taxa de eventos embólicos cerebrais, principalmente em pacientes de maior risco.

PO 10

Gerenciamento da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: otimizando a experiência do paciente para gerar VALOR ao cuidado

Bruno Miranda Marques, Vinicius Assunção Pratas Sobral, Marcelo Ramalho Fernandes, Herica Stelling, Josiane Santos, Tamires Luciana do Nascimento Pena, Ligia Neres Matos, Tereza Cristina Felippe Guimarães, Alexandre Siciliano Colafranceschi

Introdução: A dor é considerada o quinto sinal vital e, quando mal controlada, pode levar a desfechos físicos adversos além de gerar grave efeito negativo na experiência de pacientes e suas famílias, comprometendo o VALOR do cuidado do paciente.

Objetivo: Avaliar o impacto da incorporação do questionário de experiência do paciente no gerenciamento da dor pós operatória de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Métodos: Análise retrospectiva de uma coorte de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca entre 03/2016 e 09/2017 em um único centro privado no Rio de Janeiro, antes (2016) e após (2017) a introdução de uma política institucional para gestão da dor pós operatória. Utilizou-se o questionário adaptado do Hospital Consumer Assessment of Health Providers and Systems (HCAHPS) para medir a experiência dos pacientes relacionada a dor pós operatória. O envio dos questionários foi realizado por mensagem de texto, após 24h da alta hospitalar, através da plataforma SurveyMonkey®.

Resultados: De um total de 84 de questionários enviados, 82 questionários (97,61%) foram respondidos e correspondem a nossa amostra total (45 em 2016 e 37 em 2017). Setenta e cinco por cento dos pacientes necessitaram de medicação para controle da dor (81% em 2016 e 78% em 2017). Com relação a frequência com que a dor foi controlada, 43% dos pacientes em 2016 responderam que SEMPRE tiveram a dor controlada enquanto que em 2017 houve aumento desse percentual para 76%. A percepção, pelos pacientes, de que os profissionais envolvidos em seu cuidado fizeram tudo que era possível para o controle da dor também cresceu de 67% em 2016 para 75% em 2017.

Conclusão: A monitorização sistemática da experiência dos pacientes com a utilização de questionário específico nos permitiu melhorar o gerenciamento da dor pós-operatória.

PO 11

Avaliação de aquisição de conhecimento técnico operatório com o treinamento cirúrgico em corações suínos e biomodelos tridimensionais

Eduardo Nascimento Gomes, Ricardo Ribeiro Dias, José Augusto Duncan Santiago, Fabrício José de Souza Dinato, Walter José Gomes, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: A utilização de aquisição de expertise técnica cirúrgica através da observação cirúrgica é a principal forma de aprendizado atualmente. O treinamento com xenoenxertos é outra possibilidade e o uso de protótipos sintéticos impressos a partir de reconstrução tridimensional aparece como nova possibilidade de treinamento cirúrgico simulando situação real operatória.

Objetivo: Avaliar a aquisição de conhecimento técnico operatório com o treinamento cirúrgico em corações de porcos e biomodelos confeccionados em impressora 3D.

Métodos: Curso de dois dias, divididos em quatro módulos de quatro horas; O primeiro (figuras 1-2) a Técnica de Reimplante (David operation), realizada em corações suínos. Os seguintes realizados em protótipos 3D, a partir de casos reais operados na instituição. Os segundo (figuras 3-4) e terceiro módulos correspondem respectivamente a operação no território da aorta ascendente até o hemiarco aórtico, e e a substituição total do arco aórtico, do frozen elephant trunk ou a tromba de elefante clássica. Estes biomodelos foram construídos em impressora 3D usando filamento PLA (polylactic acid) flexível vermelho suturável. O quarto módulo (figura5) foi através de abordagem endovascular da aorta torácica e abdominal no mesmo biomodelo, construído utilizando filamento ABS

(Acrylonitrile butadiene styrene) rígido transparente sobre uma plataforma iluminada. A avaliação do aprendizado foi baseada nas respostas do questionário oferecido aos participantes, com perguntas que abordavam o realismo dos modelos, a correspondência destes às imagens angiotomográficas, feedback tátil dos modelos, e sua utilidade para treinamento de cirurgiões. As respostas foram graduadas de 1 a 5, de acordo com o grau de conformidade.

Resultados: Foram oferecidas vinte vagas, sendo todas inscrições ocupadas. Dos inscritos, 19 (95%) concluíram o curso, e 17 (85%) responderam o questionário. O biomodelo suíno recebeu ≥4 quanto ao realismo, feedback tátil, utilidade para treinamento e como caso real específico. Os protótipos de aorta para operações abertas e endovasculares receberam notas ≥4, respectivamente, quanto ao realismo em 14, 14 e 13 respostas, quanto a correspondência às imagens em 17, 15 e 13 respostas, quanto ao feedback tátil em 8, 11, 10 respostas, quanto ao treinamento de cirurgiões 11, 16 e 13 respostas e treinamento em casos reais 11, 16 e 12 respostas.

Conclusão: A prototipagem de imagens angiotomográficas e modelos animais permitem a aquisição de expertise no treinamento cirúrgico para os procedimentos em pacientes.

PO 12

Modelo de hipertensão arterial pulmonar induzida por monocrotalina: estudo experimental em ratos

Luiz Fernando Kubrusly, Andressa de Souza Bertoldi, Douglas Mesadri Gewehr, Gabriela Rodrigues Salgueiro, Heloisa Iacomo Vieira, Paola Cardoso Preto, Gabriel Antonio Coltro, Gabriel D'avila Braun, Luiz Martins Collaço, Camila Aparecida Moraes Marques, Fernando Bermudez Kubrusly

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma situação clínica grave e progressiva, caracterizada por vasoconstrição pulmonar, trombose in situ e remodelamento vascular. Os modelos experimentais de indução de HAP em animais são escassos e cursam com muitos efeitos adversos, enquanto que a monocrotalina (MCT) causa HAP e é uma planta encontrada nativamente na natureza com baixo custo de extração.

Objetivo: Desenvolver um protocolo experimental de hipertensão arterial pulmonar em ratos Wistar tratados com Monocrotalina.

Métodos: Cinquenta ratos Wistar divididos em grupo 1, controle (n=10); grupo 2 MCT + 15 dias (n=10); grupo 3: MCT + 30 dias (n=10); grupo 4: MCT + 37 (n=20). Os animais que morreram antes do período do seu grupo foram enquadrados no grupo 5 (óbitos antecipados). Ao final de cada período, os animais foram eutanasiados e retirados os pulmões e corações para estudo anatomopatológico com coloração HE e Tricrômio de Mallory.

Resultados: Análise ponderal dos grupos 1, 2, 3 e 4 mostrou ganho de peso nos 3 primeiros grupos e perda no último (11%). Verificou-se um aumento progressivo da congestão pulmonar quanto maior o tempo de exposição a MCT com repercussões hemodinâmicas visíveis no momento da eutanásia (líquido sero-hialino na cavidade torácica). Os animais com óbito antecipado apresentaram maiores repercussões sistêmicas e sinais de eventos vasculares agudos (líquido sero-hialino, congestão intensa). Análise histológica mostrou intenso dano vascular na coloração HE, com realização de Tricrômio de Mallory apenas nas alterações mais discretas. Progressão dos achados histológicos de alterações vasculares, gurpo 2 mais discreto e grupos 3 e 4 com exsudato hemorrágico, alteração da íntima e destruição do parênquima de forma mais acentuada.

Conclusão: A MTC é uma substancia in natura, com alta capacidade de desenvolvimento de HAP pulmonar, apresentando também repercussões em outros órgãos. É de fácil obtenção, administração e manipulação, apresenta baixa mortalidade nos animais mantidos por curto a médio prazo e efetiva para o estabelecimento de HAP.

PO 13

Alternativas para o tratamento cirúrgico de pacientes de alto risco com insuficiência cardíaca secundária a doença valvar e perivalvar mitral - Experiência inicial de serviço

Marcus Vinicius Nascimento dos Santos, Ricardo Barros Corso, Isaac Azevedo Silva, Glauco Kalil Pina, Rafael Ramos Amaral, Diogo Assis Souza, Arminda Gomes Sesana, Pedro Lemgruber Xavier Mattoso, Leonardo Jadyr Silva Rodrigues Alves, Henrique Louzan Machado, Maria Paula Meireles Fenelon, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: A doença valvar é um problema de saúde pública. A etiologia principal é, em países em desenvolvimento, a doença reumática, seguida da doença valvar degenerativa. Nos últimos anos, alternativas aos métodos tradicionais de troca valvar tem surgido. Dentre elas estão as cirurgias minimamente invasivas, o implante valvar transcateter e os procedimentos valve-in-valve por via apical. O MitraClip®, em pacientes(pts) que apresentem insuficiência mitral (IM) sintomática severa, é promissor para pts com alto risco cirúrgico. Estudos demonstram redução da mortalidade e de eventos adversos, redução da IM, melhoria da classe funcional (CF-NYHA), e melhora da qualidade de vida. O "leak" periprotético, presente entre 8-18%, aumenta a morbidade e está mais associado a procedimentos na valva mitral. Possui difícil correção cirúrgica devido a necessidade de re-op e maior morbi/mortalidade.

Objetivo: Apresentar a experiência inicial do serviço no tratamento alternativo da insuficiência cardíaca de etiologia valvar e perivalvar mitral, seja por IM ou por "leak" periprotético, em pctes com elevado risco cirúrgico.

Métodos: Trata-se de um relato de série de casos de pctes submetidos a tratamento percutâneo da doença valvar - IM (MitraClip®) e perivalvar mitral (fechamento de "leak" periprotético com oclusor vascular, por acesso transapical). O principal critério de seleção foi o elevado risco, avaliado pelo STS Escore, para o tratamento por cirurgia convencional. Avaliamos os dados ecocardiográficos e a classe funcional, no pré e pós-operatório.

Resultados: Entre dez/16 a ago/17, 4 pts foram submetidos a tratamento percutâneo da IM, com utilização do MitraClip®, sendo 3 mulheres - idade entre 78-83 anos (média: 81±2,2 anos). 2 pts foram abordados por via transapical para tratamento de "leak" periprotético - 1 homem (61 anos) e 1 mulher (73 anos) - (média: 67±8,5 anos). Esta, além do tratamento do "leak" periprotético, foi submetida a implante de prótese valvar mitral (valve-in-valve - Sapiens/Edwards). Em 1 pt, o implante de MitralClip® foi associado a angioplastia coronária por ICO sintomática. A mortalidade pelo STS Escore variou de 5,9-33% (média: 17,4±0,1%). A CF-NYHA pré-op era III, em 1 pcte, III-IV em 4 pts e IV em 1 pt. Dos pts submetidos a implante de MitralClip®, houve 1 óbito por infecção e IRA. Os demais tiveram alta hospitalar entre o 2o-10o dia de internação (média: 6,7±3,4) com permanência em UTI de 1-7 dias (média: 3,7±2,5). A permanência hospitalar dos paciente tratados por "leak" periprotético foi superior (média: 16,5±4,9 dias), com tempo médio de UTI de 5 dias (±2,8). Após o tratamento, 1 pt regrediu para CF II-III. Os demais migraram para CF II. O ECO pós-op mostrou oclusão dos "leaks". Nos casos de MitralClip®, 2 pts foram diagnosticados com IM discreta, 1 com IM moderada e 1 com estenose moderada (óbito).

Conclusão: Na série apresentada, o tratamento percutâneo da IM, assim como a oclusão de "leak" periprotético, pela via transapical, mostrou resultados satisfatórios, considerando a melhora da CF-NYHA e qualidade de vida dos pts com elevado risco para o tratamento por cirurgia cardíaca convencional.

PO 14

Artéria mamária interna bilateral esqueletizada versus pediculada enxerto: resultados e preocupações analisados através de uma abordagem meta-analítica

Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Michel Pompeu Barros de Oliveira Sá, Karine Coelho Rodrigues, Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Erik Everton da Silva Vieira, Gabriel Lopes Martins, Roberto Gouveia Silva Diniz, Sergio da Costa Rayol, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Silva, Ricardo de Carvalho Lima

Introdução: A infecção da ferida esternal (SWI) é reconhecida e importante complicação da cirurgia de revascularização do miocárdio. A manifestação mais séria de um SWI é a mediastinite, que estende a classificação anatômica anterior ao risco de sepsis. É bem sabido que uma infecção do mediastino pode ser grave e potencialmente letal. Sugere-se que o método da artéria torácica interna (ITA) A colheita influencia a incidência de SWI pós-operatória. Existem duas técnicas de colheita estabelecidas: pediculado e ITAs esqueletizados. Considerando que a técnica pediculada disseca a artéria do esterno com as veias acompanhantes, fáscia, tecido adiposo e linfatica gerando um enxerto pediculado, esqueletização exige que o ITA seja dissecado livre de todos os tecido, produzindo exclusivamente a artéria. Nossa metanálise tenta determinar se existe alguma realidade diferença entre ATI bilateral esqueletizado e pediculado em termos de infecção da ferida esternal.

Objetivo: Comparar ITA bilateral esqueletizado versus pediculado durante CABG, de acordo com os itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) através de uma meta-análise e meta-regressão de estudos.

Métodos: Apresentamos uma revisão sistemática usando MEDLINE, EMBASE, CENTRAL / CCTR, SciELO, LILACS, Google Scholar e listas de referência de artigos relevantes para pesquisar estudos que compararam a incidência de SWI após CRM entre ITA bilateral esqueletizado versus pediculado até maio de 2014. O principal resumo de medidas foram odds ratio (OR) com 95% de Intervalo de

Confiança (CI) e valores de P (estatisticamente significativo quando <0,05). As RUP foram combinadas em estudos usando o modelo de efeitos aleatórios DerSimonianeLaird ponderado. Metaanálise, análise de sensibilidade e meta-regressão foram realizadas usando o software abrangente Meta-Analysis versão 2 (Biostat Inc., Englewood, Nova Jersey).

Resultados: Oito estudos envolvendo 2633 pacientes (1698 esqueletizados, 935 pediculados) preencheram os critérios de elegibilidade. Não houve provas de importante heterogeneidade dos efeitos entre os estudos. O OR global (IC 95%) do SWI mostrou estatística diferença significativa em favor do ITA esqueletizado (modelo de efeito aleatório: OR 0,327; IC 95%: 0,217 e0.492; P <0,001). Na análise de sensibilidade, a diferença a favor da ITA esqueletizada foi observada principalmente na presença de diabetes. Na meta-regressão, não observamos modulação dos efeitos.

Conclusão: Quando ambos os ITAs são usados, a técnica esqueletizada parece reduzir a incidência de SWI após a CRM em comparação com a técnica pediculada.

PO 15

Implante transcateter *valve-in-valve* mitrotricúspid

Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Renato Cesar de Souza, Leonardo Paim, Joaquim Aprígio, Lucas Lacerda, José Honório Palma da Fonseca

Introdução: O implante transcateter valve-in-valve (ViV) tem-se demonstrado uma alternativa encorajadora em pacientes portadores de biopróteses degeneradas. Porém, não há relatos do implante ViV simultâneo em posição mitral e tricúspide. O objetivo deste relato é apresentar o primeiro caso de implante ViV mitrotricúspide

Descrição do Caso: Paciente de 32 anos de idade, sexo masculino, antecedente de valvopatia mitral e tricúspide reumática, 4 toracotomias prévias para tratamento valvar, marcapasso cardíaco definitivo devido fibrilação atrial de baixa resposta ventricular, apresentava-se em classe funcional III (NYHA) e com sintomas de insuficiência cardíaca direita. Apresentava ao ecocardiograma disfunção de biopróteses em posição mitral e tricúspide, devido dupla lesão com predomínio de estenose importante em ambas. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo era de 59% e o ventrículo direito apresentava disfunção sistólica moderada. Após discussão do caso pelo heart team o paciente foi considerado inoperável devido ao alto risco operatório, sendo optado por implante transcateter ViV em posição mitral e tricúspide. Após toracotomia anterolateral esquerda, foi realizado implante ViV mitral (Prótese Inovare® n°30 - Braile Biomédica) via transapical sem intercorrências. Realizada pequena cervicotomia direita e dissecção de veia jugular interna direita para implante ViV em posição tricúspide (Prótese Inovare® n°30 - Braile Biomédica), o qual também sem intercorrências. O procedimento foi guiado por fluoroscopia e ecocardiografia transesofágica. O tempo de ventilação mecânica foi de 6,8 horas e os tempos de internação em unidade de terapia intensiva e de internação hospitalar pós-opertório foram de 3 e 18 dias respectivamente. O paciente apresentou insuficiência renal aguda (AKIN 1) com recuperação da função renal antes da alta hospitalar. Atualmente encontra-se em classe funcional II (NYHA), com melhora importante dos sinais de insuficiência cardíaca direita. O ultimo ecocardiograma demonstra bom funcionamento de ambas biopróteses implantadas, sem refluxo paravalvar e função sistólica do ventrículo direito preservada.

Conclusão: O implante transcateter ViV em posição mitro-tricúspide demonstrou-se como terapia segura e eficaz em paciente portador de biopróteses degeneradas onde o tratamento cirúrgico convencional foi contraindicado devido ao alto risco cirúrgico.

PO 16

Influência da técnica de ressecção da veia safena "no touch" *versus* convencional em relação ao membro doador

Alexandre Ciappina Hueb, João Paulo Luvizotto Alcântara de Pádua, Maurício Landulfo Jorge Guerrieri, Vinícius C. Furquim, Miguelângelo Crestani Junior, Rafael Diniz Abrantes, Elias Kallás

Introdução: Recentes estudos demonstram que a obtenção da veia safena por técnica denominada "no touch", garantem uma perviabilidade maior do que as obtidas por técnica convencional. Não existem estudos que avaliem como fica o membro inferior doador da veia safena de acordo com a técnica empregada.

Objetivo: Analisar o membro inferior doador da veia safena de acordo com a técnica "no touch" ou convencional para obtenção da veia safena.

Métodos: Cinquenta pacientes submetidos a revascularização cirúrgica do miocárdio com necessidade de segmento de veia safena da coxa e perna, foram aleatorizados para obtenção da veia safena por técnica convencional ou técnica "no touch". O Grupo Convencional 25 pacientes e o Grupo "no touch" 25 pacientes. Foram analisadas as seguintes varáveis pré e pós-operatórias: Perímetro da ½ altura da perna e coxa doadora, ângulo de elevação do membro doador, edema, varizes, tromboflebite, flogose, secreção da ferida operatória e deiscência de sutura no pré-operatório e no 5º pós-operatório.

Resultados: A mensuração da ½ altura de perna e coxa no pré e pós-operatório não apresentaram diferença estatística. O ângulo de elevação foi semelhante nos dois grupos no pré e pós-operatório. Observou-se diferença estatisticamente significativa nos grupos em relação aos sinais flogísticos pós-operatórios no grupo "no touch" (P=0,0322) e em relação a presença de secreção na ferida operatório (P=0,021) desfavorável ao grupo "no touch". A ocorrência de deiscência foi alta: 16% e 12% para o grupo convencional e "no touch", sem diferença significativa.

Conclusão: O membro inferior doador de veia safena pela técnica "no touch" apresenta mais sinais flogísticos e mais secreção na ferida operatória que o membro doador ressecado pela técnica convencional. A deiscência da ferida operatória é semelhante.

PO 17

Acesso periareolar para cirurgia valvar mitral minimamente invasiva: a técnica brasileira

Robinson Poffo, Paola Keese Montanhesi, Sérgio Augusto Fudaba Curcio, Alisson Parrila Toschi, Renato Bastos Pope

Introdução: Em muitos centros especializados pelo mundo, a cirurgia cardíaca minimamente invasiva tornou-se rotina, com o objetivo de atingir melhores resultados quando comparada à esternotomia mediana tradicional.

Objetivo: Descrever acesso cirúrgico inédito para cirurgia valvar mitral vídeo-assistida combinando a efetividade deste método a uma via de acesso na qual a manipulação da válvula mitral é otimizada: o acesso periareolar.

Métodos: Entre fevereiro e junho de 2006, 214 pacientes foram submetidos a cirurgia cardíaca minimamente invasiva vídeo-assistida utilizando o acesso periareolar. As patologias cardíacas abordadas foram: valvopatia mitral (n=132) e defeito do septo interatrial (n=74), sendo que 24 pacientes apresentavam insuficiência tricúspide associada e 35, fibrilação atrial. Oito pacientes tiveram extração cirúrgica de marca-passo dada a presença de endocardite. A idade variou entre 18 e 72 anos e 145 dos casos eram do sexo feminino. O acesso cirúrgico foi vídeo-assistido através de incisão na região periareolar com minitoracotomia anterolateral direita. Utilizou-se canulação arterial e venosa femoral isolada ou arterial femoral associada a venosa bicaval (em veia jugular interna direita e veia femoral).

Resultados: Entre os pacientes cujo diagnóstico foi doença valvar mitral (n=132) foi possível realizar plastia valvar em 95 dos casos e troca em 37 pacientes. Não houve complicações durante os procedimentos ou necessidade de conversão para esternotomia. Complicações relacionadas ao acesso periareolar e à canulação periférica também não foram observadas.

Conclusão: O aceso periareolar é seguro e eficaz e pode ser utilizado para cirurgia valvar mitral minimamente invasiva vídeo-assistida, demonstrando excelentes resultados estéticos e funcionais.

PO 18

Cirurgia valvar aórtica minimamente invasiva no idoso - Experiência inicial

William Camargo de Oliveira, Ademir Massarico Braz, Ricardo Casalino, Thiago Ferreira, Giani Mitiko Hirose, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida, Gabriela Freese Navarini, Thatiana Ricciardi, Alexandra Cristina Cremon Cavalcanti, Olívio Souza Neto

Introdução: A cirurgia cardíaca minimamente invasiva para procedimentos valvares vem ganhando aceitação internacional nos últimos anos por ter resultados comparáveis aos da cirurgia convencional associados a vantagens como extubação precoce e diminuição dos tempos de permanência hospitalar e em centro de terapia intensiva (CTI). Atualmente é a opção padrão em nossa instituição.

Objetivo: Apresentar uma análise da nossa experiência inicial em cirurgia valvar aórtica minimamente invasiva, com foco especial na população de idosos.

Métodos: De outubro de 2016 a outubro de 2017 cinquenta e nove pacientes foram operados por doença cardíaca valvar em nossa instituição. Destes, 34 apresentavam acometimento da valva aórtica e foram incluídos neste estudo, sendo os dados coletados prospectivamente. Pacientes multivalvares, operados de emergência, com STS/EuroScore II maior que 6, clearance de creatinina menor que 35 ou com programação de implante valvar transcateter (TAVI) foram excluídos. Todos os pacientes foram avaliados em pré-operatório e operados pela mesma equipe de cirurgiões e cardiologistas clínicos, em único hospital.

Resultados: Ao todo 34 pacientes foram operados por doença valvar aórtica, isolada ou não, sendo 18 (52,9%) pacientes do sexo feminino e 16 (47,1%) do sexo masculino. A faixa etária variou de 59 a 84 anos (média de 71,2). Os diagnósticos pré-operatórios foram: estenose aórtica pura [29 casos (85,3%)], estenose aórtica com aneurisma de aorta [3 casos (8,9%)], insuficiência aórtica pura [1 caso (2,9%)] e disfunção de prótese [1 caso (2,9%)]. Todos os pacientes foram operados por técnica minimamente invasiva com hemi-esternotomia superior em "J". Todos os pacientes foram extubados na sala cirúrgica e levados à unidade de recuperação anestésica (RPA). Seis (17,6%) pacientes foram encaminhados para o CTI com tempo de internação de 16 a 72 horas (média de 27,3). O tempo de internação hospitalar variou de 26 a 102 horas (média de 44,3). Vinte e oito (82,3%) pacientes receberam alta hospitalar em menos de 48 horas. Ocorreram uma (2,9%) reinternação com menos de 30 dias e um óbito.

Conclusão: A abordagem minimamente invasiva no tratamento da doença valvar aórtica mostrou ser um método seguro e com bom resultado clínico, diminuindo significativamente os tempos de ventilação mecânica, permanência em CTI e internação hospitalar.

PO 19

Cirurgia CRM continua a melhor opção para pacientes com doença coronariana esquerda em comparação com ICP-SF: meta-análise de ensaios randomizados e controlados

Luiz de Albuquerque Pereira de Oliveira Neto, Michel Pompeu Barros Oliveira Sá, Gabriel Lopes Martins, Karine Coelho Rodrigues, Gabriella Caroline Sales do Nascimento, Erik Everton da Silva Vieira, Roberto Gouveia Silva Diniz, Sergio da Costa Royal, Alexandre Motta de Menezes, Frederico Pires Vasconcelos Silva, Ricardo Carvalho Lima

Introdução: As atuais diretrizes internacionais de revascularização recomendam a revascularização da artéria coronária esquerda principal desprotegida (ACEPD) com revascularização do miocárdio (CRM) ou intervenção coronária percutânea (ICP) em indivíduos com baixa (<23: recomendação de classe I para CRM ou ICP - nível de evidência B) e intermediário (23-32: classe I para CRM e classe IIa para ICP - nível de evidência B) pontuação SYNTAX. As mesmas diretrizes recomendam contra a revascularização com ICP de ACEPD com altos escores de SYNTAX (≥33: classe I para CRM e classe III para PCI - nível de evidência B). Capodanno et al. publicou uma meta-análise de ensaios controlados randomizados (RCTs) e sugeriu, com ousadia, que "com base em seu estudo, a revisão das diretrizes relativas ao ICP principal esquerdo é garantida, aumentando o nível de evidência das recomendações atuais de B para A". Embora alguns RCTs tenham sugerido que o PCI com stent farmacológico (SF) poderia ser uma estratégia não inferior que poderia ser usada com segurança, os tamanhos de amostra não eram tão grandes (e algumas conclusões podem ter sido afetadas por esse fator). Recentemente, foram publicados os ensaios EXCEL e NOBLE, o que nos levou a revisar a literatura e a realizar uma nova meta-análise.

Objetivo: Comparar a segurança e a eficácia da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) com intervenção coronária percutânea (PCI) usando stents farmacológicos (SF) em pacientes com doença da artéria coronária esquerda principal desprotegida (ACEPD).

Métodos: Foram pesquisados estudos clínicos que relataram resultados no seguimento de 1 ano após ICP-SF e CRM para o tratamento da estenose ACEPD. Cinco estudos preencheram nossos critérios de elegibilidade e eles incluíram um total de 4.595 pacientes (2.298 para CRM e 2.297 para PCI-SF).

Resultados: Ao acompanhamento de 1 ano, não houve diferença significativa entre os grupos CRM e ICP-SF sobre o risco de morte (razão de risco [RR] 0.973, P=0.830), infarto do miocárdio (RR 0.694, P=0.148), acidente vascular cerebral (RR 1,224, P=0,598) e eventos cerebrovasculares e cardiovasculares adversos maiores (RR 0,948, P=0,680). O risco de revascularização dos vasos alvo (RVA) foi significativamente menor no grupo CRVM em comparação com o grupo ICP-SF (RR 0,583, P<0,001). Não foi observado nenhum viés de publicação em relação aos resultados, mas apenas o RVA final foi livre de heterogeneidade estatística substancial dos efeitos. Na meta-regressão, houve evidências de que o fator "gênero feminino" modulou o efeito sobre as taxas de infarto do miocárdio, favorecendo a estratégia de revascularização miocárdica.

Conclusão: A cirurgia de CRM é a melhor opção de tratamento para pacientes com doença ACEPD, com menores taxas de RVA.

PO 20

Tratamento medicamentoso ou fechamento percutâneo de forame oval patente como prevenção secundária de AVC criptogênico: uma revisão sistemática

Rafael Caiado Caixeta Vencio, Matheus Karia Araújo, Louise d'Abadia Morais, Gabriel Santos de Castro, Mariana Silva Santana, Rafael Castro Mendanha Barros, Tannas Jatene

Introdução: Os estudos clínicos randomizados até então publicados não haviam identificado o fechamento percutâneo de forame oval patente (FOP) como estatisticamente superior ao tratamento medicamentoso, mas 3 estudos publicados em 2017 invertem essa visão.

Objetivo: Realizar revisão sistemática comparando o tratamento medicamentoso com o fechamento percutâneo de FOP na prevenção de acidente vascular cerebral criptogênico (AVC-c).

Métodos: Foram pesquisadas as bases de dados PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) e ClinicalTrials.gov por estudos clínicos randomizados que comparassem o tratamento medicamentoso (anticoagulantes e/ou antiplaquetários) com o fechamento percutâneo de FOP na prevenção secundária de AVC-c, e que tivessem resultados já divulgados até novembro de 2017, independentemente de idioma, idade dos pacientes ou tipo de dispositivo empregado no fechamento do FOP. As palavras-chave "patent foramen ovale", "closure" e "therapy" foram utilizadas. Os pacientes estudados deveriam obrigatoriamente ter diagnóstico de FOP (com ou sem aneurisma do septo atrial) e história de AVC-c. Considerou-se para análise a população intention-to-treat.

Resultados: Foram incluídos 5 estudos clínicos randomizados, envolvendo um total de 3440 participantes. Os três estudos recém-publicados (2017) - GoreREDUCE, CLOSE e RESPECT extended follow-up - favoreceram o fechamento percutâneo do FOP, mostrando resultados estatisticamente significativos. Apresentaram, respectivamente, follow-up de 3.2, 5.3 e 5.9 anos. Os outros dois estudos - CLOSURE I (2012) e PC trial (2013) - não favoreceram o fechamento do FOP, pois embora mostrassem tendência em favor do fechamento, os resultados não foram significativos. Apresentaram, respectivamente, follow-up de 2 e 4.1 anos. Quanto ao tipo de dispositivo, os estudos RESPECT e PC trial utilizaram o Amplatzer PFO occluder para fechamento. O estudo CLOSURE I utilizou o STARFlex, o GoreREDUCE utilizou Helex ou Cardioform, e o CLOSE utilizou 11 dispositivos diferentes. Tanto o tratamento medicamentoso quanto o fechamento percutâneo mostraram baixas taxas de complicações, mas o fechamento apresentou associação significativa com fibrilação atrial nos estudos CLOSURE I, GoreREDUCE e CLOSE. O RESPECT mostrou um leve, mas significativo, aumento na taxa de embolismo pulmonar nos participantes que fecharam o FOP.

Conclusão: Embora ainda não se compreenda totalmente a discrepância entre os estudos, muito se atribui aos critérios de inclusão adotados e ao tempo de seguimento. O AVC-c é multifatorial, e nem sempre sua causa é o FOP; desse modo, criou-se um índice que estratifica a probabilidade do AVC-c não ser relacionado ao FOP e notou-se a inclusão de vários pacientes dessa categoria no estudo CLOSURE I, o que comprometeria seus resultados. Outro critério de inclusão que influencia os resultados foi o requerimento de shunts interatriais grandes ou de aneurisma do septo atrial, como no estudo CLOSE, o que justificaria o fato de que ninguém no grupo do fechamento teve episódio de AVC após procedimento nesse trial. Conclui-se que a escolha de fechar o FOP deve contar com a avaliação conjunta de um cardiologista e um neurologista, selecionando os pacientes com maior probabilidade de terem o FOP como etiologia do AVC; dessa forma, acredita-se que o fechamento percutâneo seja uma opção segura e mais eficaz que o tratamento medicamentoso.

PO 21

Revascularização miocárdica cirúrgica pós-obstrução coronariana por fio-guia em angioplastia percutânea no tratamento do infarto agudo do miocárdio

Danilo Pereira da Costa, Ana Clara França de Souza, Fernando Roberto de Fazzio, João Lucas O´Connell, Paulo César Santos, Rodrigo Penha de Almeida

Introdução: Os fios-guias são essenciais para a realização de intervenções coronarianas percutâneas, porém uma complicação rara e grave é o aprisionamento e fratura do fio intracoronário. O gerenciamento desses casos é difícil, visto que pequenos fragmentos de liga metálica intravascular podem ser altamente trombogênicos, de forma que a intervenção imediata cirurgicamente pode ser necessária, caso a retirada percutânea não for bem sucedida ou de difícil realização.

Descrição do Caso: Paciente sexo masculino, 61 anos, tabagista há 45 anos (135 maços/ano), diabético tipo 2 e dislipidêmico, apresentou infarto agudo do miocárdio sem supra-ST com delta T de tratamento tardio, sendo submetido a cateterismo, onde se verificou artéria descendente anterior (ADA) com oclusão média/distal, com circulação colateral, com primeiro ramo marginal ocluído proximal e segundo ramo marginal de pequeno calibre com lesão de 70% em terço médio. À angioplastia da ADA, houve intercorrência de fratura de fio guia com projeção em artéria circunflexa (ACX) e aprisionamento do mesmo em ACX e ADA. Diante disso, houve tentativa frustada de retirá-lo em novo cateterismo, sendo programada, então, intervenção cirúrgica cardíaca em 7 dias com opção por antiagregação única com ácido acetilsalicílico e anticoagulação. Cinco dias depois, contudo, o paciente apresentou novo episódio de dor torácica típica, sendo então submetido a novo cateterismo, o qual demonstrou, além do fio embolizado para ADA e ACX, oclusão de ADA intra-stent e trombo em ACX em terço médio embora com fluxo distal TIMI 3, além da manutenção das lesões anteriores em ramos marginais. Admitido no nosso serviço para cirurgia, apresentava, à admissão, eletrocardiograma com BDASE com inversão de onda T em V2 a V4. Ecocardiograma com hipertrofia concêntrica leve de ventrículo esquerdo, déficit segmentar apical, sem comprometimento da fração de ejeção e disfunção diastólica grau 1. Durante a cirurgia, foi optado, devido possibilidade de lesão arterial, por não se retirar fio-guia, procedendo-se ao by-pass com a. mamária em ACX e v. safena em ADA sem intercorrências. Recebeu alta seis dias após abordagem cirúrgica, em bom estado, com tratamento otimizado para doença arterial coronariana.

Conclusão: A fratura de fio guia coronário e sua retenção na luz arterial ocorre em aproximadamente 0,1 - 0,2% das intervenções coronarianas percutâneas. Pode acontecer devido ao encarceramento ou a sobre-rotação da ponta distal do fio, levando a formação e embolização de trombos locais ou sistêmicos, além de perfuração miocárdica ou pericárdica e tamponamento, arritmias e migração do fio. Nessa situação, três opções terapêuticas são consideradas: recuperação percutânea, remoção cirúrgica ou manutenção do fragmento in-situ. Apesar de preferencialmente ser realizada a resolução via percutânea ser indicada a sua recuperação percutânea, a abordagem cirúrgica precoce se há falha nessa tentativa ou surgimento de isquemia miocárdica local, independente de instabilidade circulatória. No presente caso relatado, o aprisionamento e fratura de fio guia intracoronário e suas consequências implicaram na necessidade de abordagem cirúrgica de revascularização miocárdica, demonstrando a gravidade desse incidente, como uma complicação rara, porém grave e potencialmente fatal das intervenções coronarianas percutâneas.

PO 22

Correção de insuficiência aórtica grave como consequência de válvula aórtica quadricuspide

Pedro Verbicário dos Santos Leite, João Carlos Jazbik, Joaquim Henrique de Souza Aguiar Coutinho, Ana Carolina Veltri Pacheco, Gustavo Kikuta, Bernardo Ferreira Americano do Brasil

Introdução: A valva aórtica quadricuspede (VAQ) é uma malformação congênita muito rara com incidência entre 0,003% a 0,043%. Pode ser encontrada como uma anomalia isolada, podendo o paciente ser assintomático, mas, frequentemente está associada com insuficiência aórtica em 68% dos casos e geralmente é detectada em adultos. Defeitos cardíacos associados são raros e incluem defeitos no óstio coronariano e aneurisma de aorta ascendente. O tratamento cirúrgico está indicado em pacientes sintomáticos e é recomendado nos assintomáticos que apresentam disfunção de ventrículo esquerdo (FE<50%) que não apresentam descompensação cardíaca. A identificação deste diagnóstico e seu tratamento são importantes devido ao risco de insuficiência aórtica progressiva, risco de endocardite e pela possibilidade de origem anômala do óstio da coronária devido à presença do folheto acessório. Este trabalho tem como objetivo acrescentar mais um caso à literatura e mostrar seu tratamento cirúrgico para correção da insuficiência aórtica grave com aneurisma de aorta ascendente.

Descrição do Caso: Paciente masculino, 60 anos, previamente hipertenso, em uso de Sinvastatina e Anlodipino. O diagnóstico de VAQ realizado em 2017 quando deu entrada na Cardiologia após inicio de sintomas de dispneia a médios esforços. Realizado Ecocardiografia Transtorácica: insuficiência aórtica grave, com dilatação da raiz da aorta (4 cm) e da aorta ascendente (5,2 cm), Fração de ejeção de 49%, aumento de câmaras esquerdas, função de ventrículo esquerdo limítrofe e refluxo aórtico. Coronariografia sem lesões obstrutivas graves, com disfunção leve de VE. Exames laboratoriais dentro dos limites de normalidade. Eletrocardiograma com padrão sinusal e evidência de aumento de câmaras esquerdas. Raio X de tórax: Dilatação de Aorta ascendente. Paciente internado no setor de Cardiologia para compensação clínica e preparação para o procedimento. Realizada a esternotomia mediana, canulação para Circulação Extra Corpórea (CEC), identificação de válvula quadricuspede com fusão de folhetos coronárianos direito, troca valvar aórtica por válvula biológica e troca de aórta ascendente. A CEC teve duração de 125 minutos e o clampeamento de 100 minutos. Após saída de CEC, foi chocado 2 vezes pelo cirurgião por Fibrilação ventricular com retorno para ritmo Sinusal. No pós-operatório, o paciente foi extubado após 6 horas do fim do ate anestésico, drenagem de aproximadamente 550 ml em dreno de mediastino, evoluiu sem queixas álgicas e boa estabilidade hemodinâmica. Obteve alta hospitalar após 5 dias de pós operatório.

Conclusão: Com o presente relato, a intenção foi acrescentar mais um caso à literatura, reiterar a raridade dessa condição e mostrar a importância do seu diagnóstico e acompanhamento. Esta trabalho pretende mostrar a VAQ é muito bem diagnosticada pela ecocardiografia transesofágica e que os pacientes com essa patologia devem ser criteriosamente avaliados e regularmente acompanhados para que a indicação cirúrgica seja precisa e se traduza em um melhor tratamento, trazendo benefício ao paciente.

PO 23

Pseudoaneurisma subvalvar aórtico

Henrique Madureira da Rocha Coutinho, Gustavo Kikuta, Bernardo Ferreira Americano do Brasil, Pedro Verbicário dos Santos Leite, Zely Sant'Anna, João Carlos Jazbik

Introdução: Pseudoaneurismas do corpo fibroso do coração são uma condição clínica raríssima, habitualmente localizada entre as valvas aórtica e mitral e secundárias a trauma cirúrgico ou processo infeccioso local. O caso em questão demonstra um pseudoaneurisma de origem idiopática em um paciente idoso, condição essa pouco descrita na literatura mundial.

Descrição do Caso: Paciente A. Q., masculino, 61 anos, hígido e assintomático até agosto/2016, quando inciou em repouso quadro de dispneia, epigastralgia e astenia. Procurou alguns serviços de emergência e foi encaminhado ambulatorialmente à cardiologia em outubro/2016. Realizou então ecocardiograma transtorácico que evidenciou pseudoaneurisma subvalvar aórtico roto para o ventrículo esquerdo. Foi admitido no serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) em janeiro/2017 assintomático, sem história prévia de doenças infecciosas, trauma torácico, doenças cardíacas ou internações anteriores. Foi submetido a cineangiocoronariografia com aortografia que evidenciou artérias coronárias livres de lesões e fístula comunicando a aorta ao ventrículo esquerdo. Foi então submetido ao procedimento cirúrgico no dia 01/02/17 que consistiu em correção da comunicação Ao-VE com pontos apoiados e troca valvar aórtica por valva biológica n° 25. O paciente apresentou evolução pós-operatória satisfatória com alta hospitalar 5 dias após o procedimento. O ecocardiograma de controle relizado no 10°dia pós-operatório evidenciou resolução total do shunt Ao-VE e prótese aórtica normofuncionante com boa função ventricular.

Conclusão: Por se tratar de uma patologia extremamente rara, muitas vezes o pseudoaneurisma subvalvar não está entre as opções diagnósticas de um paciente com quadro clínico semelhante ao descrito acima, porém deve receber atenção especial pois se comporta como um quadro de insuficiência aórtica severo e normalmente encontra-se associado a uma condição primária (endocardite, trauma, complicação cirúrgica) que deve ser investigada.

PO 24

Panorama dos procedimentos de inserção de cardiodesfibrilador na região Centro-Oeste

Maria Isabel Magela Cangussu, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Ana Lúcia Azevedo de Barros Correia, Ana Luíza Brum Reis Soares, Leonardo Bosi Moreira, Dayane Keli da Silva Farias, Helen Lima Gomes, Tiago Carlos Sulzbach, Ana Eloísa Melo Novaes, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: O cardiodesfibrilador implantável (CDI) é um dispositivo usado na profilaxia primária e secundária de morte súbita cardíaca pela sua capacidade de interromper arritmias potencialmente fatais - taquicardia ventricular (TV) e fibrilação ventricular (FV). Estima-se que a morte súbita cardíaca seja responsável por cerca de 50% da mortalidade em pacientes com grave disfunção de ventrículo esquerdo, e cerca de 95% das mortes súbitas são arritmogênicas causadas por FV/TV. Diversos estudos demonstraram a eficácia do CDI visto que proporcionou redução expressiva da mortalidade em pacientes com cardiopatia estrutural e redução da fração de ejeção.

Objetivo: Determinar o panorama dos procedimentos de inserção de cardiodesfibrilador na região Centro-Oeste do Brasil.

Métodos: Estudo transversal descritivo sobre a realização de procedimentos de inserção de cardiodesfibriladores realizados na região Centro-Oeste no período de janeiro de 2008 a agosto de 2017. Como ferramenta de obtenção acerca dos dados foi utilizado o DATASUS.

Resultados: Foram realizados 1878 implantes de CDI na região centro-oeste, o que corresponde a 13,6% do total feito em todo o Brasil. Apenas em 2017 foram registradas 98 operações (5,21%). Houve um total de 15 óbitos, sem registros em 2017. A média

da permanência hospitalar sofreu variação conforme os anos. Em 2017, a média hospitalar é de 4,2 dias, isto é, uma média inferior desde o inicio da coleta dos dados (5 dias). Ainda entre o período de janeiro de 2008 e agosto de 2017, 645 procedimentos (34,3%) foram realizados para reposicionamento de eletrodos, troca de eletrodos ou troca de gerador do CDI. Os procedimentos de implante de CDI somaram R$ 4.588.734,70 de gastos, sendo R$ 4.498.843,69 o valor de serviços hospitalares e R$ 89.891,01 o valor de serviços profissionais. Em 2008, os custos hospitalares totais foram de R$ 2.763.590,50, pouco mais da metade dos gastos com esses procedimentos no ano de 2017. O valor médio gasto por paciente é de R$ 42.277,23 na região centro oeste, valor semelhante à média nacional de R$ 42.822,42. O procedimento mais realizado foi o implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso, o qual também foi o procedimento mais caro em relação aos custos totais. O levantamento ainda demonstrou que dos 14.237 atendimentos intra-hospitalares aprovados em todo o Brasil, o centro oeste foi responsável por 7,7%.

Conclusão: As despesas com este tipo de procedimento aumentaram pouco mais que 50% ao longo dos anos analisados, entretanto o tempo de permanência hospitalar e número de óbitos reduziram consideravelmente, esse último chegando a 0 em 2017. Assim, estudos como esses são importantes para traçar estratégias a fim de reduzir morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

PO 25

Acesso minimamente invasivo para atrioseptoplastia no IMIP: experiência inicial

João Paulo Segundo de Paiva Oliveira, Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diogo Luiz Magalhães Ferraz, Igor Tiago Correia Silva, Rodrigo Mezzarila Tchaick, Jeu Delmondes de Carvalho Junior, Felipe Ribeiro Walter, Stephanie Steremberg Pires D`Azevedo, Tais Lins Severo da Silva, Verônica Soares Monteiro, Cristiano Berardo Carneiro da Cunha

Introdução: Cirurgia cardíaca minimamente invasiva tem ganhado popularidade na última década. Este crescimento tem relação com o desejo de reduzir a morbimortalidade em cirurgias cardíacas que são realizadas tradicionalmente por esternotomia, levando ao retorno precoce ao trabalho, além de um melhor resultado cosmético.

Objetivo: Descrever a experiência inicial do IMIP, hospital filantrópico, 100% dedicado ao atendimento de pacientes do SUS e demonstrar a factibilidade deste tipo de procedimento no sistema público de saúde.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, dos pacientes submetidos à correção de comunicações interatriais por via cirúrgica minimamente invasiva videoassistida, por acesso periareolar ou minitoracotomia, no IMIP. Foram incluídos todos os pacientes operados desde o inicio do programa em julho de 2015 à Outubro de 2017. Através de resgate de prontuário, foram coletadas características epidemiológicas como idade, sexo, peso e IMC. Avaliação pré-operatória da função renal e fração de ejeção, além de comorbidades. Dados transoperatórios como tempo de CEC e anóxia, e necessidade de conversão. Além de dados de pós-operatórios como volume de sangramento, função renal, necessidade de reoperação, AVC, hemodiálise, PCR, tempo de ventilação mecânica, mortalidade e readmissão hospitalar em 30 dias.

Resultados: Foram realizadas no total 8 cirurgias. Destas, 75% (6) dos pacientes eram do sexo feminino, a idade média foi de 38 anos (24 a 48), a fração de ejeção média foi de 66% (60% a 74%), o IMC médio de 27,12 (19,61 à 34,23), nenhum dos pacientes eram hipertensos, diabéticos, DPOC ou tinham disfunção renal prévia. O tempo médio de CEC foi de 113min (70 à 140), anóxia 59min (40 à 80), ventilação mecânica 510min (120 à 1200). O volume médio de sangramento foi de 216ml (50 a 350). Não houve complicações no pós-operatório como AVC, disfunção renal, reoperação, infecções, arritmias ou readmissão na UTI. Dos pacientes da série, sete receberam alta para todas atividades domésticas e laborais 30 dias após a data da cirurgia. Houve apenas uma conversão, que se deu ao final de um dos procedimentos por sangramento na veia cava inferior cuja a correção foi possível apenas após esternotomia. Este paciente teve alta para atividades laborais 90 dias após a cirurgia.

Conclusão: A correção de CIA minimamente invasiva mostrou-se viável e factível no âmbito do SUS, com resultados comparáveis à abordagem tradicional disponível na literatura, em termos de morbimortalidade e com a vantagem de retorno precoce as atividades laborais em comparação ao afastamento necessário após a esternotomia clássica, que é de 90 dias. Portanto, a cirurgia videoassistida se mostra como uma boa opção de tratamento para essa patologia.

PO 26

O risco de cirurgia cardíaca reoperatória em doença valvular induzida por radiação

Patricia Fraga Paiva, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Karine Nascimento Chaves, Amanda Santos Rodrigues, Valéria Meneses Sousa, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Isabelle Oliveira Santos, Caroline Sbardelloto Cagliari, Pedro Gabriel Martins Rodrigues Laureano, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A terapia de radiação mediastinal induz alterações estruturais nos folhetos valvares através da retração da válvula, espessamento e calcificação, resultando na estenose que é mais frequente nas valvas aórtica, mitral e tricúspide, com a progressão para insuficiência cardíaca. Nestes casos, a cirurgia cardíaca relaciona-se a desfechos adversos pela maior dificuldade da técnica e comprometimento da cicatrização e calcificação, além de maior incidência de trombose perioperatória resultando em uma morbimortalidade mais elevada. As reoperações por sua vez, elevam ainda mais a morbidade e a mortalidade comparada aos casos primários.

Objetivo: Avaliar o risco de cirurgia cardíaca reoperatória em doença valvular decorrente de radioterapia, bem como a incidência de doenças das válvulas cardíacas induzidas por radiação, identificando fatores circunstanciais contribuintes.

Métodos: Revisão sistemática da literatura na base de dados PubMed e Scielo com os termos "mediastinal radiotherapy, radiation-induced valvular heart disease, reoperative valve surgery, valvular heart disease" utilizando o MESH para obter suas variações, no período de 2010 a 2017.

Resultados: A lesão cardíaca após a irradiação mediastinal inclui pericardite aguda, pericardite crônica com ou sem derrame, arterioesclerose acelerada da artérias coronárias, fibrose miocárdica, disfunção valvular e anormalidades de condução. Embora alguns autores discordem de que a irradiação no mediastino cause doença oclusiva das artérias coronárias, existem relatos de infarto agudo do miocárdio e morte súbita em pacientes muito jovens após o procedimento citado. A cirurgia valvar em pacientes com doença cardíaca valvular induzida por radiação é mal descrita de forma que estudos não encontraram diferenças na ausência de reoperação ou transplante, portanto, os benefícios do reparo da válvula por substituição são incertos neste grupo de pacientes. Por outro lado, as técnicas percutâneas oferecem uma estratégia alternativa para pacientes com alto risco de cirurgia cardíaca, incluindo aqueles com tórax "hostil" (fibrose mediastinal, deformidades da parede torácica) e aorta de porcelana. Estudos descrevem que pacientes com doença valvular cardíaca induzida por radiação apresentam alta taxa de sucesso (94%) sem mortalidade aos 6 meses pós-procedimento. É importante ressaltar que, o envolvimento do coração está relacionado à dosagem e quantidade da radioterapia, bem como o local e tamanho do tumor, principalmente quando no lado esquerdo do tórax. Sendo a estimativa da incidência global da doença cardíaca induzida por radiação entre 10% e 30% em 5 a 10 anos após o tratamento e com até 88% dos pacientes apresentando-se assintomáticos. Além disso, os eventos coronarianos estão aumentados em 7,4% dos pacientes submetidos à irradiação.

Conclusão: A realização de terapia com irradiação mediastinal oferece maior risco de cirurgia cardíaca reoperatória por doença valvular decorrente de radioterapia, tendo sido encontrado estimativa de incidência entre 10 e 30% em 5 a 10 anos após radiação. O envolvimento do coração está relacionado com a dosagem e frequência das seções de radioterapia e, nesses pacientes, os benefícios do reparo da válvula por substituição são ainda incertos e pouco descritos, porém, a técnica percutânea tem sido demonstrada como alternativa viável com alta taxa de sucesso.

PO 27

A substituição do hemiarco aórtico aumenta a morbimortalidade hospitalar na operação De Bentall?

José Teófilo Duarte Almeida Júnior, Marcus Vinícius Silva Ferreira, Gabriel Elias Salmen Raffoul, Matheus de Oliveira Andrade, André Lima Valente, Ana Raquel Nascimento Lawall, Ana Carolina Gonçalves Tubino, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik

Introdução: A abordagem operatória do arco aórtico requer estratégias de neuroproteção que aumentam a complexidade cirúrgica com possível impacto na morbimortalidade.

Objetivo: Avaliar o impacto da adição da troca do hemiarco aórtico em pacientes submetidos à operação De Bentall no que se refere à morbimortalidade hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo, obtido por meio de levantamento de dados em prontuário eletrônico, de pacientes submetidos à operação de Bentall de forma consecutiva entre janeiro de 2009 e fevereiro de 2016. Foram incluídos 98 pacientes divididos em dois grupos: Bentall (B) (64 pacientes) e Bentall + hemiarco (BHA) (34 pacientes). No grupo B foi utilizada CEC com hipotermia leve e no grupo BHA hipotermia moderada com perfusão cerebral anterógrada. Os grupos foram comparados quanto a variáveis demográficas, antropométricas, prevalência de comorbidades, diagnóstico pré-operatório, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), euroescore II, tempo de CEC e pinçamento, outras cirurgias associadas e morbimortalidade pós-operatória.

Resultados: Os grupos foram comparáveis quanto às variáveis pré e perioperatórias com exceção de maior prevalência de disfunção neurológica prévia (11,8% vs. 1,6%, P=0,048) e menor tempo de pinçamento aórtico (109,8 min vs. 123 min, P=0,034) no grupo BHA. Não houve diferença entre os grupos quanto à evolução pós-operatória no que se refere a tempo de internação em UTI, hospitalar, ventilação mecânica, reoperação por sangramento, déficits neurológicos focais e globais, insuficiência renal, baixo débito, infeção de ferida operatória e mortalidade hospitalar.

Conclusão: A associação da substituição do hemiarco à operação De Bentall não impacta negativamente na morbimortalidade operatória. Pacientes com indicação devem ser submetidos ao procedimento combinado evitando doença residual da aorta. Tais achados devem ser interpretados com cautela devido à casuística limitada e à natureza do estudo.

PO 28

Estratégias para canulação arterial e venosa em cirurgia cardíaca minimamente invasiva

Robinson Poffo, Paola Keese Montanhesi, Sérgio Augusto Fudaba Curcio, Alisson Parrilha Toschi, Renato Bastos Pope

Introdução: A perfusão retrógrada está associada a maior risco de acidente vascular cerebral e complicações decorrentes da canulação femoral arterial, como dissecção aórtica, isquemia distal do membro inferior, complicações de ferida operatória, fístula linfoide e infecção.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de complicações relacionadas às diferentes estratégias de perfusão em cirurgia cardíaca minimamente invasiva.

Métodos: O estudo prospectivo incluiu 89 pacientes consecutivos com patologias cardíacas adquiridas ou congênitas submetidos a cirurgia cardíaca minimamente invasiva com circulação extracorpórea de março de 2010 a março de 2017. Foi realizada a avaliação de anormalidades anatômicas ou patológicas do sistema vascular periférico em todos os pacientes. Um diâmetro luminal arterial de 5,0 mm ou menos, a presença de tortuosidade, calcificação extensiva ou sinais de dissecção em qualquer segmento do sistema aorto-íleo-femoral foram contraindicações absolutas à canulação periférica. O seguimento clínico foi realizado 30 dias após a alta hospitalar. As variáveis contínuas foram expressas como média, desvio padrão, mediana e variância e dados categóricos, como valores absolutos e porcentagem.

Resultados: Os pacientes foram submetidos a esternotomia parcial superior (30,3%), procedimentos vídeo-assistidos (22,5%) e cirurgia robótica (47,1%). Cinquenta e três pacientes (59,5%) eram do sexo masculino; a idade média foi de 52,9±18,9 anos; A superfície corporal média foi de 1,85±0,24 m2. Comorbidades mais frequentes foram hipertensão (43%), tabagismo (16%) e dislipidemia (11%). A canulação arterial femoral foi realizada em 76,4% dos pacientes e não houve complicações. A canulação venosa foi periférica em todos os casos. Houve uma conversão para esternotomia completa devido à perfuração do ventrículo direito durante a canulação venosa femoral, sem outras complicações. O tempo médio de circulação cardiopulmonar e o tempo médio de pinçamento aórtico foram, respectivamente, 180,02±59,19 e 128,91±48,59 minutos. A complicação pós-operatória mais comum foi arritmia (16%). Não foram observados acidentes vasculares cerebrais ou alterações de ferida operatória. A mediana de tempo de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) foi de 1 dia e permanência hospitalar total, 4 dias. A mortalidade em trinta dias foi de 1,12% (N=1). Os resultados a curto prazo foram satisfatórios em todos os 88 casos.

Conclusão: A canulação periférica se mostrou viável, segura e eficaz em pacientes selecionados, com baixo risco de complicações femorais e embolia cerebral e baixa morbimortalidade. A avaliação das anormalidades do sistema vascular periférico com angiotomografia é mandatória. Um acompanhamento mais longo e uma coorte maior podem corroborar com os resultados iniciais.

PO 29

Cirurgia cardíaca minimamente invasiva robô-assistida: a que passo estamos no Brasil?

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Maria Isabel Magela Cangussu, Maykon Wanderley Leite Alves da Silva, Lara Ferreira Ventura, Anna Karoline Vasques de Almeida, Ana Lúcia Azevedo de Barros Correia, José Emanuel Feio Farias Baena, Cecília Mirelle Almeida Honorato, Jailton Rocha Misael, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A cirurgia cardíaca minimamente invasiva robô-assistida, realidade nos Estados Unidos e Europa há mais de uma década, é caracterizada por incisões mínimas realizadas por braços robotizados com minúsculos instrumentos em sua extremidade. A menor agressão cirúrgica trazida por essa nova modalidade, o menor tempo de internação hospitalar e o retorno mais rápido do paciente às atividades profissionais e sociais tem a tornado uma aposta promissora no tratamento cirúrgico das cardiopatias.

Objetivo: Conhecer o panorama brasileiro acerca da cirurgia cardíaca minimamente invasiva robô-assistida e os centros médicos que estão na vanguarda desta modalidade, além das dificuldades para sua implementação e ampliação.

Métodos: Foi realizada revisão sistemática de literatura, com os descritores: "cirurgia cardíaca minimamente invasiva robô-assistida no Brasil" e "cirurgia robótica em cardiologia no Brasil" nas bases de dados PUBMED, SCIELO e MEDLINE.

Resultados: No Brasil, os avanços tecnológicos no campo da cirurgia cardiovascular que permitiram superar a utilização de instrumentais e técnicas operatórias convencionais foram marcados com a introdução do sistema robótico. Tal necessidade foi concretizada de forma pioneira na América Latina em março de 2010, no estado de São Paulo, com o sistema robótico Da Vinci. Na circunstância foi realizada correção de comunicação interatrial, trazendo à tona a captura tridimensional do campo cirúrgico, magnificado em até dez vezes, agregando assim mais precisão por meio de secção de menor quantidade de tecido. A partir da crescente utilização deste mecanismo operacional, vários pesquisadores brasileiros vêm demonstrando sua eficácia e segurança, comprovando a redução no tempo de internação e nos índices de complicações, o que permite uma melhor evolução do paciente. Atualmente, várias são as intervenções cardiovasculares cirúrgicas minimamente invasivas robô-assistida disponíveis no Brasil, a saber: plastia ou troca da valva mitral, aórtica e tricúspide, correção da comunicação interatrial, ressecção de tumores intracardíacos, correção cirúrgica da fibrilação atrial, pericardiectomia e revascularização do miocárdio totalmente endoscópica. Além disso, cada cirurgia, com seus determinados fins, associada a técnicas específicas, tornou alguns centros de saúde como referências nacionais. Apesar da tardia implantação, a cirurgia cardíaca robô-assistida está centrada na região sudeste devido aos elevados custos de aquisição e manutenção do aparato tecnológico.

Conclusão: Percebe-se o nítido benefício proporcionado pela robótica em diversos procedimentos da cirurgia cardíaca, sendo o Brasil pioneiro na América Latina. Isso se traduz em maiores alternativas ao paciente na resolução de patologias, apesar dos altos custos em manutenção e em aquisição por parte dos centros de saúde.

PO 30

Cardiopatia reumática crônica. Perfil epidemiológico e dados hospitalares de pacientes internados no Sistema Único de Saúde no ano de 2016

Rodolfo Gomes Dias, Thiago Faria Almeida, João Carlos Ferreira Leal

Introdução: A Cardiopatia Reumática Crônica (CRC) origina-se de um único e severo ou, mais comumente, de vários episódios de cardite/valvite originados pela Febre Reumática. Entre os pacientes com FR, cerca de 31% desenvolvem CRC dentro de 1 ano, e 65% dentro de 10 anos. A CRC é considerada um problema de saúde pública importante em países de média e baixa renda per capita e sabe-se que, globalmente, em torno de 33 milhões de pessoas possuem CRC, contribuindo com cerca de 275 mil mortes anualmente; e a prevalência obtida a partir de estudos realizados na população escolar em algumas capitais do Brasil estimaram uma prevalência em torno de 1-7 casos/mil habitantes, compatível com valores encontrados em países com padrão endêmico de CRC.

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico de pacientes internados devido à CRC, a mortalidade durante o período de internação e seus custos para a Sistema Único de Saúde no ano de 2016. No intuito de apresentar dados que possam ser utilizados para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos: É um estudo observacional do tipo agregado em que foram utilizados os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para análise epidemiológica. Analisaram-se o número e o valor total das internações, sexo, idade, mortalidade e óbito de pacientes internados devido à CRC no Brasil no ano de 2016. Os resultados foram organizados em planilha eletrônica e posteriormente empregadas estatísticas descritivas e qui-quadrado em variáveis qualitativas.

Resultados: No ano de 2016, foram internados 7782 por conta da CRC, sendo que deste total, 56,73% eram do sexo masculino e 43,27% do sexo feminino, com uma taxa de mortalidade (TM) de 4,7% para os homens, e 3,72% para as mulheres. Em relação às regiões geográficas Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, encontraram 405, 2137, 3188, 1142 e 910 internações, respectivamente. Analisando a relação entre o número de pacientes internados por CRC e a população regional estimada de 2016 pelo IBGE, obtiveram-se, de acordo com as regiões anteriores: 2,3; 3,7; 3,7; 3,9; e 5,8 internações por 100.000 habitantes; e Taxa de mortalidade de 8.64%, 6.69%, 8.47%, 8.84% e 10%, respectivamente. Obteve-se um montante de R$84.080.772,39 em relação ao valor de internações e procedimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes da CRC, com um valor médio de R$10.804,52 por internação.

Conclusão: A partir da análise dos dados deste estudo, evidenciou-se a há uma prevalência na TM a partir dos 50 anos de vide, que a população de maior vulnerabilidade, tanto para internação hospitalar quanto para mortalidade por CRC, pertence ao sexo masculino e à região do Centro-Oeste (P<0,05); necessitando portanto, de uma maior atenção por parte da saúde pública brasileira a essa região demográfica.

PO 31

Ruptura de pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo minutos após o diagnóstico feito pelo ecocardiograma transtorácico: imagens pré e pós-ruptura

Danilo Pereira da Costa, Eduardo C. S. Victor, Rodrigo Penha de Almeida, João Lucas O´Connell, Paulo César Santos

Introdução: A ruptura da parede livre do VE como consequência do infarto agudo do miocárdio (IAM) é causa de morte súbita, com poucas possibilidades de sobrevivência. Ocasionalmente, a presença de aderências do pericárdio podem conter a rotura cardíaca, levando à formação de um pseudo-aneurisma (falso-aneurisma). A ocorrência de pseudo-aneurismas é rara. Quando presentes, afetam mais comumente a parede inferior. Diferentemente dos aneurismas verdadeiros, os falsos aneurismas possuem tendência elevada para rotura, devendo ser operados logo após o seu diagnóstico. A suspeita clinica necessita confirmação por métodos de imagem.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, de 65 anos, que apresentou quadro de Infarto Agudo do Miocárdio de parede ínfero-lateral, não trombolisado, tendo evoluído Killip I. Feito cineangiocoronariografia 5 dias após o evento inicial: presença de padrão obstrutivo triarterial com estenoses importantes e proximais em artéria descendente anterior e circunflexa e oclusão total da coronária direita. A ventriculografia evidenciou grande extensão de área acinética em parede inferior e imagem sugestiva de "aneurisma" de parede inferior. Foi optado por alta hospitalar e realização de cirurgia de revascularização do miocárdio e possível aneurismectomia de VE ambulatorial. Paciente realizou ecocardiograma transtorácico ambulatorial que identificou a presença de pseudo-aneurisma de parede inferior de VE. Foi orientado a procurar hospital para internação imediata e programação de abordagem cirúrgica precoce. Entretanto, ao sair da sala de ecocardiografia, paciente apresentou quadro de morte súbita, não revertida após inúmeras manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Durante as manobras contínuas de RCP, foi feito novo ecocardiograma que confirmou imagem sugestiva de derrame pericárdico importante com tamponamento cardíaco. Não houve recuperação do ritmo cardíaco mesmo após a realização da punção de Marfan.

Conclusão: O pseudo-aneurisma pós-IAM é formado por uma dissecção da parede ventricular causada por um hematoma na região de infarto transmural, ocorrendo o rompimento para o pericárdio que é contida por aderências do pericárdio. Entretanto, com a continuidade entre o hematoma e a cavidade ventricular, a alta pressão determina sua a expansão com formação do pseudo-aneurisma. A parede do falso aneurisma é frágil pois é formada apenas por camadas de tecido fibroso colágeno do pericárdio, associados ou não a trombos, não existindo células miocárdicas. A operação para correção desta lesão seja indicada logo após o diagnóstico confirmado. A ventriculografia pode sugerir o diagnóstico. Entretanto, em alguns casos, isto não acontece. O ecodopplercardiograma é um excelente método diagnóstico, com boa sensibilidade, especificidade e baixo custo. Sugere-se a realização do ecocardiograma trans-torácico pré-alta hospitalar, especialmente, em casos que evoluem com disfunção ventricular ou suspeita de outras complicações.

PO 32

Técnica operatória original para evitar a lesão cardíaca induzida pelo dreno mediastinal durante a mobilização precoce após cirurgia cardíaca

Walter José Gomes, Isadora S. Rocco, Isis Begot, Marcela Viceconte, Nelson Hossne Jr, Alexandre R. Carvalho, Eduardo G. Chamlian, Rita Simone L Moreira, Fabiano A. Pereira, Solange Guizilini

Introdução: A colocação de dreno mediastinal é um procedimento de rotina após cirurgia cardíaca. Embora raramente reportadas, complicações catastróficas relacionadas ao dreno mediastinal podem ocorrer, como: perfuração de câmaras cardíacas, lesões de grandes vasos e de enxertos aortocoronários. Recentemente, atenção renovada a esta questão foi desencadeada devido à importância da mobilização precoce do paciente nos primeiros dias de pós-operatório (PO), ainda com a presença do dreno mediastinal.

Objetivo: Relatar o desenvolvimento de técnica operatória original ("The Safe Stich") envolvendo o posicionamento e isolamento do dreno mediastinal para evitar lesão cardíaca durante a mobilização precoce no PO.

Métodos: As cirurgias cardíacas foram conduzidas de maneira usual. O pericárdio foi aberto usando incisão T reversa, paralela ao diafragma. No final da cirurgia, o dreno mediastinal foi inserido por incisão na área subxifóide. O ponto pericárdico foi utilizado para encapsular o dreno e isolá-lo das câmaras cardíacas e dos enxertos aortocoronários. Esta técnica foi praticada como rotina em 110 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Todos os pacientes foram submetidos a um protocolo de reabilitação cardiovascular baseado em exercícios de forma precoce iniciado no primeiro dia de PO.

Resultados: Não foram observados aumento de ocorrência de arritmias durante ou após cada fase da mobilização. Não houve complicação de revisão por sangramento induzido por dreno, presença de pneumotórax ou deslocamento do dreno mediastinal.

Conclusão: A técnica original do ponto pericárdico ("The Safe Stich") possibilitou a mobilização precoce com segurança a partir do primeiro dia de pós-operatório, sem a ocorrência de evento adverso relacionado ao dreno mediastinal.

PO 33

Clipamento mitral transapical: estudo experimental em coração suíno *ex-vivo*

Luiz Fernando Kubrusly, Gabriel Antonio Coltro, Gabriel Abrahão Stoliar, Andressa de Souza Bertoldi, Larissa Maria Vosgerau, Fernando Bermudez Kubrusly, James N. B. M. de Andrade, Camila A. M. Marques

Introdução: **A insuficiência mitral é uma doença de alta prevalência no mundo e possui uma elevada taxa de morbimortalidade** quando não tratada. As principais abordagens no tratamento da insuficiência mitral atualmente são a cirurgia invasiva, com a realização da técnica de Alfieri e o tratamento percutâneo, através do implante do Mitraclip com acesso atrial direito e esquerdo via transeptal, ambas buscam criar dois orifícios na válvula mitral, mantendo-a competente.

Objetivo: Desenvolvimento experimental de um novo acesso, transapical, para a clipagem da válvula mitral, objetivando a maior facilidade técnica.

Métodos: Para a realização do estudo, foram utilizados 5 corações retirados de suínos da raça Landrace, com peso médio de 50 quilogramas. Realizou-se incisão no ápice cardíaco, com posterior passagem de um introdutor (dreno torácico 26) seguida da passagem do clipador com o clipe (ambos Hem-o-lok, Endo5®). Após visualização dos bordos da válvula mitral o clipe, que apresenta 2 estágios, era parcialmente fechado e depois de confirmada a posição, fechado definitivamente e seguida a retirada do clipador e introdutor via apse. Foram realizadas imagens para documentar todo o processo e futuro estudo.

Resultados: Através da análise dos cortes realizados, bem como dos testes funcionais com soro fisiológico, foi possível constatar a aplicabilidade da técnica através do uso do introdutor e clipador segundo a anatomia do suíno. O instrumental utilizado conseguiu manter unidas, as duas cúspides valvares além de ter dimensões adequadas à anatomia do suíno.

Conclusão: A nova técnica mostrou-se anatomicamente viável, semelhante às técnicas já utilizadas quanto ao método de correção e promissora quanto a expectativa de uma metodologia mais simplificada. Segue-se a este estudo um novo estudo in vivo com a avaliação anatômica e funcional do coração após a fixação do clipe.

PO 34

Adenocarcinoma gástrico metastático em átrio direito: relato de caso

Jocerlano Santos de Sousa, Sebastião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Flávio Duarte Camurça, Anderson Dantas Martins

Introdução: Câncer gástrico é uma das neoplasias mais comuns e apresenta alta mortalidade, ocupando o segundo lugar em número de óbitos no mundo (11,34%) e também no Brasil (9,39%), dentre todos os cânceres. O adenocarcinoma ocorre em 95% dos casos, e este apresenta frequentemente disseminação por extensão direta para órgãos vizinhos, ao passo que mestástases para sitios distantes são mais raras. Metástases para o coração são clinicamente silenciosas em mais de 90% dos casos. Em relatos de casos, o átrio direito é a cavidade mais comumente acometida. A incidência é extremamente variável, de 2,3 a 18,3%, sendo os mais frequentes os melanomas e tumores do mediastino, mas metástase cardíaca do trato gastrointestinal é extremamente rara.

Descrição do Caso: Apresentamos um caso de um homem, 58 anos, em pós-operatório tardio de esofagectomia por tumor de fundo gástrico. Deu entrada no hospital com queixa de dispneia importante e edema de membros superiores e face. Foi investigado com tomografia de tórax evidenciando massa intracardíaca acometendo toda a cavidade atrial direita e extensão para veias cavas superior e inferior. Feita hipótese diagnóstica de trombo paraneoplásico ou tumor cardíaco. Indicada cirurgia para remoção de massa com tática cirúrgica para circulação extracorpórea por veia jugular interna direita, veia femoral direita e aorta ascendente. Como achado intraoperatório, evidenciou-se massa endurecida em todo o átrio direito, sem plano de resseção. Realizada coleta de material e enviado para estudo anatomopatológico. O estudo indicou adenocarcinoma gástrico. O paciente teve alta da UTI no segundo dia pós-operatório, sendo encaminhado para a oncologia para seguimento clínico.

Conclusão: Metástases cardíacas têm sido encontradas em diversas estruturas, sendo raro o acometimento por tumor proveniente do trato gastrointestinal. Nosso caso indica que o seguimento pós-operatório de pacientes tratados para alguns tipos de tumores, deve incluir estudo do coração e grandes vasos para uma possível abordagem em fases iniciais.

PO 35

Janela pleuro-pericárdica por videotoracoscopia

Henrique Madureira da Rocha Coutinho, Gustavo Kikuta, Bernardo Ferreira Americano do Brasil, Pedro Verbicário dos Santos Leite, Ana Carolina Veltri Pacheco, João Carlos Jazbik, Joaquim Henrique de Souza Aguiar Coutinho

Introdução: Desde o ano de 1801, quando foi pela primeira vez descrita a abordagem cirúrgica do derrame pericárdico vem sendo realizada rotineiramente em todo o mundo, sendo indicado em pacientes com derrames recorrentes neoplásicos, de doenças crônicas ou sem diagnóstico. Tradicionalmente por toracotomia esquerda ou mediana subxifóide. Com o acesso a videocirurgia este procedimento passou a ser realizado de maneira menos invasiva, sendo hoje a toracoscopia técnica padrão-ouro.

Objetivo: O objetivo dessa série de casos é demonstrar a factibilidade da técnica videotoracoscópica e sua superioridade à toracotomia convencional.

Métodos: Foram estudados retrospectivamente cinco pacientes submetidos a essa técnica entre junho de 2016 e setembro de 2017. Todos concordaram em ser submetidos ao procedimento em questão. Foram realizados exames pré-operatórios de rotina e decidida indicação cirúrgica por comissão multidisciplinar. Os 5 indivíduos apresentavam-se sintomáticos. A idade dos pacientes variou de 27 a 42 anos, sendo 3 do sexo masculino e dois feminino. Um paciente já apresentava diagnóstico prévio (neoplasia hematológica), outros três obtiveram diagnóstico com a biópsia pericárdica (dois de tuberculose e um de Doença de Behçet) e um paciente apresentou resultado inflamatório inespecífico. A técnica cirúrgica consiste em intubação com tubo traqueal duplo lúmen para seletivação pulmonar, posicionamento do paciente em decúbito lateral direito, incisões em 3°espaço intercostal esquerdo (EICE) na linha axilar anterior, 6° EICE na linha hemiclavicular e 7°EICE na linha axilar média, com introdução de trocáteres de 5,5 e 10mm, respectivamente para colocação de pinças de trabalho de 5mm e ótica 30° de 10mm. Visualiza-se de maneira ampla toda hemicavidade torácica, com detalhamento de espaço pleural e pulmão e toda a porção ântero-lateral do pericárdio parietal. Realiza-se incisão anterior ao nervo frênico (que deve ser sempre visualizado) com excisão de fragmento pericárdico de ± 4cm de diâmetro. Coloca-se dreno pleural que é retirado assim que o paciente obtiver drenagem inferior a 200ml em 24h. Todos os pacientes foram acompanhados concomitantemente no ambulatório cirúrgico no período pós-operatório.

Resultados: Todos os pacientes foram extubados ainda no centro cirúrgico. Não observamos nenhuma complicação intraoperatória e o tempo médio do procedimento foi de 60 min. Os cinco pacientes foram encaminhados à unidade de cuidados intensivos, onde permaneceram até retirada do dreno torácico, que se deu em média em 48h.

Conclusão: Apesar de ainda ser realizada pela técnica convencional na maior parte dos serviços, a janela pleuro-pericárdica realizada por técnica videotoracoscópica apresenta menor dor no período pós-operatório, permite a realização de uma fenestra mais ampla no pericárdio com escolha da melhor área a ser excisada, melhor inventário da cavidade pleural e do saco pericárdico. Mostra-se um procedimento seguro, factível com rápida curva de aprendizado e superior à toracotomia convencional com boa aceitação dos pacientes, sendo hoje este procedimento o padrão-ouro na abordagem do pericárdio.

PO 36

Padrão das alterações hematológicas, inflamatórias e metabólicas em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC e a associação destas com o óbito: estudo prospectivo

Larissa Martins Silva, Sérgio Caporali de Oliveira, Eduardo Augusto Victor Rocha, Paula Maria Carvalho do Lago, Nívea Mangabeira de Oliveira, Joseph Fabiano Guimarães Santos

Introdução: O trauma cirúrgico associado à circulação extracorpórea (CEC) leva a uma resposta inflamatória intensa, com alterações imunológicas, hematológicas e metabólicas, algumas já descritas como associadas ao óbito.

Objetivo: Avaliar o padrão de resposta inflamatória, hematológica e metabólica de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC, e a associação destas com o óbito, em um hospital conveniado ao SUS.

Métodos: Estudo prospectivo observacional, de março/2015 à abril/2017. Foram incluídos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC, admitidos na unidade de cuidados cardiovasculares (UTI-CV). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética. Coletaram-se dados clínicos, laboratoriais e de imagens no pós-operatório imediato até a alta/óbito hospitalar. O desfecho principal foi o óbito hospitalar. Fez-se análise univariada (P<0,10), seguida de análise multivariada (regressão COX), diferenças com P<0,05 foram consideradas significativas.

Resultados: Foram incluídos 299 pacientes, com idade mediana de 61 anos. As principais comorbidades: hipertensão arterial, doença coronária e diabetes. A taxa de mortalidade foi de 17,4%, e se associou, à admissão, ao lactato ≥ 5,0, hemoglobina < 9,0, linfócitos ≥ 1800, bicarbonato ≤ 17, e RNI ≥ 1,7, mas não se associou às melhoras destes parâmetros no pós-operatório.

Conclusão: Houve elevação significativa de linfócitos, lactato, e RNI, com queda significativa da hemoglobina e bicarbonato, que foram significativamente mais intensas nos falecidos, e se associaram independentemente ao óbito. Nem o clareamento do lactato nem a melhora dos parâmetros inflamatórios e hematológicos se associaram à melhora de prognóstico.

PO 37

Estudo de pré-validação da versão brasileira do "Disruptions in Surgery Index (DISI)" como ferramenta de segurança em cirurgia cardiotorácica

Vinicius José da Silva Nina, Fábio Biscegli Jatene, Nick Sevdalis, Omar Asdrúbal Vilca Mejia, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Rosângela Monteiro, Luiz Fernando Caneo, Paula Gobi Scudeller, Augusto Dimitry Gonçalves Mendes, Vinícius Giuliano Gonçalves Mendes

Introdução: Os escores de estratificação de risco operatório mais utilizados na prática clínica não incluem fatores externos e não técnicos como preditores de morbidade e mortalidade.

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo traduzir e adaptar tranculturalmente para versão brasileira o questionário DiSI (Disruptions in Surgery Index), o qual foi desenvolvido para capturar a autopercepção de cada membro da equipe cirúrgica em relação às perturbações que contribuem para o erro e obstrução do fluxo seguro da cirurgia.

Métodos: Adotou-se abordagem universalista para avaliar a equivalência conceitual, de itens e semântica, a qual incluiu os seguintes estágios: (1) tradução do questionário para o Português; (2) retrotradução para o Inglês; (3) painel de especialistas para

elaboração da versão preliminar; e (4) Pré-teste para avaliação da compreensão verbal pela população-alvo constituída por 43 profissionais que atuam em cirurgia cardiotorácica.

Resultados: O questionário foi traduzido para o Português e sua versão final com 29 itens obteve aprovação 89,6% do painel de especialistas. A população-alvo avaliou todos os itens como de fácil compreensão. A clareza e compreensão verbal global média observada no pré-teste foi de 4,48(± 0,16) cujo valor máximo é 5 pela escala psicométrica de Likert.

Conclusão: Portanto, com base na metodologia utilizada, na análise dos experts e nos resultados do pré-teste; conclui-se que foram cumpridas satisfatoriamente, neste estudo, as etapas essenciais da tradução e adaptação transcultural do DiSi para a língua portuguesa.

PO 38

Estudo comparativo entre a cirurgia minimamente invasiva e convencional da valva mitral. Experiência de um centro brasileiro

Carlos Manuel Almeida Brandão, Elinthon Tavares Veronese, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Márcio Silva Miguel Lima, Filomena Regina Gallas, Ludhmila Abraão Hajjar, Flávio Tarasoutchi, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: A cirurgia valvar minimamente invasiva provou ser uma alternativa segura à cirurgia convencional, com relação à mortalidade e complicações pós- operatórias. Estudos recentes da literatura tem demonstrado menor incidência de dor no pós-operatório, menor tempo de internação hospitalar, menor utilização de hemoderivados, recuperação funcional mais rápida e benefícios estéticos.

Objetivo: Avaliar o resultado da cirurgia minimamente invasiva comparando- o com o da cirurgia convencional em pacientes com baixo risco cirúrgico submetidos à cirurgia da valva mitral.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de 67 pacientes com baixo risco cirúrgico (EuroSCORE II< 3) referidos para o tratamento cirúrgico minimamente invasivo da valva mitral no Instituto do Coração do HCFMUSP no período compreendido entre julho de 2014 e julho de 2017. A idade variou entre 22 e 69 anos, com média de 41,4 ± 10,6 anos. O Euroscore II médio foi de 0,87%. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe cirúrgica, com técnica padronizada. Os critérios de inclusão foram: valvopatia mitral isolada, fração de ejeção do ventrículo esquerdo normal, ausência de hipertensão pulmonar. Os critérios de exclusão foram: reoperações, doença vascular periférica, insuficiência mitral isquêmica, anel mitral calcificado, aorta calcificada, obesidade, deformidade do esterno. Nos pacientes submetidos ao acesso minimamente invasivo, composto por 40 pacientes (GRUPO MINI), foi realizada minitoracotomia lateral direita de 6 centímetros no 4º espaço intercostal, vídeo- assistida, com canulação via fêmoro-femoral direita. No pacientes submetidos à cirurgia convencional, composto por 27 pacientes (GRUPO CONTROLE), foi realizada a esternotomia mediana, com canulação central. Os 2 grupos foram comparados quanto a mortalidade hospitalar, tempos de circulação extracorpórea (CEC) e de pinçamento aórtico, uso de hemoderivados e incidência de complicações: infecção de ferida operatória, mediastinite, complicações arteriais, fibrilação atrial, insuficiência renal, reoperação por sangramento. Para a análise estatística, utilizamos o teste t ou o teste de Fischer, com nível de significância de 5%.

Resultados: Não houve mortalidade no GRUPO MINI. A mortalidade no GRUPO CONTROLE foi de 1 (3,7%) paciente (P=0,03%). O tempo médio de CEC foi de 105,8±28,3 minutos para o GRUPO MINI e de 72,2±22,6 minutos para o GRUPO CONTROLE (P=0,09); o tempo de pinçamento aórtico médio foi de 70,5±25,9 minutos para o GRUPO MINI e de 52,7±13,6 minutos para o GRUPO CONTROLE (P=0,12). Houve diferença estatisticamente significativa favorável ao GRUPO MINI com menores taxas de uso de hemoderivados (P=0,05), reoperação por sangramento (0,03) e infecção da ferida operatória (0,04). No entanto, houve mais complicações arteriais no GRUPO MINI (P=0,04). Não houve diferença estatisticamente significativa com relação às demais complicações.

Conclusão: A cirurgia minimamente invasiva da valva mitral demonstrou ser um procedimento seguro, apresentando menores taxas de mortalidade e de complicações tais como o uso de hemoderivados, reoperação por sangramento e infecção da ferida operatória em pacientes com baixo risco cirúrgico.

PO 39

Caso grave de dissecção de aorta em gestante: relato de caso

Bianca Gomes Pereira, Lidiane Marques Correia, Silvana de Oliveira Castro, Núbia Andrade Silva, Carine Colpo Paes, Brenda Barzotto Arnold

Introdução: A dissecção aórtica do tipo A aguda apresenta alta mortalidade, aproximadamente 80% após as duas primeiras semanas - logo, tornando-se a principal causa de morte relacionada às patologias aórticas. Em gestantes, trata-se de uma emergência incomum, apenas 0,1% dos casos de dissecção aórtica, apesar de representarem um importante grupo de risco, pois estão em um momento fisiológico que aumenta por até 23 vezes o risco de dissecção. Nesses casos, pode ser potencialmente fatal tanto para o feto quanto para a mãe e, devido ao pico de estresse hemodinâmico, é mais comum ocorrer no terceiro trimestre de gestação.

Descrição do Caso: Paciente de 29 anos, comerciante, 36ª semana da segunda gestação, procurou atendimento médico apresentando dispneia intensa aos mínimos esforços há quatro meses, associada a dor no hemitórax esquerdo de média intensidade e rebaixamento do nível de consciência, ao exame físico pressão arterial aferida de 140/40 mmHg. Após avaliação da cardiologia clínica, verificou-se ausculta de estertores pulmonares em base direita e sopro sistodiastólico em foco aórtico, apresentando ritmo sinusal ao eletrocardiograma. Negou hipertensão, diabetes, tabagismo ou etilismo. Realizou-se ecocardiograma que apresentou dilatação e disfunção moderada do ventrículo esquerdo, aneurisma da aorta ascendente com flap intimal e insuficiência aórtica severa caracterizando dissecção tipo A de De Bakey; a tomografia computadorizada de tórax constatou dissecção difusa da aorta ascendente com origem no seio de valsava até do tronco celíaco (tipo A de Stanford), associado a cardiomegalia com dilatação do ventrículo esquerdo. Paciente foi encaminhada de urgência para o setor obstétrico para interrupção gestacional por parto cesariano, nascendo um bebê prematuro do sexo masculino, saudável, sem intercorrências. Após o parto, paciente foi admitida em Unidade de Terapia Intensiva aguardando à cirurgia cardiovascular. Após período do puerpério (30 dias), foi realizada cirurgia de reconstrução da raiz aórtica com tubo valvado mecânico (Cirurgia de Bentall e De Bono), que ocorreu com sucesso.

C**onclusão:** Durante a gravidez, a dissecção aórtica pode estar associada ao aumento do débito cardíaco e alterações hormonais que causam o enfraquecimento da parede aórtica em conjunto com a hipertensão específica da gravidez verificada no histórico de complicações cardiovasculares em mulheres propensas. Neste caso, não há histórico hipertensivo precedente aos sintomas ou outra alteração significativa, tal como a glicemia ou placas de ateroma. Assim, o diagnóstico diferencial é importante, devendo ser cogitados, por exemplo, pneumotórax, embolia amniótica, descolamento prematuro da placenta e a ruptura uterina como motivações importantes para a dor torácica no decorrer da gravidez que, apesar de não ter sido a queixa principal nesse caso, esteve presente. Todavia, considerando esta paciente jovem, de biotipo longilíneo, com miopia e um histórico relatado de fragilidade articular com diversos episódios de comprometimento dos ligamentos do joelho e tórax escoliótico, levantou-se a hipótese de este ser um caso relacionado a Síndrome de Marfan. Isso seria plausível uma vez que tal síndrome resulta na mutação no gene da fibrilina-1, importante nas artérias elásticas, resultando em até 80% de chances de desenvolver problemas cardiovasculares, especialmente a dissecção de aorta. Maiores investigações genéticas seriam necessárias para a confirmação da suspeita.

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO II

13h30/18h30 (PO 40 ao PO 78)

PO 40

Intercorrências em pacientes submetidos a dupla troca valvar mitro-aórtica em hospital de referência de Maceió- AL em 2015 e 2016

Antônio Alves da Anunciação Neto, Pedro Livino de Alencar, Gerogianna Silva Wanderley, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Barbara Carolina Almeida, Elâyne Magalhães Mendes, Kamilla Peixoto Bandeira, Shayane de Souza Silva, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, Diego Pereira Gregório de Andrade, João Marques de Oliveira Júnior, Francisco Siosney Almeida Pinto

Introdução: As valvas aórtica e mitral são as que apresentam com maior frequência doença valvar; sendo a febre reumática, no Brasil, a sua principal etiologia, correspondendo a cerca de 70% dos casos, inclusive para a doença multivalvar, a qual quase sempre necessita de intervenção cirúrgica. Tendo em vista o caráter cirúrgico no tratamento dessa condição, é necessário que os centros de referência em cirurgia cardiovascular tenham o conhecimento das intercorrências que podem ocorrer durante o intra e pós-operatório imediato dos procedimentos, bem como associar o EuroSCORE dos pacientes com as possíveis complicações.

Objetivo: Associar a ocorrência de complicações no intra-operatório e pós-operatório imediato de dupla troca valvar aos preditores de morbimortalidade.

Métodos: Estudo analítico-descritivo, observacional, do tipo corte transversal, feito através da análise de prontuários, obtidos da base de dados do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió (Alagoas, Brasil), de pacientes que foram submetidos à cirurgia de dupla troca mitro-aórtica no período entre 2015 e 2016, cujos fatores de risco foram analisados com auxílio do EuroSCORE.

Resultados: Um total de 45 pacientes foram submetidos à dupla troca valvar mitro-aórtica no período analisado; dentre eles, de sete não se obtiveram informações do procedimento. O prontuário dos 38 pacientes, dessa forma, revelou que pouco mais da metade eram mulheres (52,6%); dois deles foram a óbito, o que corresponde a 5.2%, valor enquadrado no intervalo 5- 20% que a literatura relata a respeito da mortalidade hospitalar em cirurgias de dupla troca. Ademais, 31% não apresentaram complicações no centro cirúrgico e no pós-operatório imediato. As principais intercorrências no centro cirúrgico, em valor bruto, foram: CEC prolongada (6); reposição de plasma (6) e de hemácias (3); bloqueio atrioventricular (BAVT) (2), fibrilação ventricular (FV) (2) e hipotensão (2). Enquanto as principais complicações no pós-operatório imediato foram: IOT prolongada (8); sangramento (7); reposição de hemácias (6); VMI prolongada (6); oligúria (4); reposição de plasma (4); agitação psicomotora (3); plaquetopenia (3); hemoglobinúria (3); hipotensão (3); ritmo juncional (3); crises convulsivas (2); hemiplegia (2); BAVT (2). A análise realizada com o EuroSCORE dos pacientes que não apresentaram nenhuma intercorrência apresentou um valor médio de 4.61, que se enquadra no risco médio. Já aquele obtido dos pacientes com até 3 complicações foi de 6.54 e naqueles com 3 ou mais complicações, 7.33, considerados valores de alto risco.

Conclusão: Atentar para as variáveis preditoras de morbimortalidade possibilita o aperfeiçoamento da qualidade assistencial, a fim de diminuir o impacto das mesmas e consequentemente melhorar os índices de sobrevivência no intra e pós-operatório imediato. Para isso, é necessário haver o conhecimento de todas as variáveis e ferramentas possíveis para a melhora da abordagem a pacientes submetidos a dupla troca valvar mitro-aórtica. O EuroSCORE demonstrou ser uma ótima ferramenta preditiva não só para o cálculo de risco de morte operatório, como também um ótimo preditivo para morbidades no pós-operatório imediato, levando em consideração que quanto mais alto o EuroSCORE do paciente, maiores chances do aparecimento de complicações.

PO 41

Protocolo clínico para suspeita de corpo estranho (CE) intracavitário pós-toracorrafia

Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho, Pedro Henrique Tôrres Félix, Iago Moura Aguiar, Cicero Felipe Paes de Araújo Costa, Igor Leão Gomes Leahy, Wilson Spinillo Rodrigues dos Santos, Antonio de Biase Cabral Wyszomirski, Mariana dos Anjos Tenório, Henrique Cézar Tenório Alves da Silva, Wilson Dantas Nazário Junior, João Marques de Oliveira Júnior, Diego Pereira Gregório de Andrade

Introdução: A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 254 milhões de cirurgias são realizadas por ano. Este número gera um dado importante: sete milhões de pessoas apresentam alguma complicação pós-cirúrgica e um milhão morre durante ou após a cirurgia. Presume-se que quase metade dessas complicações e mortes é evitável se medidas de segurança fossem seguidas. Diante disso, a descrição de corpos estranhos intracavitários após procedimento cirúrgico é escassa na literatura médica. Sua subnotificação correlaciona-se a natureza deste evento, pois sua observação está associada a inúmeras complicações.

Objetivo: Este trabalho visa propor protocolo clínico para suspeita de corpo estranho (CE) intracavitário pós-toracorrafia.

Métodos: Considerando que a contagem de compressas e o controle do material solicitado não são infalíveis, o estudo foi elaborado a partir da experiência em campo cirúrgico e revisão de literatura sobre cirurgia cardíaca segura e complicações no pós-operatório.

Resultados: Uma vez sendo suspeitado CE retido na cavidade torácica após toracorrafia, deve-se verificar fomites e mesa de instrumento, em seguida campos operatórios, chão e capotes. Se não for encontrado, o CE é dividido em dois grupos: radiopaco e radiotransparente. Se o CE for radiopaco, o paciente deve ser submetido a radiografia ainda na sala de operação com consequente visualização e resgate do CE. Se o CE não for radiopaco, realiza-se o acompanhamento intensivo do funcionamento do aparelho,

sistema e órgãos. Então, analisa-se sinais de presença na circulação (cianose, ausência de pulso, acidente vascular encefálico), que deve ser seguido por angiografia e cardiografia, por fim acompanha-se os sinais indiretos de tromboembolismo e avalia-se a retirada do CE. Caso o CE esteja presente em outros órgãos ou tecidos, avalia-se a função, além do acompanhamento e realização de tomografia computadorizada e/ou outros métodos radiológicos e/ou endoscópicos e avalia-se a retirada.

Conclusão: Em média, a cada 1500 operações intracavitárias ocorre um caso, ou seja, incidência de 0,15% a 0,2%. Esta eventualidade gera enorme preocupação para equipe cirúrgica, paciente e familiares, enquanto durar a suspeição desta adversidade. Assim, o protocolo visa combater morbimortalidade no pós-operatório de cirurgias cardíacas e estimular a prática da cirurgia segura.

PO 42

Disfunção primária de enxerto moderada e grave em receptores adultos de coração: Experiência do Instituto do Coração de São Paulo - Brasil

Samuel Padovani Steffen, Fábio Antônio Gaiotto, Domingos Dias Lourenço Filho, Ronaldo Honorato Barros Santos, Pablo Mondim Py, Fabiana Marcondes Braga, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Roberto Kalil Filho, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: Disfunção Primária de Enxerto (DPE) é a principal causa de mortalidade precoce após transplante cardíaco. Os dados mais recentes da International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) demonstrou que 42.6% dos óbitos após 30 dias do transplante foram decorrentes de DPE. Tendo em vista que não haviam critérios bem estabelecidos para o diagnóstico, os dados de incidência de DPE da literatura são variáveis, ficando entre 2 e 24%. A ISHLT publicou um consenso para estabelecer critérios para o diagnostico, sendo que esse deve ser realizado nas primeiras 24 horas após o transplante e outras causas discerníveis devem ser afastadas.

Objetivo: Os objetivo desse estudo são determinar a incidência de DPE moderada e grave no nosso centro, identificar retrospectivamente os fatores de risco dos doadores e receptores para o desenvolvimento da DPE e avaliar o impacto dessa condição na evolução de 30 dias.

Métodos: Esse trabalho foi aprovado pela comissão científica. Os registros de prontuário de 64 pacientes submetidos a transplante cardíaco no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 foram revisados. As características dos doadores, receptores e do procedimento cirúrgico foram examinadas. Os critérios da ISHLT foram utilizados para o diagnóstico. A captação do coração foi realizada de maneira habitual e a proteção miocárdica utilizada em todos os casos foi a infusão de 3 litros de custodiol. A técnica utilizada para o implante do coração também foi a mesma em todos os casos, sendo ortotópico bicaval.

Resultados: A idade média dos doadores foi 33.4 anos e 90.6% eram do sexo masculino. A etiologia da morte encefálica na maioria dos casos foi traumatismo cranio-encefálico. O tempo médio de isquemia foi 156 minutos. A maioria dos receptores eram do sexo masculino (65.5%), com idade média de 49.5 anos. A causa mais comum da insuficiência cardíaca foi miocardiopatia dilatada. A maioria dos pacientes estavam hospitalizados em prioridade no momento do transplante (98.4%). 12 pacientes (18.7%) foram diagnosticados com DPE utilizando os critérios da ISHLT. Em relação as características dos doadores, a maioria das variáveis não demostraram diferenças significativas entre os grupos de pacientes que tiveram DPE e os que não tiveram. A variável com possível valor preditivo foi PCR prévia do doador ($p = 0,01$). Em relação as características dos receptores, a presença de reoperação foi identificada como um possível fator preditor de DPE ($p = 0,02$). Em relação a evolução no pós operatório, a mortalidade em 30 dias foi 6.25%. Em relação aos pacientes com DPE, apenas um (8,3%) faleceu nos primeiros 30 dias e os outros 11 (91.6%) sobreviveram nos primeiros 30 dias

Conclusão: O uso dos critérios da ISHLT para o diagnóstico de DPE em grandes centros transplantadores é importante para identificar pacientes em risco para o desenvolvimento dessa condição. Na nossa série, os resultados foram semelhantes ao da literatura. O desenvolvimento de DPE foi associado a PCR prévia no doador e reoperação no receptor, porém não afetou a evolução em 30 dias. Outros estudos são necessários para melhor entender a fisiopatologia da DPE.

PO 43

Implante transcateter *valve-in-valve* tricúspide em paciente com trombo em átrio direito

Guilherme Viotto Rodrigues da Silva, Renato Cesar de Souza, Leonardo Paim, Joaquim Aprígio, Lucas Lacerda, José Honório Palma da Fonseca

Introdução: Pacientes submetidos a troca valvar tricúspide isolada constituem um grupo de alto risco operatório. O implante transcateter valve-in-valve (ViV) em posição tricúspide tem-se demonstrado um terapia segura e eficaz, porém, a presença de trombo em átrio direito pode ser um contraindicação ao procedimento.

Descrição do Caso: Paciente de 16 anos de idade, sexo masculino, antecedente de Tetralogia de Fallot, 5 toracotomias prévias (última há 4 anos), internou por insuficiência cardíaca descompensada, necessidade de drogas vasoativas, estava em classe funcional III (NYHA) e com sintomas de insuficiência cardíaca direita. Apresentava ao ecocardiograma disfunção de bioprótese em posição tricúspide, devido dupla lesão com predomínio de estenose importante - gradiente médio diastólico de 19 mmHg. Além disso, apresentava imagens ecogênicas tanto em átrio direito como em tubo prévio interposto entre ventrículo direito - tronco pulmonar, as quais sugeriam a presença de trombos. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo era de 69% e o ventrículo direito apresentava disfunção sistólica moderada. Após discussão do caso pelo heart team o paciente foi considerado inoperável devido ao alto risco operatório, sendo optado por implante transcateter ViV em posição tricúspide, mesmo com a presença de trombo em átrio direito. Após pequena cervicotomia direita e dissecção de veia jugular interna direita, foi realizado implante ViV em posição tricúspide (Prótese Inovare® n°28 - Braile Biomédica) com sucesso. O procedimento foi guiado por fluoroscopia e ecocardiografia transesofágica. O tempo de ventilação mecânica foi de 8,4 horas e os tempos de internação em unidade de terapia intensiva e de internação hospitalar pós-operatório foram de 5 e 18 dias respectivamente. Atualmente encontra-se em classe funcional I (NYHA), com melhora dos sinais de insuficiência cardíaca direita. O ultimo ecocardiograma demonstra bom funcionamento da bioprótese implantada, com refluxo paravalvar discreto, gradiente médio diastólico de 8 mmHg e disfunção sistólica do ventrículo direito ainda moderada.

Conclusão: A presença de trombo em átrio direito não constitui contraindicação absoluta para o implante transcateter ViV em posição tricúspide em paciente portador de bioprótese degenerada.

PO 44

Cirurgia cardíaca minimamente invasiva - Experiência de serviço

Ricardo Barros Corso, Isaac Azevedo Silva, Glauco Kalil da Silva Pina, Marcus Vinicius Nascimento dos Santos, Felipe Bruno Santos da Cunha, Thiago do Amaral Cavalcante, Eduardo José Ferreira Sales, Letícia Vitoriano Sousa, Rafael Ramos Amaral, Arminda Gomes Sesana, Marcella de Paula Prudente, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: A cirurgia cardíaca por mini-incisões está bem estabelecida nos grandes Centros Internacionais para o tratamento de diferentes doenças cardiovasculares. As abordagens mínimas tem se mostrado seguras e com bons resultados. As cirurgias minimamente invasivas estão relacionadas a menor tempo de ventilação mecânica, menor perda de sangue, internação hospitalar mais curta, redução da morbimortalidade pós-operatórias e da incidência de fibrilação atrial pós operatória. Apesar do reconhecido aumento no tempo de pinçamento e tempo de CEC, o aperfeiçoamento técnico proporciona e redução desses tempos em centros de referência. Ademais, as mini-incisões em cirurgia cardíaca, proporcionam recuperação mais rápida e melhores resultados de estéticos, requer menos recursos em reabilitação e, consequentemente, menores custos.

Objetivo: Apresentar a experiência da Cardiovascular Associados na abordagem minimamente invasiva em cirurgia cardíaca.

Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo observacional de pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular com abordagem minimamente invasiva entre out/2010 a nov/2017. Os acessos relatados são: mini-esternotomia mediana, minitoracotomia lateral e incisão peri-areolar. Os pcts submetidos à troca valvar aórtica foram operados via miniesternotomia mediana ou minitoracotomia direita, em todos os demais realizou-se a minitoracotomia lateral trans ou sub-mamária ou ainda periareolar. Utilizou-se a videoassistência para os pcts operados via toracotomia lateral. A canulação arterial e venosa se deu por via femoral para os pacientes submetidos à toracotomia lateral e diretamente na aorta nos pcts submetidos à mini-esternotomia. Pcts portadores de hipertensão pulmonar (PSAP > 60 mmHg) associado a coronariopatia, presença de doença arterial aorto-ilíaca e história de pneumopatia grave foram nossos critérios de exclusão para a técnica minimamente invasiva.

Resultados: Entre out/2010 a nov/2017, 126 pcts foram submetidos a cirurgia minimamente invasiva, sendo 68 mulheres e 58 homens. A idade variou de 17-85 anos (média: 57,4 ± 17,2 anos). O EuroSCORE II variou de 0,5-24,57 (média: 2,0 ± 3,38). As cirurgias realizadas foram: 43 trocas de valva aórtica, 32 trocas da valva mitral, 20 plastias da valva mitral, 12 revascularizações do miocárdio, 10 correções de comunicação interatrial, 5 correções de aneurisma de aorta ascendente, 2 correção de comunicação interventricular, 1 plastia de valva tricúspide e 1 correção de pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo. Os acessos realizados foram:

Minitoracotomia lateral (direita ou esquerda, transmamária ou sub-mamária): 61 (48,4%); Miniesternotomia mediana: 46 (36,5%); Periareolar: 19 (15,1%). Apenas um pct necessitou conversão para estenotomia mediana. Não houve óbito operatório. Houve 5 óbitos hospitalares (3,9%), tendo o último evento ocorrido em jul/2015 (caso 72).

Conclusão: A experiência cumulativa da técnica minimamente invasiva, conforme verificado, é um preditor significativo de bons resultados. A série apresentada demonstra a evolução dos resultados a partir do aperfeiçoamento das técnicas. As operações cardíacas por mini-incisão implicam em treinamento sistemático de toda a equipe, o que se reflete na melhora dos resultados obtidos.

PO 45

Técnica da anastomose de enxerto de veia safena com o segmento proximal da artéria torácica interna direita na cirurgia de revascularização miocárdica anaórtica

Walter José Gomes, Fabiano André Pereira, Nelson Américo Hossne Júnior, Alexandre Redondo de Carvalho, Tatiane Lamarca Dias, Juliana Kimie Matsue, Eduardo Gregório Chamlian, Marcelo G. Silas

Introdução: Na cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) peri-operatória está relacionada à manipulação da aorta ascendente. A anastomose proximal dos enxertos venosos na aorta ascendente necessita de pinçamento total ou lateral. Para evitar essa potencial complicação, desenvolvemos a técnica onde os enxertos venosos são sistematicamente anastomosados no segmento proximal da artéria torácica interna direita, na cirurgia de revascularização miocárdica anaórtica.

Objetivo: Demonstrar a técnica e as taxa de complicações, sobretudo de eventos neurológicos na utilização da técnica de anastomose de enxerto de veia safena com o segmento proximal da artéria torácica interna direita.

Métodos: 79 pacientes submetidos a CRM anaórtica (77,2% homens), 50,6% diabéticos; 98,7% faziam uso de AAS no pré-operatório. Lesões de 3 vasos ocorreram em 89,8% e 32,9% com lesão grave de tronco de coronária esquerda. A fração de ejeção média foi de 55%. A média de artérias revascularizadas foi de 2,67 por paciente. As artérias coronárias que receberam essa combinação de enxerto foram artéria descendente posterior em 63,9%; artéria ventricular posterior em 10,4%; artéria marginal esquerda em 9,3%; artéria coronária direita em 8,1% e artéria diagonal em 8,1%.

Resultados: Os pacientes permaneceram em média, 3,9 dias na UTI e a mortalidade foi de 0%. Nenhum paciente apresentou infecção esternal nem de outra natureza. A ocorrência de AVC precoce foi 0% e tardio de 0,66%. Não houve necessidade de reintervenção no seguimento tardio.

Conclusão: A técnica de anastomose sistemática dos enxertos venosos no segmento proximal da artéria torácica interna direita permite evitar a manipulação da aorta ascendente e restringir a ocorrência de AVC peri-operatório. Ademais, pode possibilitar a maior patencia em longo-prazo dos enxertos venosos.

PO 46

Cirurgia valvar mitral minimamente invasiva vídeo-assistida no idoso - Experiência inicial

William Camargo de Oliveira, Ademir Massarico Braz, Ricardo Casalino, Thiago Ferreira, Giani Mitiko Hirose, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida, Gabriela Freese Navarini, Thatiana Ricciardi, Alexandra Cristina Cremon Cavalcanti, Olívio Souza Neto

Introdução: A cirurgia cardíaca minimamente invasiva para procedimentos valvares vem ganhando aceitação internacional nos últimos anos por ter resultados comparáveis aos da cirurgia convencional associados a vantagens como extubação precoce e diminuição dos tempos de permanência hospitalar e em centro de terapia intensiva (CTI). Atualmente é a opção padrão em nossa instituição.

Objetivo: Apresentar uma análise da nossa experiência inicial em cirurgia valvar mitral minimamente invasiva vídeo-assistida, com foco especial na população de idosos.

Métodos: De outubro de 2016 a outubro de 2017 cinquenta e nove pacientes foram operados por doença cardíaca valvar em nossa instituição. Destes, 25 apresentavam acometimento da valva mitral e foram incluídos neste estudo, sendo os dados coletados prospectivamente. Pacientes multivalvares, operados de emergência, com STS/EuroSCORE II maior que 6 ou clearance de creatinina menor que 35 foram excluídos. Todos os pacientes foram avaliados em pré-operatório e operados pela mesma equipe de cirurgiões e cardiologistas clínicos, em único hospital.

Resultados: Ao todo 25 pacientes foram operados por doença valvar mitral, isolada ou não, sendo 17 (68%) pacientes do sexo feminino e 8 (32%) do sexo masculino. A faixa etária variou de 61 a 77 anos (média de 68,8). Os diagnósticos pré-operatórios foram: insuficiência mitral pura [18 casos (72%)], dupla lesão mitral [4 casos (16%)] e insuficiência mitral associada a comunicação atrial [3 casos (12%)]. Todos os pacientes foram operados por técnica vídeo-assistida sendo 13 (52%) por via infra-mamária e 12 (48%) por via periareolar. Todos os pacientes foram extubados na sala cirúrgica e levados à unidade de recuperação anestésica (RPA). Quatro (16%) pacientes foram encaminhados para o CTI com tempo de internação de 15 a 60 horas (média de 29,2). O tempo de internação hospitalar variou de 30 a 139 horas (média de 49,9). Dezenove (76%) pacientes receberam alta hospitalar em menos de 48 horas. Ocorreram 2 (8%) reinternações com menos de 30 dias e 1 óbito.

Conclusão: A abordagem minimamente invasiva vídeo-assistida no tratamento da doença valvar mitral mostrou ser um método seguro e com bom resultado clínico, diminuindo significativamente os tempos de ventilação mecânica, permanência em CTI e internação hospitalar.

PO 47

Cirurgia de reconstrução do ventrículo esquerdo em pacientes candidatos à transplante de coração

Pedro Xavier Orellana Tosi, Carlos Alberto Mendez Contreras, Antonio Flavio Sanchez Almeida, Marco Aurélio Finger, João Manoel Rossi Neto, Paulo Chaccur

Introdução: O tratamento cirúrgico de reconstrução ventricular em pacientes candidatos à transplante de coração, é considerada como uma das técnicas, permitindo aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca terminal de etiologia isquêmica ter melhora clínica e aumento da sobrevivência. Reportamos assim a experiência do nosso centro.

Objetivo: Descrever o resultado da cirurgia de reconstrução do ventrículo esquerdo em pacientes candidatos à transplante de coração.

Métodos: Estudo analítico , clínico-cirúrgico, sequencial, retrospectivo. Pacientes portadores de miocardiopatia isquêmica com aneurisma do ventrículo esquerdo, acompanhados no ambulatório de insuficiência cardíaca, disfunção ventricular e transplante cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia desde Janeiro de 2010 até Dezembro de 2016. Dados de 34 pacientes foram coletados entre eles HAS, Fração de Ejeção (F), Classe Funcional da NYHA (CF), EuroSCORE II, STS Score, técnica de reconstrução ventricular e sobrevivência.

Resultados: Mortalidade geral de 14,7 %, sendo a hospitalar de 8,82 % e a tardia de 5,88 %. Sobrevivência total aos 5 anos de 85,3%. Na CF Pré I: 5, II: 18, III: 8, IV: 3 vs. CF Pós I: 17, II: 8, III: 6, IV: 3. EuroSCORE II valor médio de 6,29 P≤ 0,01,HR 1,16 (IC 95 % 1,02 - 1,31) e STS escore mortalidade/morbidade valor médio de 18,14, P≤ 0,004; HR 1,19(IC 95% 1,05 - 1,33). Técnicas cirúrgicas não mostraram diferencia de sobrevida entre elas Dor 81% vs. Jatene 91.7 %.

Conclusão: Tratamento cirúrgico de reconstrução do ventrículo esquerdo em pacientes candidatos a transplante de coração é efetivo, eficaz e seguro em relação proporcionando sobrevivência e mortalidade adequadas.

PO 48

Substituição valvar aórtica cirúrgica com bioprótese de liberação rápida: resultados preliminares

Frederico Carlos Cordeiro de Mendonça, Stevan Krieger Martins, Jairo Pinheiro Junior, Jeffer Moraes, Jorge Henrique O. Koroishi, Victor Gualda Galoro, Flavia Tomie Sakamoto

Introdução: Novas estratégias têm surgido para o manejo de pacientes graves que requerem substituição da válvula aórtica. O desempenho hemodinâmico das novas biopróteses de liberação rápida tem encorajado muitos cirurgiões. Considerações

favoráveis a esta prótese cada vez mais são descritas na literatura com uma alternativa às próteses convencionais e em pacientes que não preenchem critérios para TAVI. Este trabalho descreve nossa experiência inicial com bioprótese de liberação rápida.

Objetivo: Determinar os resultados preliminares (1 mês de acompanhamento) do ponto de vista clínico, complicações e desempenho hemodinâmico das próteses.

Métodos: Métodos Critérios de Inclusão: 1) indicação de tratamento cirúrgico, 2) anel aórtico pequeno, 3) pacientes graves. Avaliando o sucesso do procedimento, mortalidade hospitalar, evolução pós operatória do gradiente trans valvar, área efetiva do orifício valvar e incidência de regurgitação peri-protética.

Resultados: Onze pacientes, com idade media de 69,54 anos (54-81), sexo masculino 63,4%, área valvar efetiva pre: 0,8 cm2 (±0,3), gradiente médio pré:45,5 mmHg (±9,9). A Esternotomia convencional foi realizada em 6 pacientes (55%) e minimamente invasiva em 5 (45%) dos pacientes. Foram utilizadas os seguintes tamanhos da bioprótese Edwards INTUITY (N˚21 = 6, N˚ 23 = 4, N˚ 19 = 1). Procedimentos combinados foram realizados em 5 casos(4 revascularização do miocárdio , 1 troca valvar mitral). Tempo de Circulação extra corpórea 95 min (±30) e anoxia 76 min(±23). Sucesso do procedimento 100%, 1 óbito:(no terceiro pós operatório, por causas não cardiológicas), Gradiente médio pos: 7,9 mmHg (±3), sem refluxo peri-protético.

Conclusão: As válvulas de implantação rápida proporcionaram resultados clínicos e hemodinâmicos satisfatórios nesta série de pacientes com baixas taxas de complicações relacionadas à válvula. Apresentou redução dos tempos operatórios, especialmente em procedimentos combinados.

PO 49

Transplante cardíaco em suínos como treinamento de equipe de cirurgia cardiovascular antes da implementação do serviço de transplante em humanos

André Monti Garzesi, Leonardo Rufino Garcia, Tassya Bueno Takeda, Guilherme Tripoli, Nelson Leonardo Kerdahi Leite de Campos, Antônio Sérgio Martins, Rubens Ramos de Andrade, Andréia Cristina Passaroni, Aline Andrea Teodoro dos Santos, Larissa Freschi, Diego Generoso, Marcello Laneza Felicio

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa definida pela falência do coração em proporcionar suprimento adequado de sangue às necessidades metabólicas tissulares e é o estágio final da maior parte das doenças cardíacas. Com o aumento da expectativa de vida é uma doença que vem tendo um aumento progressivo da sua incidência. As doenças cardiovasculares são umas das maiores causas de internações no SUS anualmente, sendo que a IC é a causa mais frequente dessas internações. O transplante cardíaco é o padrão ouro como terapia para os pacientes com IC em estágio terminal. A escolha de suínos como modelo para treinamento cirúrgico se dá pelo fato de possuírem corações com grande semelhança anatômica e fisiológica ao dos seres humanos e isso tem feito cada vez mais esses animais se tornarem modelos de estudo para cirurgias cardiovasculares.

Objetivo: O objetivo deste projeto é o treinamento técnico da equipe de cirurgia cardiovascular do HCFMB para realização de transplantes cardíacos em humanos.

Métodos: Para a realização do projeto serão utilizados suínos da linhagem "landrace" X "large White". Divididos em grupos "doador e "receptor". Os animais passarão por anestesia respiratória controlada, monitorizados com pressão arterial invasiva na artéria femoral, cardioscópio e acesso venoso periférico, será então realizada esternotomia mediana por planos e pericardiotomia seguida de heparinização plena. No grupo "doador" a aorta ascendente será pinçada e logo após será iniciada infusão de solução cardioplégica até que ocorra a parada cardíaca diastólica seguida de cardiectomia. Durante o processo serão aplicadas medidas para evitar a distensão do coração. No grupo "receptor" o animal será preparado para o início do desvio cardiopulmonar total (circulação extracorpórea) possibilitando a realização da cardiectomia. O coração do "doador" então é preparado para o implante no "receptor" utilizando a técnica bicaval. Após o retorno dos batimentos cardíacos fisiológicos o desvio cardiopulmonar é interrompido.

Resultados: O projeto ainda está em andamento, mas já foi possível evidenciar uma diminuição do tempo cirúrgico tanto para o "doador" quanto para o "receptor", evidente melhora da técnica de retirada e de implante do coração, assim como mais segurança da equipe de perfusão durante o procedimento por estar habituada com a rotina do mesmo.

Conclusão: Fica evidente que o treinamento de toda a equipe de cirurgia cardiovascular envolvida no procedimento é fundamental para o seu sucesso, diminuindo consideravelmente os riscos intraoperatórios. Esse tipo de treinamento é algo reprodutível, sendo possível de se fazer em qualquer instituição com capacidade para realizar um transplante cardíaco humano. Desta maneira, o

treinamento deve ser algo encorajado pela própria equipe de cirurgia cardiovascular, pela instituição e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, com o intuito de aprimorar cada vez mais as técnicas cirúrgicas e preparar toda a equipe para as diversas situações que possam ocorrer durante o procedimento.

PO 50

Correção de aneurisma de aorta torácica em paciente reumatológico associado a angioplastia de aorta abdominal

Ricardo Adala Benfatti, João Pedro Lima Rodrigues da Silva, Enrico Muller Manzano

Introdução: A associação entre doenças do tecido conjuntivo a exemplo do lúpus eritematoso sistêmico (LES) e da artrite reumatoide (AR) e o aneurisma aórtico é estabelecida na literatura como uma entidade rara. As características inflamatórias sistêmicas dos distúrbios autoimunes interferem diretamente na gênese dos distúrbios aórticos, assim como seu tratamento.

Descrição do Caso: A.L.A, 56 anos, feminina, tabagista, portadora de hipertensão arterial sistêmica, AR, LES, antecedente de tuberculose, em uso de metotrexato, cloroquina, ácido fólico, durante exame esporádico de radiografia de tórax, foi constatado alargamento de aorta, confirmado à tomografia de tórax, fazendo-a procurar avaliação cardiovascular e assim procedeu-se a conclusão diagnóstica através da realização de angiotomografia computadorizada a qual evidenciou dilatação fusiforme em aorta torácica descendente de 8,1 cm, iniciada a 6,7 cm da emergência da artéria subclávia esquerda, medindo em seu maior diâmetro 5,8 cm e colo proximal de 2,8 cm e ainda, aneurisma sacular de aorta suprarrenal e estenose em porção infra renal com diâmetro aórtico de 0,7 cm. Após compensação dos valores pressóricos, foi realizado a abordagem de correção endovascular de aneurisma de aorta descendente e angioplastia com uso de stent em aorta abdominal infrarrenal, a qual se fez necessária uma vez que o comprometimento em aorta abdominal impedia a progressão da endoprótese até a porção torácica da aorta. O procedimento ocorreu sem intercorrências, assim como o pós-operatório, com o precoce retorno da paciente às atividades laborativas. Aneurismas vasculares são definidos por dilatações maiores que 50% do diâmetro de seu lúmen, possuem uma vasta gama etiológica como idiopática, doenças autoimunes, infecciosas, e paraneoplásicas, as quais implicam inclusive em sua abordagem terapêutica. As afecções reumatológicas predispõem ao desenvolvimento aneurismático pois determinam alterações do tecido conjuntivo formador, fibrose retroperitoneal, infiltrados na vasa vasorum, além de acelerar o processo aterosclerótico e de calcificação.

Conclusão: A abordagem endovascular dos aneurismas de aorta compreendem um grande desafio uma vez que inúmeras complicações como sangramento do sítio de punção, dissecção iatrogênica, isquemia visceral, trombose arterial inferior e fístulas aumentam a morbi-mortalidade, que já é relativamente elevada. Entretanto, em se tratando de cirurgia convencional, a etiologia reumatológica da doença aneurismática culmina em uma série de alterações histopatológicas como infiltrado inflamatório da camada adventícia, adelgaçamento da íntima, fibrose periaórtica e tecidos adjacentes, sendo estes fatores contributivos para uma importante complicação dessa modalidade que é a deiscência de sutura arterial, com potencial letalidade. Por fim, deve-se ressaltar que a técnica endovascular para o tratamento de patologias aórticas torácicas apresenta-se como uma alternativa menos invasiva e acompanha bons resultados a curto e médio prazo, inclusive em pacientes sob instabilidade hemodinâmica e anatomia adversa, porém sua utilização em desordens reumatológicas ainda carece de maiores estudos afim de elucidar, a longo prazo, a relação entre as próteses e o substrato inflamatório local.

PO 51

Avaliação do EuroSCORE como preditor de mortalidade em cirurgia da aorta

Karine Nascimento Chaves, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Kamilla Peixoto Bandeira, Shayanny de Souza Silva, Isabel Palha Bulcão Teixeira Pereira, Tullazy Cavalcante Torres, Diego Pereira Gregório de Andrade, João Marques de Oliveira Júnior, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, Laio Caju Wanderley, Rafaela da Hora Sales, Francisco Siosney Almeida Pinto

Introdução: A estratificação de risco em cirurgia cardíaca é uma importante ferramenta para predizer a mortalidade perioperatória. Diversos escores foram criados e aplicados com essa finalidade, sendo um deles o Sistema Europeu de Avaliação de Risco Operatório Cardíaco (EuroSCORE), o qual foi desenvolvido com dados coletados de 130 centros em oito países europeus, recrutando cerca de 20.000 pacientes.

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade do EuroSCORE como preditor de mortalidade em pacientes submetidos à cirurgia da aorta.

Métodos: Foram avaliados, retrospectivamente, 22 pacientes submetidos à cirurgia da aorta no serviço de cirurgia cardiovascular da Santa Casa de Misericórdia de Maceió entre janeiro de 2015 a outubro de 2017.

Resultados: A idade média observada foi de 50,3 anos, e houve predomínio do sexo masculino (59%). A cirurgia para correção de aneurisma foi realizada em 14 pacientes (63,6%) e a correção de dissecção em 8 pacientes (36,4%). O grupo de baixo risco (EuroSCORE 0-2) era constituído por 7 pacientes e o grupo de médio risco (EuroSCORE 3-5) compreendeu 3 pacientes, não havendo óbito nestes grupos. O grupo de alto risco (EuroSCORE >5) incluiu 12 pacientes, com mortalidade de 58,3%. A análise dos prontuários permitiu identificar os seguintes fatores de risco para o óbito: idade acima de 60 anos, sexo feminino, hipertensão, diabetes, história de tabagismo, e cirurgia de troca valvar associada.

Conclusão: O EuroSCORE mostrou-se um preditor satisfatório de mortalidade perioperatória, mesmo quando aplicado em população não europeia.

PO 52

Abordagem transeptal em cirurgia da valva mitral

Frederico Carlos Cordeiro de Mendonça, Stevan Krieger Martins, Jairo Pinheiro Junior, Jeffer Moraes, Jorge Henrique Koroishi, Victor Gualda Galoro

Introdução: Desde os primeiros anos da cirurgia cardíaca, duas abordagens básicas para a valva mitral têm sido descritas e utilizadas: (A) Através da fossa oval por meio do átrio direito e (B) através do sulco interatrial posterior, sendo esta última abordagem a preferida pela maioria dos cirurgiões. A abordagem transeptal tem sido revista nos últimos anos em várias formas por aqueles que procuram uma melhor exposição da valva mitral.

Objetivo: Avaliar os resultados da abordagem transeptal em cirurgias da valva mitral durante a fase hospitalar.

Métodos: Avaliados cento e nove pacientes submetidos ,no período de julho de 2007 a julho d 2017, a cirurgia mitral com abordagem transeptal. Idade, sexo, fração de ejeção pre e pós operatória, tempo de clampeamento, tempo de circulação extra corpórea, mortalidade, tipo de procedimento) reparo ou substituição), complicações, arritmias e necessidade de marca-passos. Excluídos os pacientes submetidos a procedimentos concomitantes (procedimentos da valva tricúspide ou da aórtica, revascularização do miocárdio).

Resultados: Deste grupo, um total de 109 pacientes foram selecionados para o estudo. Vinte e nove (26,6%) já haviam sido submetidos a cirurgia cardíaca prévia (22 disfunção de prótese mitral, 5 plásticas prévia e 2 revascularizações do miocárdio). Sexo feminino 57,8%, a média de idade foi de 59,86(18-84) anos, 13 pacientes apresentavam endocardite na mitral. A mortalidade pós operatória foi de 5,5%. Nenhum paciente foi re abordado por sangramento das linhas de sutura e 32 apresentaram arritmia atrial ou ritmo juncional no pós operatório imediato com conversão para ritmo regular em 87% após conversão elétrica ou química. Dois permaneceram com fibrilação atrial com resposta satisfatória e 2 necessitaram de marca-passo definitivo.

Conclusão: A abordagem mitral transeptal, na nosso experiência clínica, apresentou uma excelente exposição do aparelho valvar mitral e pode ser usada na maioria dos casos , sem apresentar aumento na morbimortalidade.

PO 53

O papel da endotensão na expansão e rotura de aneurismas de aorta

Edmo Atique Gabriel

Introdução: Em muitos casos de aneurismas de aorta, tratados por via endovascular, o saco aneurismático continua crescendo de forma progressiva, mesmo na ausência de vazamentos. A pressão dentro do saco aneurismático permanece elevada, aumentando risco de rotura do aneurisma - este aumento de tensão é denominado de endotensão.

Objetivo: Discutir aspectos da fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica da endotensão nos aneurismas de aorta previamente tratados por via endovascular.

Métodos: Serão apresentados casos reais de pacientes portadores de aneurismas de aorta, nos últimos 10 anos, nos quais foi adotado tratamento endovascular, visando evitar a expansão do saco aneurismático e eventual rotura. Pacientes apresentavam diferentes comorbidades como hipertensão, diabetes e dislipidemia, faixa etária variando entre 50 - 70 anos, com predomínio de aneurismas no segmento abdominal.

Resultados: Em todos estes casos, o seguimento pós-operatório do tratamento endovascular revelou resultado imediato bom em relação ao posicionamento da endoprótese, sem sinais de migração ou deformação, e sobretudo não se constatou presença de vazamentos("endoleaks").no entanto, no seguimento tardio destes pacientes, verificou-se, pelo seguimento angiotomográfico, que o saco aneurismático estava crescendo, mesmo na ausência de vazamentos, os pacientes estavam apresentando mais sintomas e o risco de rotura aumentava. Algumas medidas terapêuticas tiveram de ser adotadas como otimização do controle da hipertensão arterial, reabordagem endovascular, reabordagem cirúrgica por via aberta e até mesmo punção/drenagem do saco aneurismático.

Conclusão: A endotensão é um fenômeno hemodinâmico que pode culminar com expansão progressiva do saco aneurismático e rotura do aneurisma. para isso, a mesma deve ser diagnosticada e medidas terapêuticas instituídas precocemente.

PO 54

Ruptura de ventrículo esquerdo pós infarto agudo do miocárdio

Danilo Pereira da Costa, Fernando Roberto de Fazzio, Rodrigo Penha de Almeida, Paulo César Santos, João Lucas O'Connell

Introdução: As complicações pós infarto agudo do miocárdio (IAM) incluem causas mecânicas, arritmogênicas e hemorrágicas. Geralmente, acontecem nos primeiros 5 dias, justificando a orientação de manter os pacientes internados nesse período. Porém, o risco de complicações agudas se mantém elevado até o 14º dia. As causas mecânicas são mais comumente associadas a quadros de infarto com supra-ST, sendo responsáveis por 15% do total das mortes por IAM. Destaca-se maior risco associado à maior extensão da área da necrose, maior tempo até a reperfusão miocárdica e o tratamento com o uso de fibrinolíticos (quando comparados à angioplastia primária: pelo maior risco de hemorragias e menor taxa de patência do vaso).

Descrição do Caso: MH, 74 anos, feminino, obesa, tabagista e história familiar de coronariopatia. Apresentou dor torácica típica sendo admitida em nosso serviço, 36 horas após início dos sintomas, assintomática. Ao eletrocardiograma: supra-ST na parede ínfero-látero-dorsal e ventrículo direito. Evoluiu com insuficiência cardíaca descompensada, melhorada após suporte clínico. Submetida ao ecocardiograma, que evidenciou disfunção biventricular com FEVE de 50%, acinesia inferior e hipocinesia ínfero lateral. À cineangiocoronariografia: padrão obstrutivo multiarterial, sendo optado por tratamento cirúrgico. No quinto dia de internação, apresentou dor abdominal seguida de perda súbita de consciência sem pulso. Realizado manobras de ressuscitação cardiopulmonar, além de punção de Marfan com saída de secreção sanguinolenta de moderado volume. Não apresentou nenhuma resposta e evoluiu para óbito. Encaminhado à necrópsia e identificado ruptura de parede posterior do ventrículo esquerdo com hemopericárdio.

Conclusão: A complicação mecânica pós IAM mais grave é a ruptura de ventrículo esquerdo. Esta é 7 vezes mais comum do que a ruptura do ventrículo direito, com incidência de até 10%, principalmente quando acomete território irrigado pela artéria descendente anterior. A forma aguda, com a presença de hemopericárdico, evolui rapidamente para óbito. A forma crônica, pode ser assintomática, com formação de pseudoaneurismas. Nosso caso reforça a importância do tratamento de revascularização eficaz e precoce. A persistência do supra-ST após 72 horas corrobora para o risco de complicações graves. A pericardiocentese é uma medida provisória até estabilização clínica e encaminhamento para cirurgia cardíaca.

PO 55

Infartos do miocárdio devido à trombose recidivante associados a ectasia e grande aneurisma de artéria coronária direita

Laíse Oliveira Resende, Danilo P. Costa, Rodrigo Penha de Almeida, Paulo César Santos, João Lucas O'Connell

Introdução: Aneurisma de artéria coronária (AAC) ocorre quando há dilatação de um segmento até que o diâmetro exceda em 1,5 vezes os adjacentes ou o da maior artéria coronária. A incidência varia entre 1,5% e 4,9% em adultos, sobretudo no sexo masculino. Está associada às arterites de Takayasu, Kawasaki, poliarterite nodosa e sifilítica, e ainda a trauma, disseção, angioplastia, aterectomia e exposição a herbicidas. Apesar de relação com a arteroscleroseoronariana, há controvérsias quanto ao papel dos fatores de risco

clássicos. O fluxo sanguíneo é lento no segmento dilatado, predispondo à formação de trombos e, assim, à isquemia miocárdica ou embolia da artéria coronária.

Descrição do Caso: Masculino, 47 anos, obeso grau III, hipertenso, portador de hipotireoidismo e síndrome da apneia obstrutiva do sono. Apresentou precordialgia típica e foi identificado infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior. Cateterismo emergencial demonstrou ectasia em toda a extensão da artéria coronária direita, com aneurisma (11 mm) associado a trombo oclusivo no terço médio. Ectasias discretas, sem estenoses em descendente anterior e circunflexa. Realizou-se tentativa de angioplastia trasnluminal coronária (ATC) primária por balão com obtenção de fluxo e documentação de alta quantidade de trombos intra-coronários. Feita tripla antiagregação e anticoagulação. Evoluiu bem, recebeu alta após 5 dias com dupla antiagregação (AAS e Ticagrelor). Apresentou re-IAM inferior após 10 dias. Reoclusão de artéria coronária direita com alta carga trombótica intra-aneurisma. Realizada ATC primária por balão associada à trombólise intra-coronária (Tenecteplase) e manutenção endovenosa. Obtido fluxo coronário. Paciente evoluiu bem e não apresentou novos eventos nos últimos 6 meses. Está em uso de Clopidogrel, Rivaroxabana e outros.

Conclusão: A fisiopatologia da ACC é atribuída ao dano endotelial que ativa mediadores inflamatórios. Ocorre degeneração da camada média do vaso e ação de substâncias vasodilatadoras, resultando na dilatação progressiva da artéria coronária. Não há diretrizes para ACC na síndrome coronariana aguda. Nos casos que cursam com IAM, a revascularização percutânea associa-se a embolização distal do trombo, fenômeno de não-refluxo, mal posicionamento do stent, dissecção, ruptura e comprometimento do fluxo. Angioplastia por balão combinada a trombolíticos (se oclusão total do vaso) e/ou uso otimizado de tripla antiagregação plaquetária com anticoagulação efetiva podem ser opções.

PO 56

Tratamento cirúrgico de interrupção do arco aórtico

Jocerlano Santos de Sousa, Paulo Rego Medeiros, Sebastião Nunes Martins

Introdução: Interrupção do arco aórtico é uma malformação caracterizada pela ausência de um segmento do arco aórtico, usualmente à esquerda, mas poucos casos de interrupção em arcos à direita têm sido descritos. De acordo com Celoria e Patton, a interrupção pode ser encontrada no istmo (Tipo A), entre a artéria carótida comum esquerda e a subclávia esquerda (Tipo B) ou entre o tronco braquicefálico e a artéria carótida comum esquerda (Tipo C). Um canal arterial patente está usualmente presente para permitir o fluxo distalmente ao local da interrupção e para os membros inferiores.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 47 anos, deu entrada em unidade de prontoatendimento em taquicardia ventricular e choque cardiogênico, sendo necessária cardioversão e proteção de vias aéreas com intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Houve relatos de doença cardíaca antiga, sem indicação de tratamento. Os exames mostraram: eletrocardiograma com ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares frequentes e sinais de sobrecarga ventricular. Ecocardiograma evidenciou septo de 1,0 cm, diâmetro diastólico de 5,3 cm; diâmetro sistólico 3,4 cm; fração de ejeção 63% e imagem sugetiva de interrupção do arco aórtico após a emergência da artéria subclávia esquerda. Angiotomografia revelou interrupção do arco aórtico na região do istmo, com presença de colaterais para aorta descendente. Cateterismo cardíaco com ausência de lesões coronarianas. Indicou-se correção cirúrgica, realizada com monitorização multiparamétrica de rotina, tendo a pressão arterial invasiva em artéria radial direita(por provável necessidade de pinçamento de arco no intraoperatório). Anestesia geral, toracotomia lateral esquerda no 5º espaço intercostal. Identificada interrupção e feita correção com tubo de dacron extra-anatômico numero 24 implantado na arteria subclavia esquerda e aorta descendente pós interrupção. O paciente evoluiu sem intercorrências, com alta da UTI no 2º dia e alta hospitalar no 6º dia pós-operatório. Atualmente, está em seguimento com grupo de arritmologia, sem queixas.

Conclusão: O tratamento cirúrgico de interrupção do arco aórtico é um procedimento desafiador e requer estratégias para melhor redirecionamento do fluxo arterial, com melhora dos sintomas e sobrevida.

PO 57

ECMO transportado por longa distância como ponte para recuperação em choque cardiogênico grave

Fabio Antonio Gaiotto, Sebastião Nunes Martins, Patricia de Area Leão Costa Machado, Illane de Arêa Leão Costa Almeida

Introdução: Infarto agudo do miocárdio é uma das principais causas de choque cardiogênico. Em alguns casos, a despeito do tratamento clínico e invasivo realizado, a disfunção ventricular permanece, aumentando consideravelmente a mortalidade nos primeiros dias. A assistência circulatória mecânica é uma alternativa para suporte cardíaco e/ou pulmonar temporária como ponte para recuperação ou ponte para transplante nesses casos. Neste trabalho, apresentamos um caso de instalação de ECMO bem sucedida em um serviço de tratamento primário e transferência para um centro de referência para seguimento a 3000km de distância.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 62 anos, hipertenso, previamente assintomático, vítima de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST submetido a cateterismo que evidenciou ramo descendente anterior totalmente obstruído em sua porção proximal, realizada tentativa de angioplastia primária, sem sucesso, com reperfusão parcial do leito. Paciente seguiu com disfunção ventricular importante e choque cardiogênico com acinesia de parede anterior extensa e fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 26% pelo ecocardiograma. Após manutenção de altas doses de drogas vasoativas, assistência circulatória com balão intra-aórtico e piora progressiva, discutiu-se com "heart team" e indicou-se instalação de assistência cardiopulmonar com ECMO. O procedimento foi realizado em unidade de terapia intensiva, sob sedação contínua, através de canulação de veia femoral esquerda com posicionamento de cânula aramada multiperfurada numero 21Fr em átrio direito guiado por ecocardiograma transesofágico e cânula 17Fr em artéria femoral direita, com perfusão complementar de membro inferior direito com cateter duplo lúmen em linha auxiliar. O fluxo ficou mantido em 50ml/kg/min. O controle foi realizado através de TCA entre 160 e 240. No 2* dia pós-operatório, após melhor estabilização clinica, optou-se para a transferência para um centro especializado em insuficiência cardíaca e transplante. O paciente foi transferido em ECMO em unidade de terapia intensiva aérea a uma distância de 3000km, com sucesso no transporte.

Conclusão: Assistência circulatória mecânica com ECMO é uma opção de tratamento como ponte em casos de choque cardiogênico grave. A transferência deste tipo de paciente é extremamente delicada e exige um conjunto de medidas e cuidados para o seu sucesso.

PO 58

Tratamento cirúrgico conservador ou substitutivo da raiz aórtica nos aneurismas crônicos ou dissecções de aorta

Aleksander Dobrianskyj, Stanley Silvano Sousa, Salvador Rassi, Daniela Rassi Frota, João Batista Masson Silva

Introdução: Não existem estudos randomizados multicêntricos na área do tratamento cirúrgico dos aneurismas de aorta torácica e dissecções agudas de aorta.

Objetivo: Avaliar a indicação cirúrgica e os resultados no reparo da raiz da aorta (RRA) e a substituição da raiz aórtica (SRA) associado a troca da aorta ascendente, nos aneurismas de aorta crônicos (AACr) e dissecções agudas de aorta (DAA). Comparação das duas estratégias.

Métodos: Estudo retrospectivo entre janeiro de 2008 e novembro de 2017, em um total de 74 pacientes (pac) que foram submetidos à RRA (14 AACr e 26 DAA) e comparados com SRA (Cirurgia de Bentall) (24 AACr e 10 DAA).

Resultados: Nos pacientes com AACr a Cirurgia de Bentall (SRA) utilizou-se de tubo composto com valva mecânica e prótese tubular de dacron em 24 pac/2óbitos (ob) (8,3%). Nesses pacientes o RRA utilizou de diferentes técnicas (David 1; Yacoub 2); colar supracoronário (4 pac) e reparo junção sino tubular (Frater) (7 pac) com 14 pac/0 ob (0%) sem diferença quanto ao gênero, idade e IMC. Nos pacientes com DAA a Cirurgia de Bentall (SRA) foi realizada em 10 pac/ob (40%). Esses óbitos não foram relacionados com a valva implantada (causas: IAM 2; AVCI 1; sangramento1). Nos RRA com colar e tubo 22 pac; Frater 4 pac. Foram operados 26 pac/4 ob (15,4%). Óbitos não relacionados com o reparo da raiz (causas: IRA 1; IAM 1; AVCI 1; esquemia abdominal 1) sem diferença entre os dois grupos quanto ao gênero, idade e IMC.

Conclusão: A estratégia de preservação valvar aórtica concorreu com menor mortalidade nos aneurismas crônicos e dissecção da aorta do que a substituição por tubo composto (SRA).

PO 59

Síndrome coronariana aguda em paciente com Síndrome de HAIR- AN

Ricardo Adala Benfatti, Annelise Achucarro Oliveira, Alexandrino Marques Neto, Carlos Eduardo Zanoni, Ivanilda Rocha Moraes, Marcela Lacerda Costa

Introdução: A Síndrome de HAIR-AN é considerada subfenótipo da Síndrome do Ovário Policístico, afeta mulheres, cursando com hiperandrogenismo, resistência insulínica e acantose nigricans. O excesso de androgênios, quando associada a insulino-resistência, aumenta os riscos de ocorrência de doenças cardiovasculares.

Descrição do Caso: ACS, feminino, 30 anos, obesa, tabagista, hipertensa em uso irregular de medicamentos, foi admitida com quadro de dor precordial típicaem aperto, irradiada para membro superior esquerdo e pescoço, sendo diagnosticado Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supra do segmento ST. Apresentava obesidade central, sinais de hirsutismo em face, voz grave e história de amenorreia primária. Exames complementares realizados, foram constatadas lesões severas em artéria descendente anterior e obstrução importante (90%) do Tronco de coronária esquerda. Ecocardiograma evidenciou insuficiência aórtica importante, valva aórtica displásica, bicúspide com presença de membrana supra-aórtica, insuficiência mitral e tricúspide moderada. Submetida a cirurgia de revascularização miocárdica (ATIE-DA) e ressecção de membrana supra-aórtica, com ressecção de valva aórtica bicúspide e implante de valva aórtica mecânica. Discussão: A testosterona e a obesidade são fatores de risco independentes para o desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares. Ocorre, a nível de endotélio vascular, uma indução de atividade inflamatória e estresse oxidativo pelos androgênios, além de aumento da taxa de reabsorção renal de sódio e água, o que prova seu papel na progressão de aterosclerose e no desenvolvimento de hipertensão arterial. Além disso, os androgênios aumentam o tecido adiposo visceral e reduzem a taxa de lipólise no tecido subcutâneo, a sensibilidade à insulina, o nível sérico de HDL-C e o clearance de LDL-C. Somado a esses efeitos causados pelo hiperandrogenismo, o aumento sérico da insulina, resultante da resistência insulínica, provoca hipertrofia do endotélio arterial, reduz a produção e aumenta a inativação do óxido nítrico, e estimula a síntese de agentes vasoconstritores, como a endotelina-1.

Conclusão: Conclui-se ser necessária a investigação da Síndrome de HAIR-AN em casos de Síndrome Coronariana Aguda em pacientes jovens do sexo feminino que apresentem os fenótipos descritos. Está síndrome exige tratamento medicamentoso múltiplo e acompanhamento rigoroso para melhora de sobrevida dos pacientes.

PO 60

Segurança de uma heparina não fracionada de origem bovina (Heptar® - Eurofarma Laboratórios S.A.) em cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea

Fernando Antonio de Lima Torres, Andressa Caroline Baggio Torres, Allinson Lidemberg Ribeiro, Caue Ogatta Maia, Fernanda Pailo de Almeida, João Henrique Maffisoni Roceto, Jorge Antonio Matkovski, Matheus Grabin Kovalski, Vanessa Alana Pizato, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

Introdução: Dado recente interesse pela reintrodução de heparinas de origem bovina no mercado e dada a escassez de dados de segurança específicos, buscamos disponibilizar dados relativos à nossa experiência com o produto quando de sua utilização em cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea (CEC). Em 2008, a contaminação de lotes de HNF de origem suína com sulfato de condroitina supersulfatado (SCS) foi associada a inúmeros relatos de reações adversas graves, óbitos e fez eclodir uma grave crise mundial no mercado das heparinas. Este episódio gerou um alerta quanto à utilização exclusiva de heparina suína nos Estados Unidos da América (EUA) e deu origem a uma iniciativa que busca atualmente a reintrodução no mercado de heparina de fontes animais alternativas, como a bovina

Objetivo: Apresentar aspectos de segurança (ocorrência de sangramento, trombocitopenia, vasoplegia, grau de heparinização antes e durante a CEC assim como a ocorrência de fenômenos de coagulação durante a CEC) associados ao uso de Heptar® submetidos a cirurgias cardíacas no Instituto de Cirurgia do Coração do Hospital Bom Jesus (Ponta Grossa - PR) entre outubro de 2008 e novembro de 2012.

Métodos: Levantamento retrospectivo de prontuários de casos submetidos a cirurgias cardíacas com CEC entre outubro/2008 e novembro/2012 (utilização de Heptar®) ou entre junho/2013 e dezembro/2014 (utilização de HNF de origem suína). O conjunto

de informações coletadas por meio do instrumento eletrônico de coleta foi transferido para uma base de dados, com validação e checagem da consistência. Dada natureza do estudo, as análises estatísticas foram descritivas. Todas análises foram estratificadas por período (outubro/2008 a novembro/2012 e junho/2013 a dezembro/2014). As variáveis numéricas foram descritas pelo número de participantes avaliados, média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo observados ou quartis Q1 e Q3. Variáveis categóricas foram sumarizadas pela distribuição de frequência. Intervalos de confiança (95%) foram calculados para as estimativas pontuais.

Resultados: A dose total de Heptar administrada variou entre 50-788mg, mediana de 320mg, e de heparina-suína variou entre 50-656mg, mediana de 318mg. A dose inicial de protamina variou entre 40-900mg, com mediana de 450mg no grupo Heptar, e entre 14-800mg, mediana de 500mg no grupo heparina-suína. Vinte e seis (12,56%) participantes do grupo Heptar e 16 (24,24%) do grupo da heparina-suína necessitaram de dose adicional de protomina (dose mediana de 65mg e 100 mg, respectivamente). A variação do TCA estabelecida pela diferença entre os valores pré-CEC e pós-protamina, no grupo Heptar se concentrou no intervalo -146.0-198.0 segundos. No grupo heparina-suína, a variação se concentrou no intervalo -237.0-94.0 segundos. No grupo Heptar a mediana do volume de sangue exteriorizado em 12 e em 24 horas foi de 265mL (0-9650mL) e 550mL (0-3150mL), respectivamente. No grupo da heparina-suína, a mediana do volume de sangue exteriorizado em 12 horas foi de 250mL (0-3000mL) e em 24 horas de 400mL (50-3950mL). O volume de sangue total exteriorizado do grupo Heptar variou entre 0-3350mL, mediana de 700mL, e variou entre 50-4525mL com mediana de 775mL no grupo heparina-suína.

Conclusão: Os resultados encontrados em relação a segurança foram semelhantes nos grupos Heptar e Heparina Suina.

PO 61

Plastia valvar mitral com implante de neocorda por cirurgia minimamente invasiva vídeo-assistida

Ademir Massarico Braz, Thiago Ferreira, William Camargo de Oliveira, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Olívio Souza Neto

Introdução: A cirurgia cardíaca minimamente invasiva (MICS) vídeo-assistida da válvula mitral já está bem estabelecida, sobretudo em centros de excelência. Apresentamos uma técnica de plastia valvar mitral, conhecida como técnica do Loop, realizada por esse acesso. Consiste na confecção de neocordas com fios de politetrafluoretileno (PTFE), que é aplicável para correção da insuficiência valvar mitral importante secundária ao alongamento ou ruptura das cordas tendíneas.

Descrição do Caso: Paciente masculino, 70 anos, casado, barbeiro, com antecedente pessoal de dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crônica. Acompanhava com cardiologista devido refluxo valvar mitral importante por prolapso. Evoluiu com piora de dispneia e fadiga progressiva aos esforços, classe funcional II da New York Heart Association. Ao exame físico, apresentava PA100x80mmHg, FC82bpm, bulhas rítmicas, B2 hiperfonética, sopro holossistólico 4+/6+ em foco mitral com irradiação para o dorso, estase jugular discreta e edema de membros inferiores 1+/4+. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateramente e estertores creptantes discretos nas bases pulmonares. Ao ecocardiograma transesofágico (ETE): aumento moderado do volume indexado do átrio esquerdo(44ml/m^2), diâmetro sistólico final do ventrículo esquerdo (VE) de 42mm, fração de ejeção do VE de 68%, pressão sistólica na artéria pulmonar estimada em 77mmHg através do refluxo tricúspide, insuficiência valvar aórtica discreta e insuficiência valvar mitral importante secundária a um "flail" do segmento P2 e parte do segmento P3 da cúspide mitral posterior. A cinecoronariografia não evidenciou lesão coronariana. Optado por tratamento através de MICS, com plastia valvar mitral pela técnica do Loop e implante de neocordas de PTFE, além de anuloplastia com anel de Carpentier semi-flexível(32mm). Foi estabelecido circulação extracorpórea com canulação periférica, sendo a canulação arterial realizada através da artéria femoral e a venosa através da veia femoral, passando pela cava inferior e átrio direito, indo até a veia cava superior (VCS). A extremidade da cânula ficou a 2cm da junção entre o átrio direito e a VSC. Todas as manobras de posicionamento das cânulas foram guiadas por ETE. Realizado proteção miocárdica através de cardioplegia cristaloide hipotérmica e anterógrada, com infusão única da Solução HTK. Após o término, o ETE mostrou redução importante e imediata do refluxo mitral, com superfície de coaptação de suas cúspides de 8mm,sem sinais de estenose significativa. Gradiente diastólico médio entre o átrio esquerdo e VE de 4mmHg e refluxo central discreto. O paciente foi extubado no centro cirúrgico e encaminhada para unidade de terapia intensiva. Recebeu alta após 20h da admissão e alta hospitalar após 24h da cirurgia.

Conclusão: Devido à dificuldade em prever o resultado da plastia valvar mitral para cada paciente, receio em ter que submetê-lo a um novo procedimento cirúrgico e falta de centros especializados, esta modalidade de correção cirúrgica é atualmente subutilizada na prática diária em nosso país, apesar das fortes recomendações de várias diretrizes. Aliada à MICS, a plastia da valva mitral com

preservação do tecido através do implante de neocordas de PTFE e técnica do loop é uma alternativa segura e eficaz, com menor taxa de mortalidade, menos dias de hospitalização e maior satisfação do paciente.

PO 62

Avaliação das interrupções do trabalho em equipe na cirurgia cardíaca

Vinicius José da Silva Nina, Augusto Dimitry Gonçalves Mendes, Fabio Biscegli Jatene, Nick Sevdalis, Omar Asdrúbal Vilca Mejia, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Rosângela Monteiro, Luiz Fernando Caneo, Paula Gobi Scudeller, Vinícius Giuliano Gonçalves Mendes

Introdução: Fatores organizacionais e a carga de trabalho contribuem significativamente na performance cirúrgica bem como nos resultados obtidos. As interações entre os membros da equipe cirúrgica bem como a interação com o ambiente cirúrgico são determinantes fundamentais e que precisam ser analisados e compreendidos. Os erros humanos são consequências de distúrbios em qualquer um desses fatores.

Objetivo: Identificar e avaliar os diversos elementos de ruptura do trabalho em equipe que impliquem em quebra do fluxo cirúrgico seguro mediante análise da autopercepção dos membros da equipe.

Métodos: Foi aplicado o questionário DiSI (Disruptions in Surgery Index) em integrantes das equipes de cirurgia cardíaca do HUUFMA, unidades Presidente Dutra e Materno Infantil. A amostra consistiu de 43 membros com o seguinte perfil: 20,9% de cirurgiões; 23,3% de enfermeiros; 37,2% de técnicos e 18,6% de anestesistas. Com posterior estatística descritiva e análise de confiabilidade dos dados obtidos através do Coeficiente de Cronbach. Após a tabulação os dados foram analisados mediante cálculo de médias e desvios padrão além da utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para avaliar as diferenças de percepções dos diversos grupos quanto aos distúrbios.

Resultados: Os resultados apresentaram uma confiabilidade aceitável, visto que a maioria dos coeficientes orbitaram no intervalo considerado ideal (0,7-0,9). Houve, contudo, problemas nos distúrbios "Habilidade Individual" e "Comunicação". Em ambos houveram medidas cujos coeficientes ficaram abaixo do valor desejado (<0,7). No tópico "Perturbações relacionadas ao paciente", suas medidas apresentaram valores superiores a 0,9. Os resultados revelaram que os participantes julgaram que seus colegas cometem distúrbios com mais frequência (P=0,0001) além de contribuírem mais significativamente para a ocorrência de interrupções (P=0,0001). Houve diferença estatisticamente significante quanto às ocupações no que diz respeito à frequência (P=0,0052), contribuição (P=0,0014) e obstrução (P=0,0068) ao fluxo cirúrgico. Os tipos de interrupções, também, apresentaram diferenças estatísticas quanto à frequência (P=0,0001), contribuição (P=0,0001) e obstrução (P=0,0001).

Conclusão: A análise de confiabilidade demonstrou boa consistência das medidas avaliadas pelo instrumento, muito embora alguns coeficientes não tenham permanecido dentro do intervalo preconizado. Os participantes julgaram seus colegas de trabalho mais propensos a cometerem falhas dentro do ambiente cirúrgico. Os resultados apresentam ressonância com outros estudos que avaliaram as interrupções e distúrbios em ambientes cirúrgicos diversos.

PO 63

Experiência piauiense no tratamento de aneurisma de aorta toracoabdominal

Jocerlano Santos de Sousa, Sebastião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Flávio Duarte Camurça

Introdução: Aneurisma de aorta toracoabdominal consiste em uma doença grave, potencialmente fatal e que necessita de tratamento especializado bem como medidas intra e pós-operatórias para prevenção de morte e complicações, como paraplegia, isquemia mesentérica, renal e de membros.

Objetivo: Apresentar a experiência cirúrgica de um serviço do estado do Piauí em doenças da aorta descendente e toracoabdominal.

Métodos: Foram operados 16 casos de aneurisma e/ou dissecção de aorta descendente ou toracoabdominal no período de dezembro de 2012 a outubro de 2016. Segundo a classificação de Crawford, 2 (dois) casos eram do tipo I, 2 (dois) do tipo II, 4 (quatro) caso do tipo III, 6 (seis) pacientes do tipo IV e 2 (dois) adequavam-se ao tipo V. Desses, em 8 casos com doença mais

extensa, optou-se por drenagem liquórica e tentativa de manutenção da pressão abaixo de 10mmHg. Manteve-se baixa pressão até o completo retorno do movimentos dos membros inferiores. Doze eram do sexo masculino e a idade variou de 38 a 75 anos.

Resultados: O tratamento cirúrgico foi realizado com abordagem toracoabdominal transdiafragmática ou abdominal (paramediana ou mediana), instalação de circulação extracorpórea aorta-aorta ou átrio esquerdo-femoral e substituição de aorta torácica e abdominal por tubo de dacron com reimplante quando necessário de ramos intercostais, tronco celíaco, artérias mesentéricas superior e inferior e renais. A mortalidade intraoperatória foi de 2 (dois) pacientes, 1 (um) no 3* dia pós-operatório por choque e acidose metabólica refratária e 1 (um) no vigésimo dia pós-operatório por provável isquemia mesentérica. Em todos os casos que se realizou drenagem, a mesma foi satisfatória com manutenção da pressão nos valores previamente estabelecidos sem incidência de infecção local, hematoma, aspiração de sangue ou déficits motores. O tempo médio de permanência da monitorização com o cateter foi de 2 dias. Houve infecção de ferida operatória em 4 casos.

Conclusão: Apesar do pequeno número de casos, nosso serviço segue ampliando conhecimentos e horizontes, especializando-se no sempre desafiador tratamento cirúrgico da aorta toracoabdominal.

PO 64

O Papel do ecocardiograma transoperatório na cirurgia cardíaca minimamente invasiva vídeo-assistida da valva mitral

Ademir Massarico Braz, Thiago Ferreira, William Camargo de Oliveira, Ricardo Casalino, Giani Mitiko Hirose, Anderson Nascimento, Eduardo Parrillo, Gabriela Freese Navarini, Rui Manuel de Sousa Sequeira Antunes de Almeida, Olívio Souza Neto

Introdução: Com o advento dos novos recursos tecnológicos desenvolvidos para facilitar a técnica e melhorar a segurança da cirurgia cardíaca minimamente invasiva(MICS) vídeo-assistida da válvula mitral, o ecocardiograma transesofágico(ETE) tem ganhado cada vez mais visibilidade dentro do ambiente do centro cirúrgico. Atualmente, com as novas funções que desempenha, como as imagens em 3D, por exemplo, sua aplicabilidade tem se expandido para diversos tempos cirúrgicos, o que faz dele um instrumento fundamental e indispensável para as rotinas da MICS.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar o protocolo de ETE aplicado para abordagens de MICS vídeo-assistidas da válvula mitral.

Métodos: Os pacientes estudados foram os que possuíam lesões da válvula mitral(estenose e/ou insuficiência) e um caso de mixoma de átrio esquerdo. Esses não necessitavam de procedimentos combinados e foram submetidos à MICS vídeo-assistida por acesso submamário ou periareolar.Durante o transoperatório, foram monitorizados com ETE, Phillips CX50. Ao final do procedimento cirúrgico,com o paciente já estável,o aparelho foi removido e o exame encerrado. Diversos critérios foram analisados para se definir os momentos do transoperatório em que as imagens geradas pelo ETE são indispensáveis no auxílio do cirurgião. É utilizado para confirmação da posição do cateter venoso central;posicionamento das cânulas venosas de inserção periférica nas veias cavas inferior e superior; posicionamento da cânula arterial femoral na aorta descendente; além de checar a eficiência da aplicação da cardioplegia anterógrada, através da análise do local de punção da agulha de infusão, de insuficiência aórtica e distensão do ventrículo esquerdo. Também analisa a função miocárdica após o despinçamento aórtico,o desempenho da válvula mitral (gradiente trans-protético, leaks e excursão dos folhetos)após a troca/reparo e auxilia no processo de deareação.

Resultados: 19 pacientes foram submetidos à MICS da válvula mitral, no período de agosto/2016 a agosto/2017. Todos os procedimentos foram orientados pelas imagens do ETE que foi realizado por um ecocardiografista habituado com a técnica. Todas as canulações foram guiadas pelo ETE e não houveram problemas com a posição das cânulas durante a cirurgia. A taxa de conversão de cirurgia foi nula e não foi preciso modificar a estratégia da circulação extracorpórea em nenhum caso. Não houve caso de embolia aérea com repercussão clínica ou radiológica.Dois casos foram submetidos a plastia da válvula mitral com emprego de neocordas de PTFE. Nestes, o emprego do ETE para medição das estruturas do aparato valvar foi fundamental para orientar a confecção dos loops de PTFE, bem como para avaliar a função da válvula após a correção. Não houve nenhum acidente com a passagem da sonda do ETE.

Conclusão: A utilização sistemática do ETE transoperatório em todas as MICS da válvula mitral demonstrou ser eficiente e de grande valia para garantir a qualidade do resultado cirúrgico e também a segurança ao paciente.Certamente participa na prevenção de complicações e auxilia na tomada de decisão frente a situações adversas. Em última análise, apesar de o estudo ser inicial e haver

necessidade de complementação com mais dados, a aplicação do ETE transoperatório auxilia na redução do tempo de internação, tempo de ventilação mecânica, tempo de unidade de terapia intensiva e mortalidade.

PO 65

Revascularização do Miocárdio com enxertos arteriais - Experiências e estratégias de um serviço no interior do Ceará

Andreza Sérvula Pereira da Silva, Mayara Teixeira Maciel Nogueira, Francisco Allyson Lopes Xavier, Francisco Airton Macedo Junior, Laíza Santos Leite Ribeiro, Sâmia Israele Braz do Nascimento, Ana Mayara Miranda, Guilherme Gomes Leal, Paulo Marcelo Barbosa Mesquita, Samuel Soares Eduardo

Introdução: O uso da artéria torácica interna esquerda (ATIE) para revascularizar a coronária descendente anterior já está associada a resultados bem superiores ao uso da veia safena em sobrevida, qualidade de vida, baixa incidência de eventos cardíacos (Loop, et all1986). A adição da artéria torácica interna direita (ATID) em associação à ATIE tem apresentado resultados ainda melhores em sobrevida e aparece como melhor opção quando se necessita de mais de um enxerto (Halkos, et all 2014; Lytle, et all 2004)2,3. A artéria radial (AR) também tem sido usada como segunda ou terceira opção de enxerto na cirurgia de revascularização do miocárdio a fim de ampliarmos o uso de enxertos arteriais.

Objetivo: Avaliar a aplicabilidade e demonstrar a experiência de um serviço que adotou o uso rotineiro de enxertos arteriais e as estratégias e resultados iniciais que envolvem essa prática. Avaliar as possibilidades de estratégias de configuração na confecção de enxertos arteriais.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, analítico, descritivo e retrospectivo. Que consiste na coleta de dados através de prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2017 no serviço de referencia em cirurgia cardíaca no interior do Ceará. Os enxertos arteriais utilizados foram a ATIE, ATID e artéria radial, que foram usados nas seguintes configurações: de forma livre in situ, composta em "Y" ou em "I", e ainda de forma sequencial.

Resultados: Nos 388 pacientes submetidos a cirurgia de RM nesse período, 962 coronárias foram revascularizadas, utilizando-se ATIE em 100% dos casos, a ATID em 40,5% (157) e a artéria radial em 12,1% (47). Considerando-se apenas as cirurgias com dois ou mais vasos revascularizados, contabilizamos 318 pacientes, 892 anastomoses, média de 2,8 coronárias por cirurgia. Em 41,2% (131) das cirurgias, foi utilizado exclusivamente enxerto arterial. A configuração de enxerto composto em "Y" foi utilizado em 30,2%, o composto em "I" em 27,7% e o sequencial em 25,5%. Com exceção da DA, a artéria que mais recebeu enxertos arteriais foi a MgCx (42,1%), seguida pela diagonal (31,7%) e pela CD (13,8%). Há uma tendência no uso mais amplo de enxertos arteriais em homens, e nos pacientes mais jovens. Dos pacientes que receberam dupla ATI, 32,4% eram diabéticos. O índice de cirurgia sem circulação extracorpórea foi de 55,9%. E a taxa de óbitos foi de 1,54%.

Conclusão: O uso das artérias torácicas internas bilaterais e da artéria radial, seja nas formas sequencial, composto em "Y" ou em "I", ou mesmo in situ; combinando ou não os designs, é uma importante estratégia. Esses artifícios podem e devem ser utilizados de modo a aumentar o arsenal para revascularizar as coronárias com enxertos arteriais. O uso de múltiplos enxertos arteriais na cirurgia de revascularização do miocárdio é factível tecnicamente falando, e tem bons resultados.

PO 66

A eficácia do emprego da mobilização precoce na promoção da alta hospitalar após cinco dias de pós operatório de cirurgia cardíaca

Claudia Roldão Barreto, Fernando Jacó Silva Moreira, Rafael Dib de Paulo Tajra, Rodrigo Dib de Paulo Tajra, Caroline de Paulo Tajra, Rumão Olívio Silva Neto, Antonio Dib Tajra filho

Introdução: A prorrogação da estadia do paciente em regime hospitalar influi de maneira direta e concisa para a menor rotatividade dos leitos, maior custo e maior probabilidade de que o paciente adquira infecção hospitalar, portanto, esta deve estar adequada ao tempo suficiente para que o indivíduo seja assistido de maneira satisfatória no âmbito de recuperação e a evitar que a internação provoque danos ao paciente.

Objetivo: O presente estudo visou observar se as manobras de mobilização precoce a nível de UTI e enfermaria seriam eficientes para que o tempo de estadia no pós-operatório da cirurgia cardíaca fosse de cinco dias sem acarretar riscos ao indivíduo.

Métodos: O estudo foi realizado no período de setembro de 2013 a abril de 2015 com o número total de 153 pacientes inclusos no estudo, sendo que foi usado como critério de exclusão pacientes com idade inferior a 18 anos. Todos os pacientes inseridos foram operados pelo mesmo cirurgião no Hospital São Paulo de Teresina Piauí. As manobras de mobilidade precoce utilizadas foram: mudança de decúbito e posicionamento funcional, mobilização passiva, exercício ativo-assistidos e ativos, uso de cicloergômetros na cama; sentar na borda da cama; ortostatismo, caminhada estática, transferência de cama para poltrona, exercícios na poltrona e caminhada. As cirurgias na qual os pacientes foram submetidos foi: revascularização miocárdio: 71 (46%), troca valvar: 46 (30%), reoperação valvar: 20 (13%), correção CIA: 16%. Após a coleta de dados os pacientes foram separados em 4 grupos: Grupo 01: aqueles que não obtiveram intercorrência após a alta hospitalar tendo permanecido em regime de internação de cinco dias, sendo que este critério foi estabelecido após a observação de retorno do paciente ao serviço apresentando complicações oriundas da cirurgia no período de até 01 meses, grupo 02: pacientes que apresentaram complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico após a alta, grupo 03: pacientes que apresentaram complicação durante a internação e necessitaram de mais tempo para recuperação, grupo 04: pacientes que vieram a óbito no pós operatório.

Resultados: Resultados apresentados vide Tabela 1.

Conclusão: O presente estudo, através das estatística apresentadas, demonstrou que em cinco dias foi possível prover a alta hospitalar de 91,6% dos pacientes sem que estes retornassem ao serviço. Portanto, demonstrou-se que o período de cinco dias de internação, quando conciliado a prática de mobilização precoce, é suficiente para promover a recuperação do pacientes sem acarretar quaisquer prejuízo a este. Ademas, o menor período de estadia em regime hospitalar também irá influenciar no menor custo e diminuição da probabilidade de que este adquira infecção hospitalar.

PO 67

Tempo de permanência em unidade de terapia intensiva coronariana e complicações no pós-cirúrgico da combinado de revascularização do miocárdio e troca valvar: um estudo analítico em centro de referência do estado de Alagoas

Elâyne Magalhães Mendes, Jailton Rocha Misael, Claudio José dos Santos Júnior, Rafaella Lima dos Santos, Ana Carolina Vasconcelos Coutinho, Josinaldo Santos da Costa, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Alanderson da Costa Moreira, Karine Nascimento Chaves, Laio Caju Wanderley, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: A doença arterial coronariana e as valvopatias são doenças que estão entre as causas mais frequentes da indicação de procedimentos cirúrgicos em pacientes cardiopatas. A associação dos procedimentos de revascularização do miocárdio e de troca valvar, para correção dessas patologias aumenta as dificuldades da cirurgia e a suscetibilidade para complicações pós-operatórias, o que pode elevar a taxa de ocupação de leitos de Unidades de Terapias Intensivas Coronarianas (UTIc) ou culminar com o óbito do paciente. Contudo, com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, espera-se o mínimo de complicações no período pós-operatório, que já são bem estabelecidas na literatura científica.

Objetivo: Avaliar o tempo médio de permanência em UTIc e a prevalência das principais complicações no pós-cirúrgico de procedimentos cardíacos combinados.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, observacional e retrospectivo construído com dados do Sistema de Prontuários Informatizados da Santa Casa de Misericórdia de Maceió dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca combinada de revascularização do miocárdio e troca valvar entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, EuroSCORE, tempo de permanência na UTIc, intercorrências, desfecho hospitalar e tipo de valva substituída; e realizada revisão de literatura nas bases de dados SciELO e Pubmed, utilizado os descritores: revascularização miocárdica, anuloplastia de válvulas cardíacas e complicações pós-operatórias.

Resultados: A amostra estudada foi constituída de 14 pacientes submetidos a correções de insuficiência coronariana (100%) associada a insuficiência aórtica (57,1%) ou mitral (42,9%), cuja média de idade foi de 62,3 anos, variando de 48 a 77 anos, dos quais 57,1% eram do sexo masculino. O valor médio do EuroSCORE foi de 3,88, distribuindo a população conforme os grupos de risco baixo, médio e alto em, respectivamente, 35,7%, 50% e 14,3%. A incidência de mortalidade na amostra foi de 28,6%. A mortalidade nos grupos de médio risco foi maior, sendo responsável por 50% do total de óbitos. Dentre as causas dos óbitos, o choque

cardiogênico foi o mais prevalente (75% dos óbitos). O tempo médio de internamento foi de 10,2 dias para todos os pacientes, apesar dos pacientes que evoluíram para óbito ficarem internos de 3 a 31 dias (média de 16 dias). Já aqueles que apresentaram alta da UTIc, o tempo médio de ocupação foi de 7,9 dias, com registro mínimo e máximo de 4 a 22 dias, respectivamente. Entretanto, em todos os pacientes, foi evidenciada a ocorrência de algum tipo de complicação pós-operatória, as mais recorrentes: hipotensão arterial (42,8%), fibrilação atrial (35,7%), insuficiência respiratória (35,7%), oligúria (28,5%) e hemorragias (14,3%).

Conclusão: Evidencia-se que a média de ocupação dos leitos de UTIc no pós-cirúrgico foi reduzida e que, em relação ao EuroSCORE, não se pode afirmar que o tempo de permanência na UTIc esta relacionada à prevalência de complicações pós-operatórias, visto que todos os grupos de riscos mantiveram um comportamento regular de complicações, embora com maior proporcionalidade de óbitos no grupo de risco médio. Sabe-se ainda que o cuidado individualizado é um fator importante na evolução pós-cirúrgica positiva, podendo prevenir complicações e, sobretudo, óbitos através do controle dos fatores de risco.

PO 68

COX-MACEIÓ: padronização de nova referência para fibrilação atrial

Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho, Cicero Felipe Paes de Araujo Costa, Iago Moura Aguiar, Olimpio Barbosa da Silva Neto, Igor Leão Gomes Leahy, Mickael Lucas de Moura Félix, Pedro Henrique Tôrres Félix, Wilson Spinillo Rodrigues dos Santos, Diego Pereira Gregório de Andrade, João Marques de Oliveira Júnior, Mônica Farias, José Wanderley Neto

Introdução: A fibrilação atrial (FA), isolada ou no curso de uma cardiopatia aumenta de modo importante a morbidade e a mortalidade. Em 1981, Cox et al. descreveram uma técnica cirúrgica capaz de restaurar o ritmo cardíaco e a contração atrial. A técnica original, em suas diversas variações, apresenta como obstáculo a necessidade de múltiplas incisões com trauma de circulação coronária e aumento do tempo de circulação extracorpórea.

Objetivo: O presente estudo objetiva relatar a experiência do serviço entre 2007 e 2016 com os resultados e a técnica simplificada utilizada.

Métodos: Entre 2007 e 2016, 244 pacientes portadores de cardiopatias diversas foram concomitantemente operados para correção da fibrilação atrial. As patologias da base foram: insuficiência mitral pura (38), dupla lesão mitral (63), disfunção de prótese mitral(DPM) - primeira reoperação (51), DPM - segunda reoperação (40), DPM - terceira reoperação (29) e disfunção de prótese metálica (23).

Resultados: A mortalidade foi de 6%(15). As causas de óbitos foram: AVC 3, discrasia sanguínea 3, insuficiência renal 5, insfuciência de múltiplos órgãos 2, embolia pulmonar 1, síndrome de baixo débito cardíaco 1. O tempo médio de circulação extracorpórea (CEC) foi de 121 minutos. A técnica empregada atualmente fica restrita á incisão de isolamento do AE dom fechamento da aurícula esquerda e as suturas do átrio direito que são realizadas antes de se entrar em CEC, reduzindo o tempo de CEC, que fica em torno 20% a menos que o processamento básico com a mesma eficiência. No seguimento, em tempos variados, através da classe funcional New York Heart Association (NYHA): NYHA I 72, NYHA II 114, NYHA III 21, NYHA IV 16.

Conclusão: Concluímos que as modificações introduzidas tornam o procedimento fácil e reproduzível, devendo ser recomendado a todos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca para portadores de valvopatia mitral e fibrilação atrial. A designação Cox-Maceió é mera homenagem aos cirurgiões envolvidos nesta variação do procedimento proposto por Cox.

PO 69

Uso de enxerto arterial em idosos. Prognóstico e qualidade de vida

Paula Fernanda Martins, Andrea Cristina O. Freitas, Leandro Neves, Gustavo Fernandes Carneiro, Alex Mota Benevides, Wladmir Saporito, Danilo Gurian, Adilson Casemiro Pires

Introdução: Discutir o impacto positivo, em qualidade de vida e prognóstico , da revascularização do miocárdio em pacientes idosos (≥75anos).

Objetivo: Este trabalho prospectivo visa pesquisar a qualidade de vida e prognóstico da revascularização do miocárdio em pacientes idosos, visto que esta população encontra-se em crescente, não só no Brasil, mas no mundo.

Métodos: Avaliamos 11 pacientes com idade ≥ a 75 anos que foram submetidos a revascularização do miocárdio usando obrigatoriamente enxertos arterial como uma das anastomoses. Esses pacientes foram seguidos por um período ≥ a 6 meses sendo solicitamos exames laboratoriais, imagem (ecocardiograma) e avaliados quanto qualidade de vida e autonomia. Neste estudo foi levado em consideração classe funcional de insuficiência cardíaca congestiva pre operatória, condição eletrocardiográfico pre operatória e número de artérias coronarianas acometidas visualizadas em cineangiocoronariografia. A sintomatologia clínica de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) foi classificada de acordo com a classe funcional da NYHA e a sintomatologia anginosa, segundo Canadian Cardiovascular Society (CCS) . Para a definição de angina instável utilizou-se o conceito de BRAUNWALD . Risco cirúrgico fora calculado pelo EuroSCORE. O ato cirúrgico foi realizado sempre pela mesma equipe, com a seguinte rotina: monitorização eletrocardiográfica contínua, pressão arterial contínua por cateterização da artéria radial, acesso venoso central e sondagem vesical. Após assepsia, promoveu-se a esternotomia longitudinal por planos e dissecção da artéria torácica interna esquerda. A retirada do enxerto venoso, iniciada com incisão em face para mediana de coxa direita, podendo variar membro devido qualidade do enxerto, e estendida em de acordo com o número de enxertos a ser utilizado. A CEC foi estabelecia com canulação de átrio direito e aorta ascendente, com heparinização prévia (3 mg/kg de peso), hipotermia moderada (28°-32° C), pinçamento da aorta de forma intermitente para proteção miocárdica e confecção das anastomoses. Ao realizar anastomose MIE-DA, procedeu-se ao aquecimento do paciente. A CEC foi interrompida e a neutralização da heparina foi realizada com protamina (1:1). Promoveu-se a revisão de hemostasia e as drenagens de mediastino e eventualmente da pleura esquerda,de acordo com a necessidade. Realizou-se a síntese da esternotomia por planos.

Resultados: Encontramos pouca variação em função ventricular comparativamente aos ecocardiogramas pre operatório e pós operatório. Apenas 18,18% dos pacientes apresentaram melhora ecocardiográfica. Entretanto, observamos que 0% tiveram piora ecocardiográfica, sendo que 81,82% permaneceu com ecocardiograma inalterado.

Conclusão: Fora observado que embora a função ventricular, comparativa em ecocardiograma pré e pós-operatório, tenha sofrido pouca alteração com a revascularização do miocárdio, o impacto em qualidade de vida, melhora da angina e classe funcional da IC foi fator positivo importante para este grupo de pacientes.

PO 70

Correção transcatéter de *leak* paraprotético mitral com oclusor vascular e troca valvar mitral por técnica *valve-in-valve* por via transapical. Relato de um caso operado com sucesso

Caroline Prado Giroto, Bruno Bessa Andrade, Gustavo Lycurgo, Alexandre Siciliano Colafranceschi, Marcus Vinicius Santos, Edmur Carlos de Araújo, Ricardo Barros Corso

Introdução: O vazamento periprotético ("leak") é uma complicação rara e grave em portadores de próteses valvares cardíacas. Pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou quadro de hemólise intratáveis que apresentam leaks devem ser tratados cirurgicamente. O tratamento transcatéter surge como uma alternativa menos invasiva à re-operação valvar para o tratamento de leak periprotético. As vias endovascular arterial, transapical retrógradas e a transeptal anterógrada podem ser utilizadas. A re-troca valvar mitral transcatéter por técnica de valve-in-valve (VIV) via transapical tem sido usada com frequência crescente em diversos centros cardiológicos mundiais na última década.

Objetivo: Descrever um primeiro caso de tratamento transcatéter de leak paravalvar e de re-troca por técnica de VIV mitral via transapical simultâneos, operado com sucesso em nosso serviço.

Métodos: Sexo feminino, 72 anos, submetida em outro serviço à revascularização miocárdica(2009) complicada por mediastinite, que necessitou de ressutura esternal na mesma internação. Paciente complicou-se com pseudoartrose parcial de esterno. Foi submetida a angioplastias coronarianas múltiplas. Necessitou de troca valvar mitral(2015) devido à insuficiência mitral isquêmica severa associada à ICC grave intratável, com enxertos coronarianos pérvios e sem evidência de isquemia miocárdica. Apresentou quadro de endocardite infecciosa precoce de prótese mitral biológica, que foi tratado clinicamente. Recebeu alta hospitalar com diagnóstico de leak periprotético mitral leve. Apresentou quadro progressivo de ICC de difícil controle a partir de 2016. Investigação revelou dupla lesão da prótese mitral com estenose moderada, insuficiência grave, grande leak paraprotético com 18 x 6 mm e pressão arterial pulmonar acima de 60 mmHg, confirmados por ecocardiograma transesofágico (ECOTE) com técnica de reconstrução 3D. Indicou-se nova cirurgia(4ª) cardíaca para re-troca valvar mitral e tratamento do leak periprotético. A paciente apresentava cálculo do EUROSCORE II de 18% de mortalidade estimada. Foi proposto e realizado simultaneamente, em julho de 2017, o tratamento transcatéter para fechamento de leak periprotético e re-troca mitral por técnica de VIV, via transapical por mini-

toracotomia esquerda, sob anestesia geral, sem uso da circulação extracorpórea(CEC). Os procedimentos foram realizados pela equipe cirúrgica e de cardiologia intervencionista, guiados por radioscopia e ECOTE intra-operatório, com recurso de reconstrução 4D. Utilizou-se um oclusor vascular modelo Amplatzer vascular plug III - St Jude Medical® com 10 x 5 mm para fechar o leak e uma prótese Sapiens XT - Edwards Life Sciences® número 29mm para o VIV mitral. Ambos os procedimentos foram realizados por bainha transapical modelo Ascendra Edwards Life Sciences® de 26F.

Resultados: Como resultado intra-operatório houve o completo fechamento do "Leak", correção total da dupla disfunção mitral com gradiente transvalvar residual máximo de 3 mmHg. A paciente foi extubada em sala cirúrgica e evoluiu com melhora clínica progressiva. Necessitou de re-internação por insuficiência respiratória para drenagem de derrame pleural esquerdo pós-operatório, com boa evolução.

Conclusão: O tratamento com sucesso transcatéter de leak paravalvar e de re-troca por técnica de VIV mitral via transapical simultâneos foi reprodutível em nosso meio, mesmo se tratando de técnicas ainda consideradas "off label" pelos fabricantes. As técnicas transcatéter para tratar as cardiopatias estruturais adquiridas são uma alternativa ao tratamento cirúrgico convencional em pacientes com alto risco operatório.

PO 71

Complicações e comorbidades em pacientes submetidos à correção de dupla lesão valvar em mais de uma valva

Shayanny de Souza Silva, Gabriel Ferreira dos Santos Vasconcelos, Kamilla Peixoto Bandeira, Vera Nascimento Gomes Victoria, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Pedro Livino de Alencar, Rafaella Lima dos Santos, Ana Carolina Vasconcelos Coutinho, Rafaela da Hora Sales, João Marques de Oliveira Júnior, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: A dupla lesão valvar (DLV) corresponde à existência de estenose associada à insuficiência em uma mesma valva. Essa patologia pode ocorrer em mais de uma valva concomitantemente, sendo o tratamento cirúrgico nesses casos feito através da dupla troca valvar. A análise das complicações e comorbidades em pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico é de fundamental importância para obtenção de dados que contribuam para a obtenção de desfechos favoráveis.

Objetivo: Apresentar as comorbidades e complicações intra e pós-operatórias de pacientes submetidos à correção de DLV em mais de uma valva.

Métodos: Foram analisados, retrospectivamente, 23 prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à cirurgia de correção de DLV em mais de uma valva, no período de janeiro a dezembro de 2016, na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, serviço de referência em cirurgia cardíaca de Alagoas.

Resultados: Dos 23 pacientes submetidos à cirurgia de dupla troca valvar, 13 (56,5%) eram do sexo feminino e 10 (43,5%) do sexo masculino. Os pacientes apresentaram a média de idade de 44±17,5 anos, variando de 19 a 77 anos. O tempo médio de ventilação mecânica foi de 1,56 dias, quatro pacientes foram extubados no centro cirúrgico, o tempo máximo registrado foi de 10 dias. No intra-operatório cerca de 61% dos pacientes evoluíram sem nenhuma intercorrência, dentre os que tiveram complicações durante a cirurgia 55% foi devido a hipotensão e arritmias, dentre elas a mais prevalente foi o bloqueio atrioventricular total, e o sangramento elevado esteve presente em cerca 44% do total. Cerca de 86% dos pacientes evoluíram no pós-operatório com intercorrências, as mais presentes foram: arritmias (10), plaquetopenia (7), hipotensão (6) e outras causas presentes foram insuficiência renal, sepse, hemiplegia, acidose e distúrbios hidroeletrolíticos. Dentre as comorbidades existentes, oito pacientes eram portadores de hipertensão arterial sistêmica, 7 tinham troca valvar ou anuloplastia prévia, outros presentes eram o acidente vascular encefálico, diabetes mellitus e fibrilação atrial crônica. Em relação aos pacientes que evoluíram com alta hospitalar (69,6%), pode-se verificar que esta ocorreu com uma média de 6±6,4 dias após a realização do procedimento cirúrgico, com registro mínimo e máximo de permanência na unidade de internação no pós-operatório de 2 e 29 dias, respectivamente. Dentre as causas dos óbitos pode-se levantar: assistolia refratária (2), choque cardiogênico (1), disfunção ventrículo-arterial (1), endocardite infecciosa de prótese aórtica (1) e sepse (1), hipotensão refratária (1).

Conclusão: Notou-se uma considerável prevalência de complicações intra e pós-operatórias, principalmente devido a arritmias e hipotensão, nos pacientes de dupla lesão valvar. E entre as comorbidades a mais presente foi a HAS. Os dados corroboram para a necessidade do reconhecimento precoce e manejo das intercorrências a fim de diminuir a mortalidade decorrente desse procedimento.

PO 72

Panorama do implante de marca-passo provisório transvenoso na emergência: uma comparação entre os estados brasileiros

Stefany Casarin Moura, Camylla Santos de Souza, Arielle Dias de Moraes, Raíza Michelle Vidal dos Santos, Laís Guerra Guedes, Wanessa Costa Santos, Ana Lúcia Azevedo de Barros Correia, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Bruno Bastos Godoi, Bárbara Stéphane de Macedo Guedes

Introdução: A estimulação cardíaca elétrica artificial faz parte do arsenal terapêutico, principalmente nas unidades de emergência, no qual usa-se marca-passo temporário no tratamento de bradicardias reversíveis. O marca-passo temporário transvenoso está indicado na emergência quando houver Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) associado a bradicardia, Bloqueio Atrioventricular (BAV) de 1 ª grau com bloqueio de ramo esquerdo, BAV de 2ª grau ou 3ª grau, ou bloqueio de ramo alternante. Na ausência de IAM, pode ainda ser indicado nos casos sintomáticos de assistolia, bradicardia, BAV total, BAV de 2ª grau, bloqueio de ramo alternante, flutter ou fibrilação atrial, doença do nó sinusal, síndrome do seio carotídeo, entre outras indicações profiláticas e terapêuticas de apoio. Os riscos de complicação no implante do marca-passo é inversamente proporcional à experiência do médico, devendo este definir os reais benefícios do implante, considerando a situação inicial do paciente e sua evolução.

Objetivo: Comparar a incidência do implante de marca-passo provisório transvenoso na emergência entre os estados brasileiros.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com análise de dados do DATASUS, utilizando as variáveis internações por ano em caráter de urgência, segundo região, de agosto de 2014 a agosto de 2017.

Resultados: No período analisado, executaram-se, no total, 12.006 procedimentos de implante de marca-passo provisório intravenoso na emergência. Na avaliação por regiões, o Sudeste foi o que mais realizou o procedimento (6.209), seguido do Sul (2.584), Nordeste (2.211), Centro-Oeste (732) e Norte (269), sendo que este efetuou 23 vezes menos procedimentos do que o Estado com a maior notificação. Em relação ao total de internações por ano, os valores foram 1.626 (2014), 3.899 (2015), 3.823 (2016) e 2.652 (2017). Individualmente, os meses com mais notificações foram julho/2015 (372), outubro/2014 (368) e janeiro/2015 (364). Já os meses com menos notificações foram fevereiro/2017 (281), agosto/2016 (287) e janeiro/2016 e novembro/2015 (294 ambos). À parte isso, os maiores índices permaneceram na região Sudeste.

Conclusão: Diante disso, é notória a diferença das taxas de realização do procedimento nas regiões Sudeste e Norte. Isso se deve, entre inúmeros fatores, à detenção tecnológica concentrada na região Sudeste em detrimento do restante do país. Além disso, deve-se pensar também que tal discrepância pode ser devido à subnotificações, o que inviabiliza que tal comparação seja fidedigna à realidade vivenciada pelos profissionais nessas regiões.

PO 73

Infarto agudo do miocárdio em paciente jovem provocado por dissecção em espiral de tronco de coronária esquerda e artérias descendente anterior e circunflexa

Danilo Pereira da Costa, Rodriogo Penha de Almeida, João Lucas O´Connel, Paulo César Santos, Fernando Roberto de Fazzio

Introdução: A dissecção espontânea de coronárias (DSC) caracteriza-se por uma ruptura da camada íntima e média do vaso coronário e hematoma na parede do vaso, não sendo secundária à doença aterosclerótica, à dissecção aórtica ou a trauma intravascular. É uma doença subdiagnosticada. Em relação aos fatores predisponentes, podemos destacar: sexo feminino, estresse emocional intenso, atividades físicas intensas (especialmente exercícios isométricos), terapia hormonal, uso de corticoides, uso de cocaína e tabagismo.

Descrição do Caso: Paciente de 39 anos, sexo masculino, tabagista e usuário de cocaína, havia apresentado dor torácica intensa, no repouso, sem irradiação, associado à dispneia, sudorese profusa há mais de 24 horas da chegada. Mantinha desconforto torácico leve no momento da admissão. Encontrava-se estável hemodinamicamente. ECG de admissão: Ritmo sinusal, supradesnivelamento do segmento ST difuso. Foi realizado coronariografia: dissecção em tronco coronária esquerda, envolvendo toda a artéria descendente anterior e todo o primeiro ramo Marginal (com oclusão distal destes dois vasos) e também a porção proximal da artéria Circunflexa. Ventriculografia Esquerda: Função sistólica global do VE deprimida de grau importante, com discinesia ântero-láteral e acinesia apical e ínfero-apical. Feito tentativa de angioplastia coronária em marginal esquerda, sem sucesso. Realizado

tratamento clínico e programado reavaliação com nova coronariografia em 5-7 dias, se paciente mantivesse estabilidade, ou cirurgia cardíaca emergencial em caso de instabilização do quadro. Paciente permaneceu estável e recusou nova coronariografia, tendo sido mantido tratamento clínico para Síndrome Coronária Aguda, Doença Arterial Coronária e Insuficiência Cardíaca.

Conclusão: A DSC constitui-se uma situação clínica e angiográfica dramática, que pode levar ao óbito indivíduos jovens e sem muitos fatores de risco para doença arterial coronariana. Há uma tendência atual à adoção de uma estratégia conservadora, principalmente naqueles pacientes sem isquemia recorrente. Quando da tentativa de angioplastia, a verificação quanto ao correto posicionamento da corda guia na luz verdadeira do vaso é mandatória. A angioplastia com stent não mostrou resultados tão promissores no tratamento deste tipo de lesão e apresenta índices de insucesso que podem chegar a 35,0%. O caso relatado é de DSC, como causa de Síndrome coronariana aguda, com dissecção em espiral, envolvendo múltiplos vasos. Dentre os fatores predisponentes, destaca-se o uso recente de cocaína. Apesar da gravidade das lesões, houve sucesso na abordagem conservadora (com tratamento medicamentoso), tendo o paciente apresentado resposta clínica satisfatória, estando em classe funcional I, três meses após o episódio inicial.

PO 74

Manutenção do tórax aberto e fechamento tardio do esterno em cirurgia cardíaca: resultado de 7 anos e revisão da literatura

Gabriel Lorente Mitsumoto, Felipe Machado Silva, Henry Eiji Toma, Luiz Antonio Rivetti, Valquíria Pelisser Campagnucci

Introdução: O pós operatório (PO) imediato de cirurgia cardíaca está sujeito à síndrome do mediastino apertado (1,7 a 4,2%), e a técnica utilizada para contornar tal complicação é a mediastinostomia sem esternorrafia e com isolamento entre o mediastino e o ambiente. Esse procedimento é eficaz apesar da relativa alta taxa de morbimortalidade. A manutenção do tórax aberto (MTA) pode aliviar a compressão cardíaca e proporcionar acesso rápido para o controle de hemorragias e arritmias, até que o estado hemodinâmico do paciente estabilize e se faça o fechamento tardio do esterno (FTE).

Objetivo: Nesse estudo foram analisados os dados de pacientes adultos submetidos a FTE após MTA ao longo de um período de 7 anos, as indicações, a epidemiologia, as principais complicações e seu impacto na evolução.

Métodos: Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, 646 cirurgias cardíacas abertas em adultos foram realizadas em nosso centro, e a MTA foi utilizada em 26 pacientes, sendo feito um estudo retrospectivo com a revisão de prontuários para determinar os fatores propostos. A técnica utilizada foi: posicionadas gazes ou compressas sobre as áreas nas quais se buscava hemostasia como linhas de sutura ou áreas de dissecção, a seguir era suturada uma luva cirúrgica aberta no formato da incisão para isolar o mediastino do meio externo, sobre a luva posicionava-se outra compressa seguida de adesivo cirúrgico.

Resultados: A incidência de MTA foi de 4,0% (26 de 646) sendo as cirurgias que envolviam a aorta as que tiveram as maiores taxas (22,7 a 25%). Os grupos MTA e controle diferiram em relação à idade e ao EuroSCORE II. O EuroSCORE II foi um preditor para realização da técnica de MTA pois teve uma pontuação maior neste grupo quando comparado ao grupo controle (P<0,01). As principais indicações para a MTA foram hemorragia, instabilidade hemodinâmica, edema cardíaco, arritmia e choque cardiogênico. A taxa de mortalidade dos pacientes submetidos à MTA foi de 57,7%. Apenas 16,0% não foram submetidos ao FTE por não atingirem o ponto de estabilidade hemodinâmica satisfatória. O tempo médio de MTA nos sobreviventes foi de 4,0±2,4 dias e nos não sobreviventes, 2,9±1,7 dias. A incidência das principais complicações no PO. Infecções ocorreram em 36,0% dos pacientes, destes, 44,0% tiveram infecções superficiais do esterno e todos sobreviveram; os outros 56,0% apresentaram mediastinite e apenas 1 sobreviveu. O grupo MTA apresentou ainda maior tempo de internação da cirurgia até a alta comparado ao grupo controle (P<0,01).

Conclusão: Apesar da elevada taxa de mortalidade do método, ele só é utilizado quando o fechamento do esterno representa uma chance ainda maior de óbito no PO. Desta forma o adequado conhecimento das indicações, técnica, cuidados e do momento do FTE são fundamentais para eventual resolutividade de casos desafiadores.

PO 75

Síndrome de fragilidade em cirurgia cardíaca

Felipe Borsu de Salles, Ivo Abrahão Nesralla, Paulo Roberto Prates, João Ricardo Michielin Santa`Anna, Guaracy Fernandes Teixeira Filho, Renato A. K. Kalil

Introdução: O aumento do número de idosos submetidos à cirurgia cardíaca demanda uma maior compreensão do contexto clínico destes pacientes. A Síndrome de Fragilidade tem uma prevalência elevada nesta faixa etária e pode ser marcador de prognóstico nesses pacientes.

Objetivo: Esta revisão de literatura busca identificar artigos originais que correlacionem Fragilidade e Cirurgia Cardiovascular.

Métodos: Foi realizado pesquisa em 3 bases de dados eletrônicas, para artigos publicados até novembro de 2017, utilizando os termos "Frail" e "Cardiac Surgery" e seus sinônimos. Os artigos foram avaliados pelo título e pelo resumo para inclusão nesta análise. Foram incluídos todos os artigos cujo tema central era fragilidade no contexto de cirurgia cardíaca. Todos os artigos de revisão, editoriais ou naqueles em que Fragilidade fosse um tema secundário foram excluídos.

Resultados: A pesquisa rastreou 840 artigos, dos quais 56 preencheram os critérios de inclusão. Os principais procedimentos estudados foram TAVI com 25 artigos (n=13139), seguido de cirurgias convencionais eletivas com 23 artigos (n=27870). Os temas de insuficiência cardíaca (transplante e assistência ventricular) foram abordados em 6 artigos (n=942), enquanto tratamento transcatéter de valva mitral foi analisado em apenas um artigo (n=213). Os desfechos clínicos de maior relevância - tais como mortalidade, eventos cardiovasculares maiores e tempo de internação - foram os mais estudados, avaliado em 51 artigos. Os pacientes considerados frágeis apresentaram resultados piores em praticamente todos trabalhos. Quando a fragilidade não foi apontada como fator para pior prognóstico clínico, apresentou maior tempo de internação em UTI e hospitalar. Diversos artigos abordaram a capacidade dos critérios de fragilidade em aumentar a acurácia da estimativa de risco cirúrgico, isoladamente ou em associação com escores de risco consagrados. Também foram estudados a relação de fragilidade com delirium (2 trabalhos) e disfagia (1 artigo). Uma publicação apontou a fragilidade como fator independente para maior custo de hospitalização, enquanto 3 artigos avaliaram a possibilidade de reverter a fragilidade com a intervenção cirúrgica ou com treinamento de reabilitação. Foram observadas diversas formas de classificar a fragilidade. Ao todo, foram testados 41 diferentes critérios. Alguns critérios foram baseados em força muscular (de membros superiores e/ou inferiores), alterações de peso, perdas cognitivas, exames laboratoriais, exames de imagem ou uma combinação destas variáveis para formar diferentes Índices de Fragilidade. Apesar da diversidade do método de avaliação, os pacientes considerados frágeis apresentaram piores desfechos que os não-frágeis.

Conclusão: Embora não haja consenso na forma de definir ou quantificar a Síndrome de Fragilidade, a presença desta condição representa um pior prognóstico para os pacientes candidatos a cirurgia cardíaca, seja para desfechos maiores, delirium, tempo de internação e custo hospitalar. A identificação da fragilidade permite estratificar o risco de maneira mais acurada para aqueles paciente que demandarão mais cuidados e recursos. Existe a necessidade de um consenso internacional sobre a adoção de um índice de risco devido para fragilidade, para tornar possível e mais acurada a comparação entre resultados de métodos de tratamento.

PO 76

Cirurgia cardíaca minimamente invasiva: experiência piauiense

Jocerlano Santos de Sousa, Flávio Duarte Camurça, Paulo Rego Medeiros, Sebastião Nunes Martins

Introdução: A cirurgia cardiovascular está em franca expansão com técnicas cada vez menos invasivas que incluem mini-incisões, cirurgias videoassistidas e cirurgias por telemanipulação com o auxílio de robôs. Sempre com ênfase nos benefícios ao paciente, estas técnicas já realizadas em grande número de pacientes nos principais centros americanos e europeus têm resultados comparáveis à cirurgia convencional com as vantagens de menor trauma cirúrgico, menos dor pós-operatória e menor tempo de internação hospitalar, além do aspecto estético.

Objetivo: Apresentar os resultados pós-operatórios da cirurgia cardíaca minimamente invasiva.

Métodos: Trinta e quatro pacientes foram operados consecutivamente por mini-incisão (miniesternotomia ou minitoracotomia com vídeo) entre os anos de 2012 e 2016. Quinze foram submetidos à substituição de válvula aórtica (11 por insuficiência e 4 por estenose), 11 foram operados por comunicação interatrial (CIA) e 8 por doença da vávula mitral, sendo 1 combinada com plástica de tricúspide. A idade média foi de 32,8 anos sendo 20 pacientes do sexo feminino. A miniesternotomia foi em "J" superior no 4 espaço intercostal direito para tratamento da válvula aórtica, em "L" invertido inferior no 2 espaço intercostal direito para CIA e no 4 espaço intercostal direito para tratar vávula mitral e/ou tricúspide.

Resultados: O comprimento médio da incisão para miniesternotomia foi de 7cm (centímetros) e 6 para minitoracotomia, menor que 1/3 do tamanho quando comparado aos tradicionais 22 a 24cm da incisão convencional para estes pacientes. Em um caso precisamos converter para esternotomia total por dificuldade de saída de circulação extracorpórea. O tempo operatório passou

a ser semelhante à cirurgia convencional a partir do 4 caso operado. O tempo de CEC variou de 25 a 88 minutos (média de 46). O tempo de UTI foi de 15 horas a 3 dias e internação hospitalar total de 3 a 7 dias. O reduzido trauma cirúrgico proporcionou recuperação mais precoce. A evolução tardia atualmente varia de 3 anos a 2 meses, estando todos os pacientes assintomáticos e de volta às suas atividades.

Conclusão: Não houve complicação diretamente relacionada com o acesso, demonstrando a segurança com a cirurgia cardíaca minimamente invasiva. O resultado estético foi satisfatório em todos os casos.

PO 77

Taxa de perviedade precoce dos enxertos pós endarterectomia coronariana

André Luis Betero, Mario Augusto Cray da Costa, Marcelo Derbli Schafranski, Jefferson Matsuiti Okamoto, Gustavo Fernandes Pupo, Wagner Gabriel Faustin Szeremeta, Robson Cesar Vaz Grczczak, Cassiano Kaspchak, Romulo Lopes da Costa

Introdução: Em pacientes com doença coronariana difusa ou complexa, a completa revascularização do miocárdio muitas vezes só é obtida através da realização da endarterectomia coronariana.

Objetivo: Os objetivos desta pesquisa são: determinar as taxas de perviedade precoce dos enxertos em pacientes submetidos a endarterectomia coronariana; comparar tempo de clampeio aórtico, de circulação extracorpórea e de internação pós-cirúrgico, infarto agudo do miocárdio perioperatorio, acidente vascular encefálico e mortalidade em pacientes submetidos ou não a endarterectomia coronariana.

Métodos: Realizou-se a revisão de um banco de dados de pacientes submetidos a revascularização miocárdica, com ou sem endarterectomia coronariana associada, entre janeiro de 2011 e junho de 2017. Dos pacientes submetidos à endarterectomia, 25 preencheram os critérios de inclusão, sendo comparados com 201 pacientes submetidos apenas à cirurgia convencional, que apresentavam características semelhantes. A análise das variáveis foi realizada através dos testes pertinentes, considerando-se estatisticamente significante um valor de P menor que 0,05.

Resultados: Não houve diferença estatisticamente significante em relação ao tempo de internamento (P=0,8139) e à taxa de óbito (P=1,0000), porém a endarterectomia está associada a maior tempo de clampeio aórtico (P=0,0004) e de circulação extracorpórea (P=0,0030). A taxa de perviedade avaliada nos pacientes submetidos à endarterectomia (72,22%) foi compatível com as descritas na literatura.

Conclusão: Nesta amostra, a endarterectomia coronariana esteve associada à taxa de perviedade precoce dos enxertos semelhante à da literatura, com taxa de morbimortalidade similares à da cirurgia convencional.

PO 78

Morbimortalidade em cirurgia de correção de aneurisma de aorta nos últimos 9 anos

Marcela Pires de Souza, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Pedro Reges Pereira Meira, João Paulo Lima Brandão, Susan Heloisa Ferrari Kuradomi Teixeira Rocha, Yasmin Olimpio Campos da Silva, Sanderson Rodrigo do Nascimento Raiol, José Ricardo Baracho dos Santos Júnior, Laisa Esteves Ramos, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A alta taxa de mortalidade na correção cirúrgica do aneurisma de aorta exige uma boa avaliação do risco operatório, levando em consideração a expectativa de vida do paciente e a ruptura do aneurisma, geralmente associada a fatores como: tabagismo, diâmetro maior que 5 cm, evolução no crescimento do aneurisma doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica e doenças degenerativas da aorta.

Objetivo: Analisar a morbimortalidade em cirurgias de correção de aneurisma de aorta e seu impacto na saúde pública.

Métodos: Estudo epidemiológico descritivo, baseado em revisão de literatura e coleta de dados através de estatísticas disponíveis no DATASUS, no período de 2008-2017, referentes ao tratamento de aneurismas de aorta. Foram utilizadas as variáveis: sexo, no de maior incidência da cirurgia, caráter de atendimento, óbitos, região do Brasil com maior/menor número de procedimentos e complicações pós-cirúrgicas.

Resultados: Atualmente, existem inúmeras técnicas usadas em cirurgias endovasculares de correção do aneurisma de aorta. Apesar disso, o procedimento não está livre de complicações, seja as que podem ocorrer durante ou após a cirurgia. Segundo o estudo de Bonamigo, Lucas, Junior e Metzer et al., a prevalência dos aneurismas de aorta pode ser até seis vezes maior nos homens. Em relação à disposição geográfica A maior taxa de mortalidade foi encontrada no ano de 2014 - 40,26% - e a menor em 2010 - 26,96. Nesse sentido, a mortalidade foi flutuante nesse período, não podendo estabelecer um padrão crescente ou decrescente de mortalidade. Em relação as complicações, as imediatas mais comuns estão ligadas ao procedimento cirúrgico como sangramentos persistentes com consumo de fatores de coagulação, lesões vasculares, lesão de vísceras parenquimatosas, lesão dos ureteres, embolias, hipotermia e tromboses. As complicações tardias são pseudo-aneurismas anastomóticos, fístulas aorto- entéricas, trombose e infecção do enxerto. As intercorrências de ordem cardíacas são extremamente comuns no pós-operatório de aneurismas da aorta, sendo que alguns autores relatam que 40% desses pacientes são coronariopatas e que até 10% dos mesmos devem receber procedimento cardíaco prévio ao tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta. A mortalidade de pacientes com diagnóstico de doença coronariana grave (lesão de tronco coronariano, três vasos e angina instável) triplica em relação aos pacientes sem tal achado. As complicações tardias mais comuns estão relacionadas à incisão cirúrgica. Complicações gastrointestinais após cirurgias da aorta acontecem em 6,6 a 21% dos casos e estão associadas à grande morbidade e aumento da mortalidade. apresentou a maior taxa de mortalidade foi a região Centro-Oeste (45,21) seguida da região Sul a região que (45,00) e a de menor foi a região Nordeste (8,10). Em relação ao caráter de atendimento, o de urgência mostrou a maior taxa de mortalidade (37,13) e a menor foi evidenciada no caráter de atendimento eletivo (25,32).

Conclusão: A diminuição da mortalidade no tratamento cirúrgico dessa patologia passa pelo desenvolvimento de técnicas cada vez menos invasivas e pelo diagnóstico precoce a fim de evitar a rotura do aneurisma e consequentemente o tratamento emergencial associado a um maior número de mortes.

21.04 | SÁBADO | ARENA SBCCV | SESSÃO III

8h30/12h30 (PO 79 ao PO115)

PO 79

Endarterectomia de artéria coronária: Desfechos em curto prazo em pacientes submetidos a CRM no IMIP

Jeú Delmondes de Carvalho Junior, Diogo Luiz de Magalhães Ferraz, Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Cristiano Berardo Carneiro Cunha, Igor tiago Correia silva, Rodrigo Mezzalira Tchaik, Joao Paulo Segundo de Oliveira Paiva, Felipe Ribeiro Walter

Introdução: A Doença Arterial Coronariana caracterizada pela obstrução intraluminal, parcial ou total, das artérias coronárias por doença ateromatosa é uma das principais causas de morte por causa cardiovascular no Brasil e no mundo. Com o advento da terapia de revascularização percutânea e sua progressiva evolução, cada vez mais tem aumentado a indicação de revascularização cirúrgicas para pacientes idosos, diabéticos, com doença renal crônica e com anatomia coronariana complexa; A endarterectomia da artéria coronária, proposta por Bailey et al., desde 1957, passou por vários questionamentos até os dias atuais, justamente por resultados incertos e variáveis na literatura; Entretanto, com a busca por uma revascularização completa, sua utilização tem aumentado consideravelmente; Com a melhora do pós-operatório e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, alguns estudos têm mostrado melhores resultados em pacientes submetidos a Endarterectomia coronariana, o que nos leva a uma literatura ainda em conflito.

Objetivo: Avaliar a experiência hospitalar inicial desta técnica, no sentido de determinar os fatores de risco relacionados à sua morbimortalidade.

Métodos: Foram avaliados retrospectivamente 19 pacientes submetidos à endarterectomia de artéria coronária de janeiro de 2016 a outubro de 2017, ou seja 5,9% das revascularizações miocárdicas no mesmo período, no Instituto de Medicina Integral

Prof. Fernando Figueira. Apenas 3 (15,7%) pacientes foram submetidos ao procedimento com CEC; As artérias submetidas à endarterectomia foram a descendente anterior em 12 (63,15%), coronária direita em 04 (21,05%), ramo marginal da circunflexa em 02 (10,5%) e descendente posterior em 01 (5,26%).

Resultados: Mortalidade intra-hospitalar foi de 10,52% (02 pacientes), com choque cardiogênico secundário à isquemia peri operatória sendo a principal causa. O tempo de permanências médio na UTI foi de 4,1 dias. O número de enxertos por pacientes foi de 2,57, sendo 11 arteriais e 8 venosos. Uso de assistência circulatória foi necessária em 03 pacientes (BIA e ECMO).

Conclusão: A associação de endarterectomia à cirurgia de revascularização miocárdica parece estar fortemente associada à alta taxa de IAM perioperatório e consequentemente morbimortalidade. Os fatores de risco avaliados, são fortes contribuintes para piores resultados, e devem sempre serem levados em consideração, quando da indicação desse procedimento.

PO 80

Bradicardia e síncope em paciente portador de marca-passo: um raro relato de ruptura de eletrodo

Brenda Barzotto Arnold, Jacqueline Marcely Oliveira, Caroline Casagrande Delai, João Luiz Itagiba Fonseca, Marcos Antonio Cantero

Introdução: Os dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis trouxeram grande avanço no tratamento de doenças cardíacas e melhora da sobrevida dos pacientes. Anualmente, cerca de 1,25 milhões de marcapassos (MP) são implantados no mundo, indicados principalmente para as bradicardias sintomáticas, ou para outras condições, como na falência cardíaca. Várias complicações, porém, podem estar associadas ao implante do MP, sejam elas agudas, como pneumotórax, hemotórax ou perfuração do miocárdio; ou tardias, como falha do dispositivo, mal posicionamento ou fratura de eletrodo.

Descrição do Caso: Paciente do sexo masculino, 81 anos, aposentado, etilista, tabagista, hipertenso e diabético, usuário de marca-passo cardíaco unicameral por fibrilação atrial de baixa resposta ventricular (implantado há 10 anos; última troca do gerador há três), compareceu ao ambulatório de cardiologia para consulta eletiva de avaliação do sistema de eletroestimulação. Trazido por acompanhante em cadeira de rodas, queixava-se de astenia, sudorese e episódios frequentes de síncope. Ao exame físico, apresentava-se afebril, pressão arterial 120/70 mmHg, pulso radial arrítmico e frequência cardíaca (FC) de 34 bpm. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Telemetria do sistema de estimulação: FC de 70 bpm, espículas de comando registradas no eletrocardiograma intracavitário, ausência de atividade ventricular própria, sugerindo falha de comando. Modificações nos parâmetros programáveis do gerador, incluindo saída máxima, falharam em obter comando cardíaco. Decidiu-se pela internação hospitalar para investigação. Eletrocardiograma da admissão mostrou ritmo irregular, bradicárdico, atividade atrial irregular, reforçando hipótese de falha de comando. Radiografia de tórax evidenciou fratura completa do eletrodo na região subclavicular direita, indicação absoluta de abordagem cirúrgica. Com paciente em uso prévio de anticoagulante oral (apixabana), contudo, esperou-se alguns dias para reversão do efeito e realização segura do procedimento. Na enfermaria, apresentou nova síncope, com hipotensão, queda de saturação, diaforese e rebaixamento de nível de consciência, sendo internado na UTI para estabilização. Cinco dias depois, foi realizado implante de novo eletrodo ventricular do MP, com posicionamento de região de ponta em ventrículo direito, remoção de segmento proximal do eletrodo antigo com sepultamento da parte distal, sem intercorrências. Paciente evoluiu bem, recebendo alta após dois dias.

Conclusão: Estima-se ser de 20-30 anos a viabilidade dos MP. Nesse caso, o do paciente, com modo de estimulação VVI, foi implantado há 10 anos, no hemitórax direito via subclávia. Apesar de sua importância, eles podem ser comprometidos por influências exógenas e endógenas - contato paciente-aparelho; ação magnética ou mecânica. Sobre esta última, pode haver a ruptura do eletrodo, com incidência de 2,6% reportada na literatura. Entre as principais causas estão ruptura por: ação iatrogênica durante esternotomia média; tensão exercida no cabo durante exercícios físicos; trauma direto; rejeição e processo inflamatório; e relação anatômica entre a veia subclávia e ligamento costoclavicular e/ou músculo subclávio, causando um aprisionamento do eletrodo, chamado de "Subclavian Crush Syndrome". Baseando-se no histórico do paciente, nas possíveis causas de ruptura do eletrodo e na proximidade do segmento rompido às estruturas anatômicas supracitadas, conclui-se que tal síndrome seria a etiologia mais provável. Ademais, mais estudos são necessários para entender melhor as causas das rupturas de eletrodo e, sobretudo, como preveni-las.

PO 81

Tratamento endovascular como alternativa de baixa mortalidade em doenças graves da aorta

Jocerlano Santos de Sousa, Sebatião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Flávio Duarte Camurça

Introdução: O uso de stents autoexpansíveis para tratamento de doenças da aorta tornou-se procedimento de escolha na maioria dos centros especializados devido à baixa morbimortalidade do método quando comparado com a cirurgia tradicional, sobretudo com envolvimento da aorta abdominal.

Objetivo: Descrever os resultados pós-operatórios imediatos e tardios de uma série de 06 casos de diferentes etiologias de tratamento endovascular em doença da aorta descendente proximal.

Métodos: No período de outubro de 2012 a janeiro de 2017, 6 pacientes foram submetidos à correção de doenças da aorta torácica descendente com utilização de stent autoexpansível. Do total, 1 era portador de aneurisma fusiforme com diâmetro máximo de 8cm, 1 tinha dissecção crônica do tipo B, sintomático, com diâmetro de 6,2cm, 1 era portador de dissecção crônica, com 2 meses de evolução, após trauma torácico fechado e fratura de costelas e os outros 3 pacientes tiveram ruptura espontânea de aneurisma, um com 2 meses de evolução, um com 3 dias e uma última com 12 horas. Quatro eram do sexo masculino. A idade variou de 38 a 78 anos, com média de 57,1 anos.

Resultados: O resultado angiográfico imediato demonstrou exclusão da lesão em 6 casos, o último, por instabilidade hemodinâmica na sala seguida de parada cardíaca, não foi realizado controle. Houve 1 óbito imediato na paciente com ruptura aguda. Não houve conversão para cirurgia convencional em nenhum caso. Nenhum caso de paraplegia foi evidenciado. O tempo médio de internação em unidade de terapia intensiva foi de 18 horas e o tempo de internação hospitalar variou de 3 a 12 dias. Todos os pacientes que tiveram alta encontram-se em seguimento ambulatorial, evoluindo assintomáticos.

Conclusão: O resultado pós-operatório da correção de uma série de 6 diferentes etiologias de doenças da aorta demonstrou segurança, eficácia, excelentes resultados e ausência de complicações, evidenciando a baixa morbimortalidade do método.

PO 82

Proteção medular em doenças graves da aorta

Jocerlano Santos de Sousa, Sebastião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Flávio Duarte Camurça, Maria Clara Serzedo, Mônica Cronemberger Guimarães Serzedo

Introdução: Paraplegia após correção de aneurisma ou dissecção de aorta descendente e/ou toracoabdominal varia de 3,5 a 35% na literatura devido ao pinçamento da aorta e o não restabelecimento do fluxo medular após a abertura da pinça. A drenagem do líquido cerebroespinhal e manutenção de níveis pressóricos previamente definidos têm sido descritos por diversos autores na tentativa de reduzir esse risco.

Objetivo: Apresentar resultados da drenagem liquórica em correção cirúrgica de doenças da aorta descendente e toracoabdominal.

Métodos: Foram operados 16 casos de aneurisma e/ou dissecção de aorta descendente ou toracoabdominal no período de dezembro de 2012 a outubro de 2016. Desses, em 8 casos com doença mais extensa, optou-se por drenagem liquórica e tentativa de manutenção da pressão abaixo de 12mmHg. Manteve-se baixa pressão até o completo retorno do movimentos dos membros inferiores. Seis eram do sexo masculino e a idade variou de 38 a 64 anos. Os sinais de alerta foram deficit motor ou drenagem sanguínea.

Resultados: Em todos os casos a drenagem foi satisfatória com manutenção da pressão nos valores previamente estabelecidos. Não houve casos de infecção local, hematoma, aspiração de sangue, déficits motores ou morte. O tempo médio de permanência da monitorização com o cateter foi de 2 dias. Nenhum caso de paraplegia.

Conclusão: A drenagem liquórica nas doenças da aorta foi eficaz, mantendo a pressão liquórica em níveis satisfatórios, sem apresentar complicações na série estudada.

PO 83

Agenesia de veia cava superior com ausência de veia cava superior direita: relato de caso de um achado cirúrgico

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Karine Nascimento Chaves, Marcella De Albuquerque Wanderley, Isabelle Oliveira Santos, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: A persistência da veia cava superior (VCS) esquerda é uma anomalia rara de prevalência próxima a 0,3% na população geral e 4,3% em indivíduos portadores de alguma cardiopatia congênita. É a variante mais comum do retorno venoso sistêmico ao coração, sendo raro o seu achado isolado com ausência da VCS direita. É normalmente assintomática, exceto nos casos de drenagem para o átrio esquerdo, e comumente detectada de forma acidental quando na realização de exploração cirúrgica ou de procedimentos como cateterismo cardíaco, tomografia computadorizada e colocação de marca-passo. Apesar disso, alguns sinais como pulso anormal da veia jugular esquerda, além de abaulamento paramediastinal sob o arco aórtico e alargamento da sombra aórtica na radiografia de tórax podem indicar essa anomalia.

Descrição do Caso: Paciente do sexo femino, 43 anos, vinha em acompanhamento em serviço de Cardiologia de referência do estado de Alagoas por uma comunicação interatrial (CIA) tipo óstio secundum de moderada repercussão hemodinâmica. Apresentava exame físico sem alterações e negava queixas cardiovasculares ou comorbidades. Foi indicado tratamento cirúrgico para tratamento da CIA e durante a intervenção, no momento de clampeamento da aorta e cardioplegia, foi detectada uma agenesia na veia cava superior (VCS), com persistência da VCS esquerda, que drenava para o seio coronário, além de ausência da veia cava superior direita. O seio coronário estava distendido e foi realizada atriotomia direita em circulação extracorpórea (CEC) para fechamento da CIA de 3mm de extensão com sutura direta dupla. A paciente evoluiu sem complicações ou necessidade de transfusão sanguínea (hematócrito pós-CEC: 33), recebendo alta da Unidade de Terapia Intensiva 48hs após o procedimento cirúrgico.

Conclusão: Trata-se de um caso raro, com cerca de 150 relatos em todo mundo. Em mais de 90% dos pacientes há a drenagem para o átrio direito através do seio coronário, assim como no caso descrito, e nos quase 10% restantes há a drenagem direta para o átrio esquerdo, criando um shunt direita-esquerda. Durante a CEC, com a canulação da cava superior e inferior, pode haver distensão das cavidades cardíacas direitas devido ao aumento do retorno venoso através da artéria coronária. O redirecionamento da solução cardioplégica para a VCS esquerda pode ocorrer na rota retrógrada, promovendo pobre preservação miocárdica, por isso a VCS esquerda deve ser canulada separadamente. Apesar da dificuldade no diagnóstico, a persistência da VCS esquerda deve ser pesquisada quando houver suspeição devido a sua associação com cardiopatias congênitas e distúrbios do ritmo.

PO 84

Dose única de cardiplegia em cirurgia cardíaca minimamente invasiva (CCMI)

Robinson Poffo, Sergio Augusto Fudaba Curcio, Paola Keese Montanhesi, Alisson Parrilha Toschi, Renato Bastos Pope

Introdução: Há mais de uma década, em muitos centros especializados pelo mundo, a cirurgia cardíaca minimamente invasiva tornou-se rotina, com o objetivo de atingir melhores resultados quando comparada à esternotomia mediana tradicional. No entanto, para que se tenha excelentes resultados pós-operatórios, é fundamental o emprego de boas estratégias de proteção miocárdica.

Objetivo: O objetivo do presente estudo é analisar a eficácia e a segurança do emprego de uma dose única de cardioplegia anterógrada fria tipo cristaloide (Custodiol®-HTK) como estratégia de proteção miocárdica na cirurgia cardíaca minimamente invasiva (CCMI).

Métodos: Pacientes submetidos a CCMI entre novembro de 2009 e janeiro de 2017 foram avaliados retrospectivamente. Em todos eles a solução Custodiol®-HTK foi utilizada como estratégia de proteção miocárdica. Dados clínicos e cirúrgicos foram analisados. As variáveis contínuas foram expressas em média, desvio padrão e mediana. Já as categóricas, em porcentagens e números absolutos.

Resultados: Pacientes submetidos a CCMI com dose única de cardioplegia anterógrada Custodiol®-HTK mostraram baixas taxas de complicações clínicas. A administração em uma só dose evitou interromper a cirurgia a cada 20-30 minutos, o que é fundamental quando se opta pela utilização das soluções cristaloides tradicionais ou cardioplegia sanguínea. O volume médio

de solução Custodiol®-HTK infundido foi de 2070,73±542,85ml. Apesar do volume elevado necessário à adequada proteção miocárdica, hemoconcentração e cell-saver intra-operatório foram utilizados em todos os casos objetivando-se balanço hídrico negativo que poderia minimizar os efeitos indesejados da hemodiluição. Hiponatremia foi identificada em 10 (12,2%) dos 82 pacientes analisados, sem complicações futuras relacionadas. Catorze pacientes (17,1%) foram submetidos a hemotransfusão. O ecocardiograma intraoperatório foi realizado em todos os casos: não foi vista disfunção ventricular em nenhum dos pacientes após a interrupção da circulação extracorpórea. A média de internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva foi de 1 dia e a média de internação total, de 4 dias. Não houve complicações intra-operatórias, conversões para esternotomia mediana nem morte por qualquer causa em 30 dias de seguimento pós-operatório.

Conclusão: Dose única de cardioplegia anterógrada Custodiol®-HTK é uma estratégia de proteção miocárdica factível e eficaz, permitindo rápido e homogêneo resfriamento cardíaco e boa função miocárdica mesmo após longos períodos de circulação extracorpórea. A possibilidade de administração em dose única é prática e ideal para CCMI.

PO 85

Operação de Fontan: evolução ao longo dos anos e a busca pela hemodinâmica ideal

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Lucas Roberto da Silva Barbosa , Marcella de Albuquerque Wanderley, Ana Lúcia Azevedo de Barros Correia , Raíza Michelle Vidal Dos Santos, Alanderson da Costa Moreira dos Santos, Sávio Vinícius Rodrigues Carvalho, Lívia Liberata Barbosa bandeira, Stefany Casarin Moura, Camylla Santos de Souza , João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A evolução das técnicas cirúrgicas vem a cada dia trazendo benefícios para a sociedade. No âmbito das cirurgias cardíacas, em 1971, Dr. Francois Marie Fontan apresentou um procedimento que poderia ser usado em pacientes que apresentavam apenas um único ventrículo funcional. Dessa forma se faria uma conexão entre as veias cava inferior e superior diretamente as artérias pulmonares, possibilitando o fluxo sanguíneo. Com o passar dos anos, pode-se aperfeiçoa - lá, intensificando o seu uso pelo mundo. No entanto o caráter paliativo e não curativo mantém-se constante no que diz respeito aos pacientes tratados.

Objetivo: Analisar a evolução da operação de Fontan, no período de 2012 a 2017, no Brasil.

Métodos: Realizou-se Estudo transversal, através de um levantamento bibliográfico, utilizando-se as bases de dados, Lilacs, MEDLINE, Science Direct, SciELO e PubMed. O período de pesquisa incluiu estudos publicados entre os anos de 2012 e 2017, com artigos em língua inglesa e portuguesa. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem a evolução da cirurgia de Fontan, desde sua idealização, perpassando por todas as mudanças até a obtenção de uma hemodinâmica considerada ideal. Os descritores utilizados para a busca de artigos foram: Fontan Procedure, Técnica de Fontan, Evolution of Fontan Surgery, congenital heart diseases.

Resultados: Atualmente, está bem estabelecida a superioridade da anastomose cavopulmonar sobre a anastomose atriopulmonar. Entretanto, vêm sendo discutido a melhor técnica para realização da cirurgia de Fontan. Na operação de Fontan modificada, o conduto de politetrafluoroetileno (PTFE) é interposto entre a veia cava inferior e artériapulmonar, cursando pelo interior do átrio direito, através do forame oval em direção ao teto do átrio esquerdo, por onde é exteriorizado e anastomosado ao tronco ou ramo esquerdo de artéria pulmonar. Nos últimos estudos ela foi utilizada em busca de melhores resultados. Os princípios da busca pela hemodinâmica ideal no Fontan são menor dissipação de energia por meio de anastomoses sem ângulos agudos, estenoses ou dilatações, menor presença possível de material rígido, fixo e impermeável e distribuição de fluxo pulmonar homogênea. A técnica do conduto interno dirigindo a veia cava inferior para o teto do átrio esquerdo, permite respeitar grande parte dessas premissas. A vantagem de se dirigir o conduto para o teto do átrio esquerdo passando pelo septo interatrial é o alinhamento que se obtém entre a veia cava inferior, o conduto e o ramo esquerdo de artéria pulmonar. A principal vantagem encontrada foi a baixa incidência de efusões pleurais encontrada na técnica de conduto interno que contribuiu diretamente na redução da morbidade e da permanência hospitalar. A longo prazo, está bem estabelecido que a efusão pleural se correlaciona com a incidência de síndrome perdedora de proteína e diminui a sobrevivência.

Conclusão: A operação de Fontan, portanto, está voltada à premissa da busca pela hemodinâmica ideal, sendo a técnica do conduto interno grande uma grande possibilidade de redução da morbidade, da permanência hospitalar e aumento da qualidade de vida.

PO 86

Dispositivo de assistência ventricular esquerda como ponte para recuperação em paciente pós cardiotomia por endocardite infecciosa

André Monti Garzesi, Leonardo Rufino Garcia, Tassya Bueno Takeda, Guilherme Tripoli, Nelson Leonardo Kerdahi Leite de Campos, Rafael Otto Schneidewind

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é a consequência de todas as cardiopatias e tem elevada morbimortalidade. Apesar de o transplante cardíaco ser o tratamento de escolha para o tratamento da IC avançada, existem limitações importantes para a sua realização. Assim, os dispositivos de assistência circulatória mecânica se tornaram uma terapia que contribui para um aumento de sobrevida. Podem ter como função a ponte para recuperação, ponte para transplante ou ser terapia de destino. O uso de suporte circulatório mecânico temporário, como o dispositivo de assistência ventricular esquerda (LVAD), pode restaurar a estabilidade hemodinâmica, reduzindo riscos de danos a órgãos-alvo, e oferecer condições para recuperação miocárdica. Não há relatos do emprego de assistência mecânica como ponte para recuperação em paciente com choque cardiogênico pós-cardiotomia devido à endocardite.

Descrição do Caso: Homem de 23 anos encaminhado devido febre e dispneia importante. O ecocardiograma evidenciou diâmetros de ventrículo esquerdo (VE) aumentados, fração de ejeção de VE de 61% e insuficiência importante de valvas esquerdas, além de vegetação em ambas. O paciente foi submetido à cirurgia cardíaca por instabilidade hemodinâmica e as valvas foram substituídas por próteses mecânicas. Durante a recuperação o paciente evoluiu com piora hemodinâmica. O ecocardiograma do 8° dia pós-operatório (PO) mostrou piora da fração de ejeção do VE (29%) sendo então implantado LVAD no décimo PO. O dispositivo foi acoplado ao coração através de uma cânula na ponta do VE e um tubo de PTFE na aorta ascendente. A recuperação foi acompanhada pelos parâmetros hemodinâmicos e ecocardiogramas diários. Antibióticos foram mantidos para tratamento da endocardite e profilaxia de infecção do LVAD. Após a implantação, o paciente permanecia com congestão pulmonar, oligoanúrico e com altas doses de drogas vasoativas. Posteriormente houve melhora hemodinâmica e desmame das drogas. O acompanhamento ecocardiográfico mostrou significativa recuperação do VE e o dispositivo foi removido após 10 dias do implante. A endocardite foi controlada e não ocorreu infecção do dispositivo. O LVAD permitiu a recuperação miocárdica e o paciente recebeu alta hospitalar após reabilitação física e cardiopulmonar.

Conclusão: Apesar de LVAD ser pouco utilizado em nosso meio como ponte para recuperação, esta indicação deve ser sempre considerada. O LVAD também pode ser usado em casos de choque cardiogênico em pacientes com endocardite apesar do risco de infecção.

PO 87

Dissecção espontânea de artéria coronária direita em paciente sem fatores de risco para doença aterosclerótica

Danilo Pereira da Costa, João Lucas O'Connell, Fernando Roberto de Fazzio, Rodrigo Penha de Almeida, Paulo César Santos

Introdução: A dissecção espontânea de artéria coronária (DEAC) é uma causa relativamente rara de síndrome coronariana aguda (SCA) e morte súbita. A etiologia e manejo ainda são controversos, baseados em experiências de relatos e séries de casos, sem evidências de estudos randomizados.

Descrição do Caso: O presente relato traz um caso de dissecção espontânea de Artéria Coronária Direita (ACD) em paciente do sexo feminino, 49 anos, sem fatores de risco clássicos para aterosclerose, com precordialgia típica por 2 horas, já resolvida há 6 horas. ECG identificou supradesnivelamento do segmento ST em parede inferior transitório durante a dor. Coronariografia na urgência não evidenciou estenoses significativas e sim uma tênue linha sugestiva de dissecção extensa envolvendo toda ACD. Evoluiu com melhora clínica, hipocinesia inferior e boa função contrátil global (na ventriculografia e ecocardiografia), recebendo alta assintomática no 7º dia, em uso de AAS (100 mg/dia), Clopidogrel (75 mg/dia), Rosuvastatina (20 mg/dia) e Atenolol (50 mg/dia). Encontra-se em classe funcional I, não tendo apresentado novos eventos após 6 meses.

Conclusão: Apesar Após melhora das técnicas angiográficas e ampliação do conhecimento dos profissionais sobre DEAC, o diagnóstico tornou-se mais frequente. Nas mulheres com menos de 50 anos, a prevalência chega a 9% dos casos de SCA.

Entretanto, acredita-se que as dissecções coronárias ainda sejam subdiagnosticadas, muitas vezes por falhas na identificação de imagens sugestivas de dissecção à coronariografia. Não existem ainda estudos randomizados com conclusões que definam o manejo imediato de stents em pacientes estáveis, uso de terapia antiagregante e anticoagulante máximas, o real benefício do uso de estatinas e outras medicações utilizadas nas SCA, a necessidade de repetir a coronariografia antes ou após a alta e outros.

PO 88

Aneurisma gigante de aorta ascendente: técnica e tática - Relato de caso

Jocerlano Santos de Sousa, Sebastião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Carlos Eduardo Batista de Lima

Introdução: Aneurisma e dissecção da aorta tem alta mortalidade em alguns casos, principalmente durante a fase aguda. As indicações clássicas para abordagem da doença da aorta ascendente permanece, via de regra, com o diâmetro maior ou igual a 55mm na aorta ascendente ou na fase aguda da dissecção da aorta. Em algumas situações, devido ao aumento exacerbado do diâmetro ou à extensão da doença, faz-se necessário táticas cirúrgicas alternativas que viabilizem a correção segura e eficaz com diminuição do risco perioperatório. O presente relato tem o objetivo de apresentar um caso de um paciente portador de aneurisma dissecante de aorta gigante, tratado em um hospital de referência do estado do Piauí.

Descrição do Caso: Homem de 47 anos, com história de dor torácica há 1 ano, rouquidão e episódios de dispneia em repouso, com piora nos últimos 30 dias, foi submetido a exames complementares incluindo angiotomografia de aorta que evidenciou dissecção do tipo I de DeBakey com extensão até ilíacas, com diâmetro máximo da aorta ascendente de 100mm. Foi submetido à correção cirúrgica através de heparinização plena e canulação de artéria subclávia direita e veia femoral direita antes da abertura do esterno, já em circulação extracorpórea para diminuir o risco de lesão iatrogênica. Procedeu-se à correção com substituição da aorta ascendente e válvula aórtica por tubo de dacron valvulado com prótese mecânica com extensão até hemicarco e confecção de tromba de elefante em aorta descendente por conter aneurisma de 65mm. O paciente teve coagulopatia e sangramento, sendo necessário reabordagem cirúrgica no 2* dia pós-operatório. Teve alta da unidade de terapia intensiva no 6* dia e alta hospitalar no 14* dia pós-operatório, sem intercorrências. O estudo histológico da parede da aorta mostrou degeneração da camada média. Chama a atenção a raridade do caso com diâmetro gigante e discute-se a técnica cirúrgica empregada.

Conclusão: Aneurisma de aorta com dissecção merece um tratamento diferenciado em alguns casos devido à dificuldade técnica. Quando bem estudado e documentado, a correta proposta e tática cirúrgica permite a correção da doença e melhora a sobrevida do paciente.

PO 89

Dissecção coronariana espontânea com apresentação clínica de infarto agudo do miocárdio - Relato de Caso

Luciano de Siqueira Bracci Júnior, Taísa Godoy Guzzela, Reiby Caetano Mustafá

Introdução: O reconhecimento de etiologias distintas da aterosclerose no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), como a dissecção coronariana espontânea (DCE), mostra-se imprescindível para a conduta correta de cada caso.

Descrição do Caso: Relato de caso através de revisão de prontuário na unidade coronariana do Hospital do Coração de Mato Grosso do Sul. D.U.C, feminina, 45 anos com história de Doença Hepatorrenal Policística, tabagista de longa data, admitida em 14/03/16, referindo dor precordial em aperto, de forte intensidade, com irradiação para membro superior esquerdo, sem fatores desencadeantes ou de alívio e associada à dispneia há 5h. Exame físico sem alterações. Eletrocardiograma de 12 derivações sem evidências de alterações isquêmicas agudas, CK-MB 49,8 U/L, CPK 660 U/L, troponina 1207ng/L; diagnostico de IAM sem supra de ST. Cineangiocoronáriografia (CATE) em 15/03/2016, evidenciou estenose de 40% em terço médio da coronária descendente anterior (DA) e hipocinesia antero-apical do ventrículo esquerdo (VE). Diante dos sintomas, dos valores de marcadores de necrose miocárdica e do resultado do CATE, realizou-se Tomografia Coronariana de Coerência Óptica, em 19/03/2016, revelando presença de flaps em terços proximal e médio de DA, indicando dissecção coronariana, perda luminal significativa em terço médio de DA com carga de placa de 70% além de placa rota. Implantado Stent farmacológico na lesão. Averiguada, pós-procedimento, presença

de dissecção em borda distal do Stent, além de dissecção estendendo-se desde Tronco de Coronária Esquerda até terço médio de DA e terço proximal de coronária circunflexa, com Hematoma comprimindo a luz verdadeira. Implantados Stents farmacológicos sob óstio de coronária esquerda e terço proximal de coronária circunflexa. Em 24/03/2016, CATE + ventriculografia de controle demonstrou presença de stents pérvios e acinesia antero-apical de VE. Paciente retornou no ambulatório de cardiologia em 03/02/2017 referindo leve dispneia. CATE de controle evidenciou reestenose intrastent de 90% do óstio de coronária esquerda. Realizada angioplastia mais dose de ataque e manutenção de Tirofiban por 24h com ótimo resultado clínico.

Conclusão: Portanto, a dissecção coronariana espontânea revela-se um evento raro, com incidência estimada em CATE de 0,04% a 0,2%. Embora a morte súbita seja a apresentação clínica em 50% dos caso, dados atuais mostram que entidade pode estar subestimada. O sexo feminino constitui 75% dos casos, com idade média de 40 anos. Patogênese pouco esclarecida. Diante de alta mortalidade, e do conhecimento patogênico restrito, relatar casos de DCE revela-se imprescindível a fim de otimizar a terapêutica e conscientizar a população sobre essa enfermidade.

PO 90

Tratamento cirúrgico sem circulação extracorpórea de drenagem anômala parcial de veias pulmonares sem comunicação interatrial

Karla Loureiro Loss, Rafael Aon Moyses, Danielle Lopes Rocha, Ariane Binoti, Isabela Salgado, Luis Renato Daroz, Sonia Maria de Andrade Rabello, Rafael Aon Moyses, Ariane Binoti Pacheco, Danielle Lopes Rocha, Luis Renato Daroz, Isabela Salgado

Introdução: Drenagem anômala parcial de veias pulmonares é uma anomalia cardíaca congênita rara, considerada extremamente rara na ausência de comunicação interatrial.

Descrição do Caso: Uma adolescente de 15 anos apresentava cansaço, tontura e dor torácica inespecífica aos grandes esforços há 3 anos. Referia também palpitações. Exame físico notado extrassístoles raras, pressão arterial de 120/80 mmHg e pulso de 91 batimentos por minutos e saturação arterial de O2 99%. Eletrocardiograma sinusal com raras extrassístoles. Radiografia de tórax apresentava vasculatura discretamente aumentada. Realizado ecocardiograma com Doppler que mostrou câmaras cardíacas normais com função contrátil preservada, notado insuficiência tricúspide leve com pressão sistólica de ventrículo direito (VD) estimada em 34 mmHg. Realizou ressonância magnética de coração que evidenciou dilatação discreta de VD e suspeitou de drenagem anômala de veia pulmonar superior esquerda. Foi submetida a angiotomografia cardíaca para avaliar veias pulmonares, evidenciado conexão anômala parcial de veias pulmonares, veia pulmonar superior esquerda drena todo lobo superior do pulmão esquerdo e cai na veia inominada, demais veias drenam em local habitual. Tronco pulmonar dilatado. Submetida a correção cirúrgica sem circulação extracorpórea com dissecção da veia pulmonar superior esquerda (VPSE) com inserção na veia inominada. Seccionada a VPSE na inserção, clampeado a auriculeta esquerda e abertura da auriculeta, após isso anastomose com fio PDS 6.0 da VPSE na auriculeta esquerda. Apresentou bom aspecto. Colocação de fios de marca-passo provisório e dreno mediano. Fechamento por planos. Paciente evoluiu muito bem hemodinamicamente sem necessidade de drogas vasoativas, alta da UTI pediátrica em 3 dias. Ecocardiograma controle mostrava bom fluxo em veia pulmonar superior esquerda sem sinais de obstrução. Clinicamente a paciente apresentou melhor dos sintomas de cansaço e tontura. Mantém queixa de palpitações, em uso de propranolol com controle clinico.

Conclusão: A cirurgia corretiva sem circulação extracorpórea foi possível já que a paciente não apresenta defeitos intracardíacos. A cirurgia foi realizada sem dificuldades técnicas e a paciente apresentou evolução clinica muito boa.

PO 91

Dissecção esqueletizada bilateral de artéria torácica interna não representa aumento de risco de mediastinite

Paulo Marcelo Barbosa Mesquita, Samuel Soares Eduardo, Andreza Sérvula Pereira da Silva, Alessandra Ribeiro de Albuquerque, Laíza Santos Leite Ribeiro, Débora Beatriz da Silva, Laiany Bezerra Azevedo, Mayara Teixeira Maciel, Francisco Airton Macedo Junior, Sâmia Israele Braz do Nascimento, Ana Mayara Miranda, Guilherme Gomes Leal

Introdução: Nos últimos anos, estudos tem demonstrado a associação entre dissecção bilateral de artérias torácicas internas e aumento dos casos de mediastinite, sugerindo que a dissecção esqueletizada traria menor risco de ocorrência dessa enfermidade.

(Risk factor for deep sternal wound infection after sternotomy: a prospective, multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996;111(6):1200-7.

Objetivo: Avaliar se a dissecção esqueletizada bilateral de artéria torácica interna representa aumento de risco de ocorrência de mediastinite.

Métodos: Estudo retrospectivo de 89 pacientes submetidos a revascularização miocárdica com dissecção bilateral de artéria torácica interna, nos anos de 2015 e 2016, no serviço de cirurgia cardíaca do Hospital do Coração do Cariri, em Barbalha/CE.

Resultados: Dos 89 pacientes estudados, apenas 2 foram submetidos a reabordagem cirúrgica por infecção de sítio cirúrgico superficial (2,247%), não sendo observado nenhum caso de comprometimento mediastinal e/ou esternal.

Conclusão: Após a análise dos dados obtidos, concluiu-se que a dissecção esqueletizada bilateral de artéria torácica não representa aumento de risco de mediastinite.

PO 92

Uso de cardiomioplastia no tratamento de cardiomiopatia dilatada: perspectiva e limitações

Danielly Patrícia de Brito Beltrand, Camylla Santos de Souza, Carolina Marquezin Giacomello, José Ricardo Baracho dos Santos Júnior, Julia Maria Monteiro Barreto, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Pedro Reges Pereira Meira, Germano Ramos dos Reis, Felipe de Sousa Oliveira, Gabriel Silvestre Minucci, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: Cardiomiopatia dilatada (CMD) caracteriza-se pelo enfraquecimento e afinamento da parede muscular esquelética cardíaca, com consequente dilatação das quatro câmaras cárdicas, sendo os ventrículos usualmente mais acometidos que os átrios, e progressiva redução da fração de ejeção. Um das opções de tratamento para CMD é a realização da cardiomioplastia, procedimento cirúrgico no qual se disseca o músculo grande dorsal e com ele envolve-se do coração do paciente, possibilitando comprimi-lo ritmicamente quando estimulado por um marca-passo.

Objetivo: Estudar a cardiomioplastia como tratamento para CMD, analisando seus benefícios e limitações.

Métodos: Revisão sistemática da literatura através das plataformas PubMed, LILACS e BVS, com os termos "cardiomyoplasty" e "dilated cardiomyopathy", com filtros de artigo completo disponível, em inglês e português, em um período de 20 anos (1997-2017).

Resultados: O levantamento nas bases de dados possibilitou a identificação de 26 artigos, segundo os critérios de busca supracitados. Destes, quatro foram selecionados por abordar ambos os descritores e estudos em humanos. Todos publicados em inglês, com dois realizados em 2006, um em 2003, e um em 1997. Um artigo fora publicado em revista brasileira e outros três em revistas norte-americanas. Apresentavam-se dois enquanto estudos de coorte retrospectivos, um estudo analítico experimental e outro estudo descritivo. Entre os assuntos abordados estavam: aplicação de cardiomioplastia celular em pacientes com CMD; cardiomioplastia por aplicação de malha proteica elástica em casos de CMD; análise da variação de pressão em ventrículo esquerdo antes e depois de procedimento de cardiomioplastia; e sobrevivência de pacientes submetidos a cardiomioplastia dinâmica. Observa-se, a partir dos estudos, o avanço das tecnologias nos procedimentos de cardiomioplastia nas CMD, com melhora das intervenções e diminuição da morbimortalidade. Importante salientar que o emprego de novos recursos, como células tronco e nanotecnologia em malhas biológicas, possibilitou a expansão do campo de ação e tratamento para tal patologia cardíaca.

Conclusão: Embora a cardiomioplastia apresente resultados relativamente satisfatórios, os quais apresentam uma boa melhora da função ventricular, o transplante cardíaco é o tratamento padrão ouro para portadores da CMD.

PO 93

Análise das intercorrências e tempo de permanência em Unidade de Terapia Intensiva na cirurgia de Bentall De Bono em centro de referência do Estado de Alagoas

Camila Farias Mota, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Marcella de Albuquerque Wanderley, Bárbara Carolina Almeida, Alanderson da Costa Moreira, Isabelle Oliveira Santos, Tullazy Cavalcante Torres, Elâyne Magalhães Mendes, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, Laio Cajú Wanderley, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: Em 1968 Hugh Bentall e Antony De Bono descreveram o procedimento de excisão e substituição da aorta ascendente por uma prótese tubular, em casos de aneurisma (Bentall e DE Bono, 1968). Mais de 40 anos se passaram e a técnica continua a ser reproduzida com ótimos resultados a curto e longo prazo, mostrando-se segura e eficaz (SILVA et al., 2008).

Objetivo: Descrever e analisar as intercorrências e o tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva nas cirurgias de Bentall De Bono realizadas em centro de referência em cirurgia cardíaca em Alagoas entre janeiro de 2015 e outubro de 2017.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, observacional e retrospectivo construído com dados do Sistema de Prontuários Informatizados da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, e analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, EuroSCORE, comorbidades, intercorrências e desfecho hospitalar.

Resultados: No período analisado 13 pacientes foram submetidos à cirurgia de Bentall De Bono, sendo 43% do sexo feminino, com média de idade de 43,5 anos, e 57% do sexo masculino, com média de idade de 48,4 anos. A média do EuroSCORE foi de 7,6 e o tempo médio de UTI foi de 9 dias, variando de 2 a 29 dias. Cerca de 31% dos pacientes evoluíram com intercorrências cirúrgicas, sendo elas: dificuldades técnicas, sangramento da ferida operatória e sangramento elevado. As complicações pós-operatórias foram: fibrilação atrial (2), infecção de ferida operatória (2), derrame pleural (1), insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral (1), sangramento elevado (7), bloqueio átrio ventricular total - necessitando de implante de marca-passo provisório - (1), choque associado a sangramento mediastinal elevado (1) e uso de Balão Intra-aórtico (1), e insuficiência renal aguda (1). A média de tempo para alta hospitalar ficou em 14, 3 dias. A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica - 85%. Cerca de 23% dos pacientes eram ex-tabagistas, 8% ex-etilista, 8% asmático, 8% diabético e 8% dislipidêmico. Não foram registrados óbitos durante o período de internamento pós cirurgia de Bentall De Bono.

Conclusão: Os dados obtidos corroboram com a literatura no que se refere à segurança e eficácia da técnica Bentall De Bono à curto e longo prazo no tratamento de doenças da aorta ascendente e valva aórtica.

PO 94

Complicação pós-operatória tardia de paciente adulto com T4F: um relato de caso

Veronica Maciel Zulian, Tailynne Arantes Guerreiro, Patrícia Leonardo Magalhães Santos, Antônio da Silva Menezes

Introdução: São três os grupos de pacientes adultos portadores de cardiopatias congênitas: os submetidos a intervenções cirúrgicas corretivas, os submetidos a procedimentos paliativos e os que não foram operados. O grupo com cardiopatia não-corrigida é único, pois, nesses a convivência de longo prazo com os efeitos da hipóxia e a excessiva redução de fluxo sanguíneo pulmonar resultam em importante modificação fisiológica.

Descrição do Caso: Paciente de 52 anos, sexo masculino, foi admitido na SCMG em abril de 2017 devido a complicações tardias de cirurgia corretiva de T4F e CIV subaórtica, realizada em setembro de 2016, com quadro de astenia, anasarca, dispneia, tosse produtiva, dor em epigástrio e hipocôndrio direito. Ao exame físico, ritmo cardíaco irregular, bulhas normofonéticas, sopro sistólico; crepitações em base pulmonar direita. Diagnosticado ainda na infância com T4F, porém não submetido ao tratamento corretivo, cursou apenas com cianose de extremidades até fevereiro/2016, quando sofreu episódio de síncope. Nessa admissão, apresentava ao ECO insuficiência discreta de mitral, tricúspide e aórtica; diâmetro de aorta ascendente de 36mm; CIV com shunt bidirecional e predomínio esquerda-direita; cavalgamento de aorta em septo interventricular de 50%; hipertrofia de parede livre de ventrículo direito (8mm); estenose infundibular da via de saída de ventrículo direito (7mm), produzindo gradiente médio de 53 mmHg e gradiente de pico de 87 mmHg; e tronco pulmonar (22mm) com discreta dilatação. Sua Cinecoronariografia de julho/2017 evidenciou circulação tipo coronária direita dominante, vaso de bom calibre, irrigando boa parte de parede posterior de ventrículo esquerdo, com lesão de 20% em terço médio, sem lesões obstrutivas em ramos posteriores; coronária esquerda bifurcada, de bom calibre, com ramo descendente anterior tipo IV, sem lesões obstrutivas. Ao ECO de novembro/2016, para pós-operatório recente, apresentava ritmo cardíaco irregular, com dilatação importante em átrio e ventrículo direitos; dilatação discreta em átrio esquerdo e aorta; valva tricúspide insuficiente de grau moderado e aórtica insuficiente de grau leve; regurgitação pulmonar residual de grau importante estimada em 60mmHg e a média de 20 mmHg; Patch Intraventricular bem posicionado, sem shunt residual. Ao ECO de abril/2017, para pós-operatório tardio, apresentava FE 61%, VD 45mm, volume sistólico de 39mm e diastólico de 59mm; Patch com parte móvel e shunt importante; insuficiência tricúspide de grau moderado; insuficiência mitral e aórtica de grau discreto; estenose pulmonar e subpulmonar. Apresentou melhora progressiva após administração de Furosemida, para correção da volemia;

Espironolactona, devido à baixa fração de ejeção, Hidrasalina para diminuir pós-carga; Deslanosideo para melhorar a contratilidade cardíaca; e Amiodarona pelo flutter atrial. Foi requisitado Ecotransesofágico para melhor decisão terapêutica.

Conclusão: As alterações cardiovasculares e sistêmicas na T4F são mais evidentes em pacientes adultos não submetidos à correção cirúrgica devido à longa convivência com cianose e sobrecarga de pressão. O procedimento também possui maior morbidade quando comparada à faixa etária pediátrica, sendo Síndrome do Baixo Débito, efusão pericárdica, atelectasia, arritmias atrial e ventricular, regurgitação pulmonar, e morte súbita complicações comuns, sendo esta a causa de morte mais comum no Pós-Operatório Tardio.

PO 95

Cisto pericárdico recidivado: relato de caso

Noedir A. G. Stolf, Thaís Amarante Peres de Paula Couto, Victor Hadad, Gilmar Geraldo dos Santos

Introdução: O cisto pericárdico é uma afecção benigna atualmente assintomática e a possibilidade de complicações na evolução é muito pequena. Não tem sido descrita a possibilidade de recidiva.

Descrição do Caso: Paciente de 53 anos admitida com queixa de dor torácica e disfagia. Há 6 anos foi submetida a ressecção de cisto pericárdico através de toracotomia ântero-lateral direita .Evoluiu sem intercorrências. Após 5 anos, ecocardiograma ressonância magnética e tomografia evidenciaram cisto retrocardíaco mais em mediastino posterior. Paciente foi operada por toracotomia longitudinal mediana com deslocamento cuidadoso do coração tendo sido possível ressecar o cisto de forma integral. Anatomopatológico confirmou o diagnóstico de cisto seroso pericárdico. Estudo ecocardiográfico e pós operatório não mostrou anormalidades.

Conclusão: Este caso ilustra a possibilidade de recidiva de cisto pericárdico talvez por ressecção incompleta.

PO 96

Ressecção completa de angiossarcoma de átrio direito - Relato de caso

Guilherme de Menezes Succi, José Ernesto Succi, Letícia Villiger, Fabiana Moreira Passos Succi, Alexandre Scremin Czezacki, Poliana Carvalho Vilela Morais Sousa

Introdução: A incidência de tumores cardíacos primários reportada em autópsias é rara, de cerca de 0,02%, sendo que a ocorrência de tumores secundários é cerca de 20 a 40 vezes maior (tumores cardíacos incidência 2013). Além disso, cerca de 70% destes tumores são benignos. Entre os tumores malignos mais comuns temos sarcomas, mesotelioma de pericárdio e linfomas. Apresentamos o relato de caso de ressecção completa de angiossarcoma de átrio direito em paciente do sexo masculino, de 16 anos. Apesar de tratar-se de grande massa com compressão cardíaca, a ressecção total foi possível, com boa evolução pós-operatória imediata.

Descrição do Caso: Paciente LCRO, sexo masculino, 16 anos, admitido no Pronto Socorro com quadro de dispneia aos pequenos esforços há cerca de 1 semana. O quadro teve início há cerca de 3 semanas, com rápida progressão da dispneia de grandes para pequenos esforços. Ecocardiograma inicial evidenciou grande massa intracardíaca, com compressão de Câmaras direitas, principalmente átrio direito. Tal achado foi confirmado em exames de RNM e TC. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com circulação extracorpórea. No intra-operatório observou-se grande massa invasiva de átrio direito, que foi ressecada com realização de parada circulatória total de 28 min e reconstrução de parede livre de átrio direito com pericárdio bovino. Imunohistoquimica mostrou angiossarcoma, sendo iniciada quimioterapia. Paciente recebeu alta no 7o PO e Eco pós-operatório mostrou ausência de massa residual.

Conclusão: Este caso mostra viabilidade de ressecção completa de grande tumor intracardíaco, baseado em bom planejamento com estudos de imagem e auxílio de parada circulatória total.

PO 97

Infartectomia/aneurismectomia associada ou não a revascularização miocárdica: um estudo epidemiológico brasileiro

Marcelo dos Santos Cruz Júnior, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Bianca Alves de Miranda, Valéria Meneses Sousa, Thaís de Oliveira Nascimento, Beatriz Siqueira Araújo, Patrícia Pampuri Lopes Peres, Ana Luísa Guélere Oliveira, Dayane Keli da Silva Farias, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: Uma das mais graves complicações do infarto do miocárdio é o aneurisma cardíaco e desde 1960 há relatos da associação da aneurismectomia à revascularização do miocárdio (RM), apesar da possibilidade da sua correção de forma isolada. O tratamento cirúrgico tem sido indicado quando o benefício é maior que o risco operatório, principalmente quando associado a taquiarritmias ventriculares, angina, insuficiência cardíaca e embolia periférica.

Objetivo: Analisar os aspectos epidemiológicos relacionados aos procedimentos de infartectomia/aneuristectomia no Brasil, associados ou não à revascularização.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo baseado nos dados da plataforma DATASUS para análise da mortalidade, número de internamentos, média de permanência hospitalar e custo ao serviço público do tratamento para infartectomia e aneurismectomia associada ou não a revascularização miocárdica entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016 nos estados brasileiros.

Resultados: No período analisado foram realizados 2.099 procedimentos de infartectomia/aneurismectomia associada ou não a revascularização, com uma média de 524,75 procedimentos por ano. Constatou-se que a região sudeste foi responsável pela maioria das notificações, com cerca de 56,40% do total de procedimentos, e a região norte pela menor contribuição do país, com 2,04% do total. Especificamente no ano de 2016 foram registradas 333 (15,86%) operações em todo o Brasil. Houve um total de 208 óbitos e , desses, 31 (14,9%) apenas no ano de 2016, com uma taxa de mortalidade próxima a 10. A média da permanência hospitalar no país foi de 12,7 dias, sofrendo significativa variação conforme as regiões, sendo a região norte a de maior média do país - 17,3 - e a nordeste a de menor média - 10,4 dias. O custo ao serviço público pelo tratamento desta complicação, incluindo serviços hospitalares e profissionais, é de R$ 25.709.502,00, sendo mais elevado na região sudeste com R$ 14.759.369, 07, e com menor número no Norte, com R$ 575.321,92.

Conclusão: É perceptível a importância desse procedimento visto que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. Por esse motivo, é imprescindível que os hospitais estejam equipados adequadamente e possuam equipes treinadas para que essas cirurgias sejam realizadas da forma mais segura e eficaz possível.

PO 98

Troca de Arco aórtico em paciente octogenário após ruptura de aneurisma: um relato de caso

Sâmia Israele Braz do Nascimento, Alessandra Ribeiro de Albuquerque, Laíza Santos Leite Ribeiro, Carlos Magno Alencar Dias de Oliveira, Samuel Soares Eduardo, Paulo Marcelo Barbosa Mesquita

Introdução: Aneurismas são dilatações das paredes arteriais superiores a 50% do diâmetro do vaso. Muitas vezes são assintomáticos. Com a ampliação do acesso aos exames de imagem e com o envelhecimento da população, eles são cada vez mais diagnosticados. Os fatores de risco incluem idade, sexo feminino, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, diâmetro aórtico e uma história familiar de aneurismas. A intervenção cirúrgica é recomendada para aneurismas torácicos que excedem o diâmetro máximo de 5,5-6,5 cm, ou que apresentam sintomas ou sinais de compressão local. Verifica-se um risco aumentado de morbidade e mortalidade quando o arco inteiro foi abordado cirurgicamente.

Descrição do Caso: Trata-se de um paciente, 84 anos, sexo masculino, atendido em serviço de atendimento especializado de cirurgia cardíaca, em estado geral crítico, decorrente de ruptura de aneurisma de arco aórtico. O diagnóstico foi confirmado por angiotomografia com contraste que evidenciou o aneurisma, tamponado por trombos. Foi submetido à cirurgia de troca de arco aórtico por enxerto do tipo Dracon. A cirurgia aberta teve duração de 5 horas, com utilização de circulação extracorpórea (CEC) por 2h, hipotermia e cardioplegia, seguida de clampeamento de aorta por 30 minutos. Após a cirurgia, o paciente permaneceu internado por 13 dias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com a melhora do quadro clínico, foi remanejado para a enfermaria da clínica médica, e após 47 dias, recebeu alta hospitalar.

Conclusão: O reparo do aneurisma do arco aórtico continua sendo um grande desafio cirúrgico, sobretudo quando realizado em condição de emergência como o caso descrito. Mesmo quando se obtém sucesso cirúrgico, o estado crítico e as comorbidades do paciente podem interferir negativamente no desfecho final.

PO 99

Ausência de mediastinite com a exclusão de uso de cera de osso em esternotomia

Roberto Rocha e Silva, Vanessa Rejane Pesciotto, Danilo Fernando Costa Duarte, Marlei Inacio Rodrigues

Introdução: Na cirurgia cardíaca, a infecção de ferida superficial em esternotomia ocorre de 0,5% a 8% dos casos, ao passo que a incidência de infecção de ferida profunda levando a ostiomielite e/ou mediastinite ocorre de 0,2 a 2% dos casos. A infecção de ferida profunda, embora mais rara, leva a alta morbi-mortalidade com internações prolongadas. Vários estudos demonstram correlação de mediastinite com obesidade, diabetes mellitus insulino dependente e uso de dupla mamária, além de cirurgias prolongadas e reoperações. Existem poucos estudos que relatam o uso de cera de osso na esternotomia como fator de risco para mediastinite. A cera de osso, embora diminua o sangramento de medula esternal, permanece como corpo estranho junto ao osso propiciando a proliferação bacteriana na eventualidade de contaminação da ferida cirúrgica.

Objetivo: O nosso grupo já havia abolido o uso de cera de osso na esternotomia da cirurgia cardíaca há vários anos. O objetivo deste estudo foi observar a incidência de infecção superficial e profunda em todos os pacientes operados em nosso serviço, desde agosto de 2015, e comparar com os dados de literatura para inferir se a ausência do uso de cera de osso pode diminuir a ocorrência de infecção de ferida profunda.

Métodos: A equipe da Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital Paulo Sacramento acompanha de forma seriada todos os pacientes operados pelo serviço de cirurgia cardíaca com notificação compulsória de qualquer re-internação por infecção. Nosso grupo de cirurgia cardíaca já havia abolido o uso de cera de osso na esternotomia. Fizemos levantamento de todos os pacientes operados a partir de agosto de 2015 para determinar a incidência de infecção de ferida superficial (definida por acometimento de pele, subcutâneo e/ou fascia pectoralis) e profunda (definida por acometimento do osso esterno, espaço sub-esternal e/ou mediastino). Em todo o período, foram operados 453 pacientes com mortalidade geral observada de 7,7%. A partir de 2016, passamos a utilizar EuroSCORE II e constatamos que a mortalidade esperada foi de 2,6% e a observada foi de 6,7%.

Resultados: A incidência de infecção superficial observada em nosso serviço, desde agosto de 2015, foi de 3,3% (15 casos em 453) que está de acordo com os dados da literatura (incidência de 0,5% a 8%). Entretanto, a incidência de infecção de ferida profunda (ostiomielite e mediastinite) foi zero. Apesar de apresentarmos casos de infecção superficial, nenhum deles evoluiu para acometimento de planos profundos. Inferimos que a ausência de cera de osso como corpo estranho no esterno teve papel marcante para os excelentes resultados obtidos, aonde não observamos casos de ostiomielite ou mediastinite.

Conclusão: A incidência de infecção de ferida superficial está de acordo com os dados de literatura. Entretanto, o método que dispensa o uso de cera de osso na esternotomia evitou a ocorrência de infecção de ferida profunda, não se observando casos de ostiomielite ou mediastinite.

PO 100

Endocardite infecciosa com indicação cirúrgica de urgência - Relato de caso

Maria Rosa Fragoso de Melo Dias, Sérgio Francisco dos Santos Junior, Vittor Fernando de Oliveira Castro, Heloíse Sarmento Ferreira

Introdução: A endocardite é causada por agentes infecciosos, sendo o Streptococcus viridans e Staphilococcus aureus os mais frequentes, e apresenta-se com alta mortalidade. Sobre as características clínicas, pode-se dizer que a diversidade e a natureza evolutiva do perfil epidemiológico da endocardite infecciosa (EI) continua sendo um desafio diagnóstico.A melhor recomendação de tratamento deve ser feita individualmente. A sobrevida melhorada em pacientes tratados cirurgicamente está correlacionada com uma redução da insuficiência cardíaca e com a prevenção de sequelas embólicas. Relata-se um caso de Endocardite Infecciosa como complicação do implante de próteses valvares. Optou-se pela intervenção cirúrgica a qual foi bem sucedida e resultou

na recuperação total do paciente. Objetiva-se neste estudo descrever um caso clínico e aspectos gerais de acordo com as mais recentes atualizações.

Descrição do Caso: Paciente J.A.M.S, sexo masculino, 47 anos foi admitido em julho de 2016 para compensação de edema agudo dos pulmões após hemorragia digestiva alta grave com necessidade de politransfusão. Paciente valvular (mitro-aórtico) com insuficiência cardíaca descompensada. Diante disso,em agosto do mesmo ano foi submetido a cirurgia de implante valvar mitral biológica PB N.31 e aórtica biológica PB N.27 com sucesso e boa evolução do pós operatório. Já em dezembro de 2016 paciente apresentou episódios febris,hemoculturas negativas e ecocardiograma demonstrando grande vegetação em prótese mitral com 25mm, acarretando leve estenose de fluxo e pequena vegetação em prótese aórtica 5mm. O paciente não apresentava qualquer sinal de descompensação hemodinâmica. Seguindo as Diretrizes Europeias de manejo da EI, foi decidido por internamento para intervenção cirúrgica e antibioticoterapia. O reparo cirúrgico foi: troca valvar mitral (PB 31) + aórtica (PB 27) biológicas com reconstrução de anel mitral com pericárdio bovino e necessidade de reforço de aorta ascendente com pericárdio bovino. No trigésimo quinto dia de pós-operatório paciente recebe alta hospitalar.

Conclusão: Relata-se um caso de EI precoce (< 12meses pós-operatório) conduzido e tratado com sucesso. Além de instituída terapia antibiótica tripla, a indicação cirúrgica de urgência foi feita devido a Endocardite infecciosa com vegetação maior que 10mm para que se evitassem fenômenos embólicos e atendendo as diretrizes mais atuais, tendo sido determinante para o bom desfecho do caso.

PO 101

Aneurisma de artéria pulmonar causado por esquistossomose: relato de um caso raro com importante repercussão hemodinâmica

Karine Nascimento Chaves, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, Diego Pereira Gregório de Andrade, Maria Mônica de Farias Costa Tenório, Francisco Siosney Almeida Pinto

Introdução: O aneurisma da artéria pulmonar (AAP) é a dilatação patológica do tronco da artéria pulmonar e/ou dos seus principais ramos. É uma condição rara, difícil de ser diagnosticada devido à sua baixa prevalência e por geralmente cursar com sintomas inespecíficos ou ser assintomático. O tratamento cirúrgico é comumente recomendado, contudo até o momento não foi estabelecido o diâmetro máximo da artéria pulmonar que determinaria a indicação cirúrgica, como ocorre com os aneurismas de aorta.

Descrição do Caso: Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, com sorologia positiva para esquistossomose, deu entrada neste serviço devido a um quadro de dispneia ao repouso, intolerância ao decúbito e tosse com episódios de hemoptise. Ao exame físico apresentava à ausculta cardíaca sopro sistólico em foco tricúspide. Radiografia de tórax com aumento da área cardíaca e do volume hilar bilateral, mais evidente a esquerda. O ecocardiograma transesofágico com doppler demonstrou dilatação do tronco da artéria pulmonar, bem como uma hipertensão pulmonar importante e aumento do ventrículo direito. Foi realizada uma angiotomografia de vasos pulmonares que mostrou acentuada dilatação do tronco da artéria pulmonar (7,9 cm) e também dos ramos direito (4,9cm) e esquerdo (5cm). O cateterismo cardíaco evidenciou coronária esquerda com estenose não aterosclerótica na origem, sem resposta ao uso de vasodilatador intracoronariano. Em razão do quadro clínico da paciente foi proposto o tratamento cirúrgico, no entanto, a paciente faleceu após dois episódios de parada cardíaca no intraoperatório devido à falência ventricular direita.

Conclusão: A associação do AAP e esquistossomose é muito rara e seu manejo ainda não está claro, enfatizando a importância de estarmos atentos aos possíveis sintomas clínicos e aos sinais em exames de imagem para a tomada da decisão terapêutica.

PO 102

Procedimento híbrido no arco aórtico em paciente com tubo de Dacron em aorta ascendente e endoprótese na descendente

Noedir A. G. Stolf, Lucas Regatieri Barbieri, Victor Hadad, Gilmar Geraldo dos Santos, Thaís Amarante Peres de Paula Couto, Eric Mercado

Introdução: Os procedimentos híbridos tem sido realizados nas doenças do arco aórtico em pacientes de alto risco. A presença de enxerto de Dacron na aorta ascendente constitui dificuldade para procedimento sem circulação extracorpórea (CEC).

Descrição do Caso: Masculino, 52 anos admitido com dor torácica intensa em região anterior do tórax irradiada para o dorso. Há 8 anos, havia sido submetido a cirurgia por dissecção aórtica aguda tipo A sendo substituída aorta ascendente e implantada endoprótese em aorta descendente para ocluir orifício de reentrada. A Angiotomografia mostrava que a endoprótese havia se deslocado apresentando amplo enchimento da falsa luz por vazamento proximal. O paciente foi re-operado por toracotomia longitudinal mediana. Foi possível pinçar tangencialmente o tubo de Dacron. Foi utilizado enxerto de Dacron bifurcado deste enxerto para tronco braquicefálico e carótida esquerda. Foram implantadas três endoprótese por via femoral tratando o arco até tronco celíaco. O paciente evoluiu bem,sem intercorrências. A Angiotomografia 12 meses após mostrou correção eficaz da dissecção.

Conclusão: O procedimento híbrido pode ser realizado sem CEC mesmo com tubo de Dacron na aorta ascendente.

PO 103

Valva aórtica quadricúspide: relato de três casos e revisão da literatura

Elinthon Tavares Veronese, Carlos Manuel de Almeida Brandão, Samuel Padovani Steffen, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Fabio Biscegli Jatene

Introdução: A valva aórtica quadricúspide é uma malformação cardíaca rara e estima-se sua incidência entre 0,003 a 0,043 % de todas as cardiopatias congênitas, surgindo habitualmente como uma anomalia congênita isolada. Apesar de ser uma malformação congênita, o diagnóstico é geralmente tardio devido ao início dos sinais e sintomas da valvopatia aórtica.

Descrição do Caso: CASO 1 Paciente masculino, 53 anos, início de dispneia classe funcional II pela New York Heart Association (NYHA) há 3 anos com progressão para classe funcional III há 1 ano, associada a ortopneia, dispneia paroxística noturna e síncope. Ao exame físico notava-se sopro sistólico com irradiação para carótidas e sopro diastólico em foco aórtico. O ecocardiograma transtorácico identificou dupla lesão aórtica, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) de 54%, gradiente VE-Ao máximo de 52 mmHg e insuficiência aórtica importante mas não evidenciou malformação na valva aórtica. No intra-operatório, observou-se que a valva aórtica era formada por quatro folhetos calcificados e retraídos, sendo dois de tamanho maior e outros dois de menor tamanho, mais retraídos, caracterizando-se como tipo C da classificação de Hurwitz e Roberts. O paciente foi submetido à substituição da valva aórtica por bioprótese de pericárdio bovino Braile número 25. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória e após cinco anos permanece assintomático. CASO 2 Paciente feminina, 51 anos, hipertensa e ex-tabagista. Há 1 ano apresenta progressiva piora dos sintomas com limitação significativa para atividades de rotina, atualmente em classe funcional III da NYHA. Ao exame físico apresentava sopro diastólico aspirativo ao longo da borda esternal esquerda. O ecocardiograma transtorácico demonstrou insuficiência aórtica de grau importante, com FEVE de 71%. Foram notados sinais de falha de coaptação entre as válvulas, embora uma caracterização anatômica acurada não tenha sido possível por limitação da janela acústica. O ecocardiograma transesofágico intra-operatório revelou uma valva aórtica quadricúspide, com 3 folhetos iguais maiores e 1 folheto menor, correspondendo ao Tipo B. A cirurgia foi realizado por miniesternotomia em superior em "L" invertido e transcorreu sem intercorrências. Implantou-se uma bioprótese Braile número 21. A paciente teve uma excelente recuperação e atualmente encontra-se assintomática após dois anos de seguimento. CASO 3 Paciente feminina, 57 anos com hipotireoidismo, atualmente estava em classe funcional III da NYHA. Ao exame físico notava-se sopro diastólico em foco aórtico e pulsos em "martelo d´água". O ecocardiograma transtorácico demonstrou insuficiência aórtica de grau importante, com FEVE de 57% sem descrição da alteração anatômica da valva. O ecocardiograma transesofágico intra-operatório revelou uma valva aórtica quadricúspide, com 3 folhetos iguais menores e 1 folheto maior, correspondendo ao tipo E. Foi implantada uma bioprótese Braile número 21 por via convencional. Atualmente encontra-se assintomática após sessenta dias de seguimento.

Conclusão: O diagnóstico de valva aórtica quadricúspide é raro, sendo por vezes realizado apenas no intra-operatório. O tratamento cirúrgico pode ser realizado através da substituição ou plástica valvar aórtica (tricuspidização ou utilização de retalhos de pericárdio bovino).

PO 104

Revascularização do miocárdio em paciente com *situs inversus totalis*

Daniel Augusto Schröder, Rodrigo Rodrigues da Silva

Introdução: Situs inversus totalis é uma condição incomum (1:10.000 nascidos vivos). A incidência de coronariopatia parece ser a mesma da população geral e com o mesmo prognóstico. Saad (Interact CardioVasc Thorac Surg 2009;9:698-702) revisou 24 casos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). O lado esquerdo da mesa cirúrgica foi o preferido para executar a operação e a artéria mamária direita o enxerto preferido para a descendente anterior (ADA). Representa um desafio técnico, mudando a rotina em relação à posição do cirurgião e dos enxertos.

Descrição do Caso: Paciente de 44 anos, masculino, angina estável, tabagista, hipertenso, ergometria com isquemia miocárdica. Cineangiocoronariografia com dextrocardia, fração de ejeção de 70%, lesões obstrutivas severas em ADA e circunflexa (ACX). Coronária direita (ACD) ocluída com enchimento por colaterais. Foi submetido à CRM com circulação extracorpórea (CEC). Recebeu pontes de mamária direita pediculada para a ADA, de mamária esquerda pediculada para ramo descendente posterior da ACD e de safena para 1° ramo marginal da ACX. Todas as anastomoses foram realizadas no lado direito da mesa cirúrgica. Pós-operatório foi sem intercorrências, com alta hospitalar precoce.

Conclusão: As anastomoses no lado esquerdo da mesa, embora atenuem a sensação de imagem em espelho, obrigam o cirurgião destro a operar como se fosse um canhoto no lado direito da mesa, tornando a cirurgia desconfortável. Com manobras de posicionamento do coração, sugerimos executar a cirurgia pelo lado direito. Outra inovação foi a utilização da artéria mamária esquerda para revascularizar a artéria descendente posterior de forma pediculada, o que ainda não havia sido descrito.

PO 105

Comunicação interventricular e aneurisma apical de ventrículo esquerdo em paciente pós-infarto: um relato de caso

Alessandra Ribeiro de Albuquerque, Sâmia Israele Braz do Nascimento, Carlos Magno Alencar Dias de Oliveira, Laíza Santos Leite Ribeiro, Paulo Marcelo Barbosa Mesquita, Samuel Soares Eduardo

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) pode gerar importantes complicações mecânicas, principalmente após IAM transmural. O defeito do septo ventricular pós-infarto geralmente ocorre na semana posterior ao evento inicial, com incidência variando entre 1 a 3% e comumente associado a uma elevada taxa de mortalidade. A presença de comunicação interventricular (CIV) simultânea a um aneurisma do ventrículo esquerdo é rara e altamente letal. Requer abordagem cirúrgica urgente, com reparo do defeito do septo ventricular e do aneurisma, a partir do tecido infartado frágil.

Descrição do Caso: Trata-se de uma paciente, 72 anos, admitida no serviço de cirurgia cardíaca, com quadro de dispneia a pequenos esforços, em piora progressiva, fadiga e edema em membros inferiores. O ecocardiograma transtorácico (ETT) verificou fração de ejeção de 40%; pressão sistólica de artéria pulmonar de 51 mmHg; insuficiência mitral, insuficiência tricúspide e insuficiência aórtica leve; aneurisma na região apical do ventrículo esquerdo; disfunção sistólica grau moderado de ventrículo esquerdo; hipertensão arterial pulmonar e CIV apical do tipo muscular. O resultado do cateterismo cardíaco constatou uma lesão oclusiva de 40% em terço médio do ramo marginal da artéria circunflexa, e 40% de oclusão na artéria descendente anterior proximal. Desta forma, os achados de imagem associados ao quadro clínico e o histórico de IAM prévio, indicaram tratamento cirúrgico, com correção de CIV e do aneurisma ventricular, utilizando pericárdio bovino e o recurso da circulação extracorpórea. O ETT realizado no oitavo dia pós-operatório evidenciou função sistólica de ventrículo esquerdo reduzida, de grau importante, por déficit contrátil segmentar; disfunção diastólica leve; pressão sistólica arterial pulmonar de 46 mmHg; insuficiência mitral, insuficiência tricúspide e hipertensão arterial pulmonar leve. Evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências, recebeu alta hospitalar 14 dias após a cirurgia.

Conclusão: Mesmo recebendo cuidados adequados, a mortalidade dessa patologia é estimada em 30%. Entre os fatores agravantes estão a alteração na pressão arterial sistêmica, na pressão do átrio direito e no maior tempo de circulação extracorpórea. Um diagnóstico rápido e tratamento cirúrgico de urgência melhoram significativamente o prognóstico do paciente, como ocorreu no caso relatado.

PO 106

Dissecção aguda de aorta tipo A como complicação de coarctação: relato de caso e revisão da literatura

Gabriel Lorente Mitsumoto, Felipe Machado Silva, Luiz Antonio Rivetti, Valquíria Pelisser Campagnucci

Introdução: Coarctações aórticas não são tão incomuns, mas frequentemente ameaçam a vida se não tratadas logo após o nascimento. Pacientes não tratados e que possuem fluxo colateral suficiente tendem a permanecer assintomáticos até a segunda década de vida, mas podem desenvolver complicações importantes. A dissecção aguda de aorta complicada da coarctação da aorta não tratada é uma situação rara e crítica. O objetivo deste estudo é relatar um caso raro de dissecção complicada de uma coarctação e revisar a literatura até junho de 2017.

Descrição do Caso: Um homem de 25 anos veio ao nosso hospital com quadro de síncope após esforço físico. Ele apresentou hipotensão, taquicardia, taquipneia e hipotermia. O ecocardiograma revelou grande derrame pericárdico, coarctação da aorta distal à artéria subclávia esquerda e valva aórtica bicúspide. A tomografia computadorizada revelou um aneurisma aórtico, dissecção Stanford A e vasos colaterais bem desenvolvidos. O paciente foi submetido ao reparo da aorta ascendente pelo procedimento de Bentall. Posteriormente, ele foi submetido à correção endovascular, a qual não foi possível devido à estenose completa da coarctação. Portanto, a coarctação foi corrigida cirurgicamente com um pequeno enxerto extra-anatômico da artéria subclávia esquerda para a aorta descendente sem o auxílio de circulação extracorpórea (CEC). O período pós-operatório não apresentou intercorrências e o paciente recebeu alta após 7 dias.

Conclusão: Nós encontramos 15 relatos de caso na revisão da literatura. A substituição da aorta ascendente antes do reparo da coarctação pode ser mandatória para a sobrevivência de pacientes em situações de dissecção aguda da aorta ascendente, mas apresenta problemas como descompensação cardíaca após CEC devido à pós-carga elevada e ao maior risco de hemorragia perioperatória, requerendo alto nível de atenção. Essa sequência de abordagem por etapas para reparar tais lesões complexas mostra-se essencial para a sobrevivência em situações clínicas críticas.

PO 107

Cardiopatia congênita rara no adulto: Tetralogia de Fallot

Julia Assis Pires, Nara Regina Batista Barros, Ana Paula Pilon Chiecon, Paula Gomes Martins, Wanderson dos Santos Gonçalves, Sandro Adauto Martins

Introdução: A tetralogia de Fallot representa 10% das cardiopatias congênitas. Com uma prevalência de 0,262/1000 nascidos vivos. Essa má formação culmina em alterações anatômicas do coração, caracterizado por um não fechamento do septo interventricular. Esse desenvolvimento anômalo, provoca estreitamento na região eferente do ventrículo direito com hipertrofia do mesmo e a dextroposição da aorta sobre o septo muscular. Dessa forma, repercussões sistêmicas são encontradas, devido a hipóxia dos tecidos, fundamentado pelo shunt direito-esquerdo, que provoca uma oxigenação sanguínea insuficiente. O tratamento é composto pela correção cirúrgica das alterações estruturais. Sem essa intervenção, sabe-se que somente 3% alcançam os 40 anos de idade.

Descrição do Caso: Paciente, sexo masculino, 35 anos, com diagnostico clínico de tetralogia de Fallot, sem nenhum tipo de intervenção cirúrgica ou medicamentosa previa. Queixando-se de dispneia e cianose aos médios e grandes esforços. Ao exame físico, constatado sopro sistólico de ejeção 3+/4+ em todo o precórdio, sendo mais evidente no bordo esquerdo do esterno. Após realização da Ecodopplercardiografia transtorácica confirmou o diagnostico através das evidencias características da tetralogia: comunicação interventricular; estenose infundibular de via de saída do Ventrículo Direito (VD); hipertrofia do VD e Dextroposição de Aorta.

Conclusão: A idade do paciente não constitui contraindicação cirúrgica. A intervenção realizada de maneira precoce, impede o desenvolvimento da hipertrofia ventricular direita e das alterações metabólicas inerentes da patologia, sendo indicada o procedimento cirúrgico para melhora da sobrevida e a qualidade de vida, reduzindo a incidência de complicações. Atualmente, o paciente encontra-se em preparo clínico pré-cirúrgico.

PO 108

Diferentes técnicas de canulação para cirurgia cardiovascular

Jocerlano Santos de Sousa, Flávio Duarte Camurça, Paulo Rego Medeiros, Sebastião Nunes Martins

Introdução: A cirurgia cardíaca e dos grandes vasos é realizada de forma convencional através da canulação da aorta ascendente e veias cavas superiores e inferiores. No entanto, algumas doenças necessitam de uma abordagem alternativa que possibilite a

correção cirúrgica com circulação extracorpórea de forma segura e efetiva possibilitando a manipulação da aorta e do coração sem comprometer a perfusão cerebral e sistêmica.

Objetivo: Descrever diferentes formas de canulação para circulação extracorpórea em cirurgias de aorta ascendente com ou sem envolvimento do arco aórtico, aorta toracoabdominal e cirurgia cardíaca minimamente invasiva.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva observacional destas técnicas entre o período de 2012 a 2016, no Hospital São Marcos, em Teresina-PI. Sessenta pacientes com diagnósticos de doença da válvula mitral (23), comunicação interatrial (13) ou doenças da aorta (24) necessitaram de diferentes sítios de canulação que permitissem a correção cirúrgica. Vasos femorais, artéria subclávia direita, tronco braquiocefálico e veia jugular interna direita foram canulados de forma direta ou com auxilio de prótese.

Resultados: As opções para canulações em cirurgias cardíacas minimamente invasivas e em doenças da aorta foram aorta ascendente, vasos femorais, artéria axilar, subclávia e carótida. A escolha foi determinada pelo procedimento a ser realizado, a carga de aterosclerose no local da canulação, e outros fatores locais. Em todos os pacientes foi possível a correção cirúrgica com bons resultados intra e pós-operatórios. Não houve complicações relacionadas aos métodos utilizados.

Conclusão: A utilização dos diferentes sítios de canulação possibilitou a realização de cirurgias cardiovasculares com segurança.

PO 109

Acompanhamento e diagnóstico de mixoma cardíaco intra-atrial esquerdo em paciente acompanhada pela equipe de saúde do PSF: relato de caso de uma moradora da Vargem Bonita, no Distrito Federal

Carolina Zampronha Correia, Isabella Tiemi Taira, Marlucy Zampronha Correia, Marcia Silva de Oliveira

Introdução: Os mixomas são as neoplasias cardíacas primárias benignas mais frequentes. Podem ter sua gênese na aorta, na artéria pulmonar, nos ventrículos, nas valvas cardíacas ou até em outros órgãos, como nos ossos e pulmões. A diversidade de ocorrências depende da localidade e da dimensão do tumor. Métodos não invasivos contribuem para o diagnóstico dos mixomas intracardíacos e viabilizam a escolha da técnica cirúrgica adequada para o paciente.

Descrição do Caso: Paciente, M.T de 68 anos, sexo feminino, procurou a equipe do PSF da Vargem Bonita - DF, no período de 2007 a 2015, com queixa de dor torácica intensa, ao nível das escápulas, com tosse persistente. Na investigação diagnóstica foram realizados raio X de tórax e dos seios da face que evidenciaram hiperinsuflação pulmonar, infiltrado difuso bilateral, coração anatômico e ectasia da aorta. Em posse dos resultados, a paciente foi encaminhada ao cardiologista e ao pneumologista. O exame ecocardiográfico destacou leve aumento de átrio esquerdo e as demais cavidades com dimensões normais. A contratilidade segmentar mostrou-se sem alterações, com função sistólica normal. Foi possível visualizar a presença do mixoma pediculado no septo interatrial, medindo 3,3 x 2,3 cm de diâmetro que ficou protuso no ventrículo esquerdo, causando obstrução do fluxo de entrada. As demais valvas apresentaram aspecto normal. A aorta e o pericárdio apresentaram-se normais ao exame. Por meio do ecocardiograma transesofágico, ratificou-se a existência de mixoma atrial e estenose mitral funcional, com um aumento acentuado do átrio esquerdo e ateromatose complexa de arco aórtico, da aorta torácica descendente e também da aorta abdominal. O forame oval estava pérvio ao exame. O eco-Doppler ressaltou estenose menor que 50g no bulbo da carótida interna e na carótida externa bilateral. Depois de meses sem se consultar no posto de saúde da Vargem Bonita, a paciente retornou relatando que havia se submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio e ressecção do mixoma atrial. Alegou ter recebido alta hospitalar dentro do período esperado, evoluindo adequadamente durante o pós-operatório. Observou-se uma cicatriz cirúrgica de aproximadamente 20 cm longitudinalmente na região esternal.

Conclusão: A ecocardiografia é a forma de investigação mais apropriada para detecção do tumor, por ser capaz de excluir as lesões valvares e demonstrar, quando presente, o prolapso do tumor através das valvas atrioventriculares. Outros métodos não invasivos, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, são também de grande valor na detecção da doença. Uma vez feito o diagnóstico de tumor intracardíaco, o tratamento deve ser cirúrgico e deve ser realizado o mais brevemente possível, pois há possibilidade de complicações embólicas ou morte súbita. Pelo fato da taxa de reaparecimento do mixoma ser baixa (7% a 22% dos casos), a sobrevida após a cirurgia é bastante elevada.

PO 110

Relato de caso cirúrgico de estenose mitral com origem reumática

Vitor Abaurre Amaral, Lissa Canedo Rocha, Gabriel Donato Amorim, Melchior Luiz Lima, Héber Souza Melo Silva, Fábio José dos Reis

Introdução: A doença reumática continua a afetar o ser humano com possibilidade de eventos graves, como as doenças valvares. Dessas doenças, uma das principais é a estenose mitral que ocorre a longo prazo, podendo evoluir com desfechos insatisfatórios como insuficiência cardíaca ou óbito. Os pacientes apresentam diversos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, como intolerância aos esforços e dispneia progressiva. Abordagens podem ser feitas de inúmeras maneiras, tanto clínica como cirurgicamente. Nos casos mais graves, a principal e mais efetiva abordagem terapêutica é a cirúrgica com reparo ou troca valvar.

Descrição do Caso: Apresentamos um caso de paciente do gênero feminino, de 61 anos, com grave estenose mitral e insuficiência cardíaca classe IV (NYHA) de origem reumática. Após análise clínica criteriosa optou-se por abordagem cirúrgica convencional com troca valvar por bioprótese.

Conclusão: A cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea para o tratamento das patologias graves da valva mitral mostrou-se eficaz e permanece como parte importante do arsenal terapêutico médico.

PO 111

Paciente idoso submetido à atriotomia esquerda por esternotomia mediana para ressecção de mixoma atrial

Guilherme Gomes Leal, Sâmia Israele Braz do Nascimento, Alessandra Ribeiro de Albuquerque, Ramille Gonçalves Oliveira, Samuel Soares Eduardo, Paulo Marcelo Barbosa Mesquita

Introdução: Os tumores primários benignos do coração são raros, e encontrados em cerca de 0,5% das autópsias. Desse total, os mixomas atriais são os tumores mais comuns do coração, representam cerca de 50% de todos os casos. Os mixomas ocorrem em todas as faixas etárias, mas são particularmente frequentes entre a terceira e a sexta décadas de vida, e apresenta maior prevalência no gênero feminino. Em relação ao sítio intracardíaco, 75% se originam no átrio esquerdo, 15% a 20% no átrio direito, e 3-4% nos ventrículos. Sintomas de dispneia e insuficiência cardíaca crônica são mais comuns nos grandes tumores sólidos em comparação com mixomas papilares. Tem o risco grave de embolização sistêmica, cerca de 25% para circulação cerebral, ocasionando infarto cerebral, também pode provocar oclusões periféricas, obstrução intracardíaca, síncope e morte súbita. O diagnóstico precoce é realizado com ecocardiografia, ou mais recentemente com ressonância magnética cardíaca e a rápida excisão cirúrgica precoce mostrou excelentes resultados em longo prazo, sem sinais de recorrência a longo tempo.

Descrição do Caso: Trata-se de uma paciente, sexo feminino, 68 anos, com quadro inicial de dispneia aos médios e pequenos esforços, que foi admitida no hospital do coração do cariri. Ao cateterismo cardíaco apresentou isenção de processo ateromatoso significativo em todas as artérias nutridoras do coração, porém uma análise de contratilidade cardíaca foi prejudicada pela presença de fibrilação atrial com alta resposta. O eletrocardiograma foi realizado no dia da admissão e evidenciou fibrilação atrial. Logo em seguida, foi feito um ecocardiograma transtorácico que evidenciou uma tumoração intra-cardíaca, em posição ântero-septal no átrio esquerdo, evidenciando um aumento do setor atrial cardíaco, além dos diagnósticos de insuficiências mitral e tricúspide discretas, além do quadro de hipertensão pulmonar discreta associada. Diante disso, foi indicada remoção cirúrgica por esternotomia mediana longitudinal, seguida de heparinização e instalação do circuito de circulação extracorpórea. O acesso à tumoração foi feita por atriotomia esquerda, promovendo uma manipulação tumoral e cardíaca cautelosa, a fim de evitar embolizações e fragmentações do nódulo sólido. Foi feita a remoção pelo pedículo tumoral, com margens de segurança, e enviada para análise histopatológica, embebida em formol a 100%. Ainda se aguarda o resultado dessa análise. Foram também inspecionadas as cavidades cardíacas, assim como a inspeção de valva atrioventricular no procedimento. Posterior ao procedimento cirúrgico, a paciente evoluiu com quadro de Fibrilação Atrial, no 2° dia de pós-operatório, e foi submetida à reversão química. Progrediu bem nos dias seguintes, e recebeu alta hospitalar após duas semanas.

Conclusão: Desse modo, quando um diagnóstico clínico de mixoma cardíaco é confirmado, a cirurgia deve ser realizada sem demora, devido ao alto risco de morte súbita por tromboembolismo ou obstrução valvular. As técnicas cirúrgicas para tratamento

do mixoma atrial incluem a esternotomia mediana com circulação extracorpórea total ou abordagens assistidas por vídeo minimamente invasivas.

PO 112

Plastia da valva atrioventricular esquerda pela técnica de Alfieri no pós-operatório tardio de correção DSAVT

Flavia Nascimento Ost, Gabriel Lorente Mitsumoto, Ana Maria Rocha Pinto e Silva, Glaucio Furlanetto, Valquíria Pelisser Campagnucci

Introdução: O defeito do septo atrioventricular total (DSAVT) afeta todas as câmeras cardíacas e é tratado com uma cirurgia reconstrutiva, tradicionalmente utilizando a técnica de enxerto único ou duplo. Resultados positivos estão consolidados em estudos de seguimentos precoces e tardios que mostram a diminuição da taxa de mortalidade, porém a necessidade de reoperação permanece altamente prevalente. Defeitos residuais na valva atrioventricular esquerda (VAVE) são a principal causa de reoperação, principalmente devido à regurgitação. A valvoplastia é favorecida sobre a troca de valva, não apenas por ter menores taxas de morbimortalidade, mas também por evitar complicações futuras para a criança.

Descrição do Caso: Reportamos um caso de uma menina de 12 anos, portadora de síndrome de Down, previamente operada para correção do DSVAT quando tinha 8 meses de vida na Santa Casa de São Paulo. Atualmente, a paciente deu entrada no pronto socorro infantil do nosso serviço, com quadro de dor torácica e cansaço há 1 dia, apresentando palidez, extremidades frias e síncope no momento da admissão. Ela apresentava quadro de síndrome do baixo débito cardíaco que foi relacionada com o diagnóstico ecocardiográfico com Doppler colorido que mostrou obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo pela movimentação redundante da cúspide anterior da valva atrioventricular esquerda displásica. Foi realizada cirurgia de correção através de ponto único fixando-se a cúspide anterior à posterior, criando-se um orifício duplo, conforme técnica descrita por Alfieri. A criança evoluiu bem clinicamente no pós-operatório, e foi reavaliada por um ecocardiograma de controle que mostrou a resolução adequada do problema.

Conclusão: Obtivemos um excelente resultado com a técnica de Alfieri para a fixação da cúspide redundante da valva atrioventricular esquerda no presente caso. Encontramos na literatura apenas dois casos de uso desta técnica em pacientes previamente operados de DSAVT. Recomendamos que a técnica seja utilizada em casos semelhantes.

PO 113

Confecção de válvula monocúspide na reconstrução da via de saída do ventrículo direito em paciente com Tetralogia de Fallot: relato de caso

Karine Nascimento Chaves, Antônio Alves da Anunciação Neto, Diego Pereira Gregório de Andrade, João Marques de Oliveira Júnior, José Kleberth Tenório Filho, Francisco Siosney Almeida Pinto

Introdução: Os enxertos valvados foram propostos para resolver a obstrução da via de saída do ventrículo direito (VSVD), mas todos acabam sendo substituídos devido ao crescimento do paciente e à deterioração da válvula. O uso de uma válvula monocúspide criada a partir de pericárdio autólogo ou bovino, fáscia lata, parede de artéria pulmonar autóloga ou politetrafluoretileno, é uma estratégia alternativa que mostrou diminuir a insuficiência pulmonar no pós-operatório imediato e seu efeito deletério sobre a função do ventrículo direito, além de reduzir o tempo de permanência em unidade de terapia intensiva (UTI).

Descrição do Caso: Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, com diagnóstico prévio de Tetralogia de Fallot. Ao exame, possuía um sopro sistólico 4+/6+ em foco pulmonar e em borda esternal esquerda baixa com irradiação para dorso e axila, dispneica com saturação de oxigênio de 84% e fígado palpável. O ecocardiograma evidenciou uma comunicação interventricular (CIV) perimembranosa subáortica medindo 9mm, cavalgamento da aorta, ventrículo direito com hipertrofia importante e VSVD com desvio anterossuperior do septo infundibular. A paciente foi submetido à valvotomia pulmonar, com desobstrução da VSVD, fechamento da CIV e reconstrução da VSVD com patch de pericárdio bovino, em que a porção inferior deste foi rebatida em direção a luz do tronco pulmonar, formando uma monocúspide em forma de bolsa. A paciente recebeu alta da UTI no 2º dia pós-operatório sem intercorrências e alta hospitalar no 8º dia pós-operatório.

Conclusão: Apesar de não existirem evidências de redução da mortalidade a longo prazo, a confecção da válvula monocúspide com pericárdio bovino na reconstrução da VSVD proporciona redução da insuficiência pulmonar imediata, além de diminuir o tempo de internação em UTI e suas complicações associadas.

PO 114

Análise do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidos à correção cirúrgica no Estado de Alagoas

Karine Nascimento Chaves, Kamilla Peixoto Bandeira, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Josinaldo Santos da Costa, Jailton Rocha Misael, Gabriel Ferreira Santos Vasconcelos, Laio Caju Wanderley, Bruno Nogueira Bezerra Tavares, José Kleberth Tenório Filho, Adriana Santos Cunha Calado, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: As cardiopatias congênitas (CCs) são malformações anatômicas do coração, que podem comprometer tanto a sobrevivência como a qualidade de vida do paciente. Atualmente, estão entre as principais causas de morbimortalidade neonatal com prevalência crescente na população.

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidos à cirurgia em um hospital de referência no estado de Alagoas, Brasil.

Métodos: Estudo transversal e retrospectivo, realizado através da análise de prontuários de pacientes portadores de CCs submetidos à cirurgia em um serviço hospitalar do estado de Alagoas, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, tipo de cardiopatia, associação com outra doença cardiovascular ou síndromes genéticas, peso, altura, índice de massa corporal, tempo de internação hospitalar, tempo de cirurgia, tempo de circulação extracorpórea (CEC), complicações da cirurgia e óbito.

Resultados: Dentre os 65 pacientes portadores de CCs operados naquele período, 98,4% foram do tipo acianóticas, e entre estas a mais frequente foi a comunicação interventricular com 44,6% (29). Entre as cianóticas, a tetralogia de Fallot foi a única encontrada, com 1,6%. Na maioria dos casos, cerca de 19,6% apresentaram duas ou mais cardiopatias associadas. A associação de CCs com outras malformações ou síndromes foi encontrada em 9,23% dos casos. Entre essas, a mais frequente foi a síndrome de Down (7,7%), que na maioria das vezes esteve associada à tetralogia de Fallot e ao defeito do septo atrioventricular (DSAV) total. Dez pacientes apresentavam baixa estatura e quatro baixo peso para a idade. Houve predomínio do sexo masculino (54%). A idade variou de 0,83 a 53 anos, média 8,18 anos, sendo que 69,2% tinham idade igual ou menor a 10 anos. O tempo médio de internação hospitalar foi de 8 dias, e o tempo médio de cirurgia foi de 3,5 horas. Do total de pacientes 32,3% necessitaram de drogas vasoativas durante o ato cirúrgico e 12,3% apresentaram algum tipo de intercorrência, sendo arritmias e sangramentos as complicações mais comuns. 46 (70,7%) pacientes foram operados com CEC, sendo o tempo médio de CEC de 48 minutos. Um paciente portador de DSAV parcial evoluiu para óbito intra-hospitalar.

Conclusão: As CCs são defeitos congênitos que podem implicar graves repercussões no desenvolvimento de uma criança. Diante dos achados das CCs mais prevalentes, das complicações no intraoperatório, da associação com síndromes genéticas, deficiência pôndero-estatural, e da frequência de óbitos, que vêm de encontro aos achados da literatura, acredita-se que este estudo poderá contribuir para intensificar ações educativas e de assistência à detecção precoce, tratamento e controle das CCs no estado de Alagoas.

PO 115

Duplo arco aórtico: relato de caso

Jocerlano Santos de Sousa, Sebastião Nunes Martins, Paulo Rego Medeiros, Marcelo Biscegli Jatene

Introdução: As malformações do arco aórtico podem corresponder de 1 a 2% das cardiopatias congênitas. Apresentam, via de regra, manifestações respiratórias e/ou digestivas por compressão da traqueia e/ou esôfago. O diagnóstico pode ser estabelecido já nos primeiros meses de vida e alguns casos a correção total e restabelecimento da funcionalidade das estruturas se dá por meio do tratamento cirúrgico.

Descrição do Caso: Paciente de 2 anos com sinais de desconforto respiratório e estridor, em seguimento de sintomas desde o nascimento. Após investigação complementar, realizou tomografia de tórax evidenciando alteração morfológica do arco aórtico, observando-se duplo arco aórtico, com fluxo habitual no interior, à direita dando origem a artéria carótida comum e artéria subclávia direitas, e à esquerda dando origem a artéria carótida comum e artéria subclávia esquerdas, ainda uma estrutura vascular unindo o duplo arco aórtico posteriormente, formando anel vascular, que englobava circunferencialmente a traqueia e o esôfago, comprimindo-os e promovendo redução de calibre da traqueia em correspondência. A paciente foi submetida a correção cirúrgica através esternotomia mediana longitudinal, dissecção de estruturas, identificação de duplo arco aórtico, com compressão posterior de esôfago e traqueia. Realizada correção de duplo arco com ressecção e sutura de extremidades de arco acessório. A mesma necessitou de dilatação traqueal no 2º dia pós-operatório por estenose traqueal, vista a 1,5cm da carina. A paciente evoluiu com fisioterapia respiratória e seguimento clínico com alta hospitalar no 15º dia pós-operatório, estando em seguimento ambulatorial.

Conclusão: O diagnóstico de duplo arco aórtico com anel vascular deve ser suspeitado em pacientes com sintomas respiratórios nos primeiros meses de vida, refratário ao tratamento clínico convencional. Apesar do tratamento cirúrgico adequado, seguimento das alterações estruturais de traqueia e esôfago é necessário para melhora dos sintomas.

EXPOSIÇÃO DE PÔSTERES ACADÊMICOS

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO I

13h30/18h30 (PO 01 ao PO 05)

PO 01

Simuladores de baixo custo para treinamento de acadêmicos em cirurgia cardiovascular

Ana Paula Romagnioli Mattos, Maria Isabel Magela Cangussu, Mayara Cristina Barreto Lysandro, Júlia Moraes Camargo, Ana Luiza dos Santos, Alana Rocha de Oliveira, Karine Vieria da Rocha, Carla Maria Nogueira Carvalheiro, Leandra Duarte Bastos, Isack Bruno Neves Marques, Diego Amorim França, Demian Candido Ferreira

Introdução: Tendo em vista os principais assuntos abordados na 5º Sessão Ordinária da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) realizada em 18 de maio de 2017, na qual foi aprovada a matriz de competências da residência medica em cirurgia cardiovascular, com cinco anos de treinamento e acesso direto a partir de 1º de março de 2018, é cada vez mais premente o contato dos acadêmicos de medicina com a cirurgia cardiovascular. Assim, com base no estudo SILVA, R. R. E. et al.. Low Cost Simulator for Heart Surgery Training, 2016, este trabalho buscou desenvolver simuladores de baixo custo para que acadêmicos de medicina possam ter o primeiro contato com algumas técnicas realizadas durante a cirurgia cardíaca.

Objetivo: Objetivo do trabalho foi desenvolver simuladores de baixo custo para que acadêmicos de medicina possam ter contato com o universo da cirurgia cardiovascular. Além disso, espera-se fomentar o interesse pela área a partir do treinamento em algumas técnicas cirúrgicas.

Métodos: Para a confecção dos simuladores foram utilizados materiais facilmente encontrados no comércio: cotovelo de tubo de PVC, tampa de soldagem, manga de tubo de esgoto simples, gesso, molde de silicone de cupcake, tecido de EVA, forma de gelo de silicone e balões espaguete. Foram confeccionados três tipos de simuladores: Simulador de válvula aórtica, Simulador de válvula mitral e Simulador de anastomoses vasculares. O modelo dos simuladores foi aplicado durante o evento "Semana cirúrgica" realizado nas cidades de Vassouras e Campos dos Goytacazes para 50 acadêmicos do 1º ao 10º período de seis escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. No treinamento, primeiramente foi apresentado um vídeo explicativo sobre cirurgia e as principais técnicas envolvidas. Em seguida, as técnicas visualizadas foram demonstradas nos simuladores e os acadêmicos foram estimulados a praticá-las. Por fim, foi aplicado um questionário em que foram avaliados os benefícios do treinamento para a formação do acadêmico, o interesse despertado pela área, a avaliação de desempenho e a semelhança do simulador com a realidade.

Resultados: Foram aplicados três tipos de exercícios nos simuladores: enxerto de válvula mitral e aórtica e anastomoses cardiovasculares proximal e distal. Os questionários respondidos demonstraram que cerca de 55% dos acadêmicos classificaram como excelente o aprendizado e a contribuição para a formação médica. Além disso, mais da metade dos acadêmicos relatou ter despertado interesse pela área de cirurgia cardiovascular após as simulações, julgando válido o treinamento.

Conclusão: Conclui-se ser de extrema importância o desenvolvimento de simuladores nas práticas médicas, pois estes auxiliam a ampliar a visão e a criatividade do acadêmico, bem como servem para difundir o interesse pela cirurgia cardíaca. Como se trata de simuladores de baixo custo e de fácil construção,torna-se possível sua ampla utilização pelos acadêmicos. Com base nos resultados encontrados pode-se inferir que os simuladores tiveram impacto positivo na vida acadêmica dos estudantes, bem como ajudaram a despertar interesse pela área.

PO 02

Conhecimento da população da cidade de Colatina - ES sobre ressuscitação cardiopulmonar: um estudo quantitativo

Vinicius Vasconcelos do Lago, Rodolfo Costa Sylvestre, Mariana Santana Lima, Luciano Castiglioni Andriato, João Miguel Malta Dantas, Orlando Chiarelli Neto

Introdução: A ideia do trabalho partiu do nosso grupo de pesquisa após realizarmos o evento intitulado "Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar", na cidade de Colatina - ES, no dia 29 de agosto de 2015. No término do evento, em análise dos questionários preenchidos, percebemos que a maioria das pessoas julgava necessário aprender a realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP), sendo uma minoria a quantidade que já tinha algum conhecimento sobre o assunto. Muitos não conseguiam identificar corretamente os sinais de parada cardiorrespiratória (PCR) e praticamente ninguém conhecia o desfibrilador externo automático, além de não saber como manuseá-lo.

Objetivo: Nosso objetivo era avaliar o conhecimento da população da cidade de Colatina - ES sobre RCP.

Métodos: Uma pesquisa com 564 moradores da cidade referida foi realizada, escolhidos de forma aleatória, de ambos os sexos, através da aplicação de um questionário autoaplicável, com posterior análise estatística dos dados obtidos e desenvolvimento de um estudo observacional, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva analítica. O material colhido a partir das respostas nos questionários foi processado por meio de análise estatística manual por uma pessoa não ligada a atual pesquisa, de forma a não gerar viés de aferição. Para o embasamento teórico do estudo foi realizada uma pesquisa integrativa de artigos nas bases de dados do Medline/Pubmed, LILACS, IBECS e ScienceDirect, com revisão de literatura sobre o tema.

Resultados: Constatou-se, principalmente, que, apesar de 97% das pessoas acreditarem que as manobras de RCP podem salvar vidas, 87% delas nunca realizaram algum curso ou treinamento sobre este assunto, apenas 7% se mantém atualizada nos novos protocolos e 42% conseguem reconhecer corretamente uma PCR. 70% não sabem realizar a RCP e 45% desconhecem para qual número ligar solicitando ajuda. 62% não sabem o que é um desfibrilador externo automático e 99% nunca o utilizou.

Conclusão: Com isso, levanta-se a hipótese que pouco se fala em RCP na cidade de Colatina - ES, existindo a necessidade de incentivar a realização de treinamentos teórico-práticos para a população, de forma gratuita, em praças públicas, escolas, centros universitários ou locais de fácil acesso e grande circulação de pessoas, para com isso capacitá-los, tornando-os multiplicadores de conhecimento nessa área tão importante, tanto para pessoas leigas quanto profissionais da área da saúde, aumentando a sobrevida diante de uma parada cardiorrespiratória.

PO 03

Origem anômala da artéria coronária esquerda do tronco pulmonar: a angiotomografia coronária contribui na escolha da técnica cirúrgica?

Juliana Vieira de Oliveira Salerno, Pedro Rafael Salerno, Lúcia Maria Vieira de Oliveira Salerno, Carolina Vieira de Oliveira Salerno, Thereza Lins, Catarina Cavalcanti, Thaysa Meneses, Anuska Gama, Ricardo Lins, Frederico Vasconcelos, Francisco Monteiro, Ricardo Lima

Introdução: A origem anômala da artéria coronária esquerda (OACE) do tronco pulmonar, é uma anomalia congênita rara, associada a alta mortalidade infantil e a morte súbita na população adulta. A técnica empregada na correção cirúrgica depende da anatomia da OACE, sendo a angiotomografia coronária exame que apresenta excelente correlação anatômica.

Objetivo: Relatar a experiência cirúrgica com a OACE do tronco pulmonar enfatizando-se o uso da angiotomografia coronária para decisão da técnica cirúrgica.

Métodos: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 4 pacientes portadores de OACE operados no serviço entre maio 2007 e agosto 2016. Dois pacientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. O peso variou de 5 a 78kg (m = 48.7) e a idade oscilou entre 5 e 456 meses (m = 235). Todos os pacientes foram submetidos a ecocardiograma, porém o diagnóstico foi firmado através de cineangiografia coronária. Três pacientes também foram submetidos a angiotomografia coronária, permitindo a identificação da exata localização da OACE em seio esquerdo do tronco pulmonar. Dois deles foram submetidos ao reimplante direto e o terceiro à técnica de Takeuchi. O quarto paciente, que não realizou a angiotomografia coronária, apresentava OACE do seio anterior do tronco pulmonar, sendo submetido a ligadura da artéria coronária esquerda em sua origem e revascularização com artéria torácica interna esquerda. Todos os pacientes sobreviveram à cirurgia.

Resultados: Nenhum paciente sofreu infarto transoperatório ou necessitou qualquer tipo de dispositivo de assistência pós-operatório. Não houve complicações durante ou após a cirurgia e os pacientes receberam alta com 8 a 18 dias de pós-operatório (m=10). Os pacientes submetidos à angiotomografia coronária tiveram melhor planejamento cirúrgico, enquanto o paciente que

não a realizou, necessitou mais tempo de circulação extracorpórea devido mudança de planejamento intra-operatório para realizar a dissecção de artéria torácica interna esquerda.

Conclusão: Para implementar a técnica adequada de correção de OACE do tronco pulmonar é crucial identificar de que seio a artéria coronária origina, sendo este o papel da angiotomografia coronária, pois apresenta a melhor correlação anatômica possibilitando adequado planejamento cirúrgico e reduzido tempo de circulação extracorpórea.

PO 04

Revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea: um estudo sobre indicações, gastos e morbimortalidade

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Souza, Raíza Michelle Vidal dos Santos, Germano Ramos dos Reis, Danielly Patrícia de Brito Beltrand, Pedro Reges Pereira Meira, Masiel Garcia Fernandez, Isabela Corrêa Cavalcanti Sá, Lívia Liberata Barbosa Bandeira, Felipe de Sousa Oliveira, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A revascularização do miocárdio (RM) com circulação extracorpórea (CEC), apesar de ser nos últimos anos considerada como "padrão outro" no tratamento cirúrgico da doença coronariana multiarterial, tem sido amplamente questionada devido a sua associação a inúmeros efeitos deletérios. A RM sem CEC, no entanto, idealizada em 1967 por Kolessov na União Soviética, surgiu como uma esperança na diminuição da morbidade e mortalidade perioperatória, apesar do desafio de efetuar uma revascularização completa com o coração batendo e apresentar melhores resultados em longo prazo

Objetivo: Realizar uma análise comparativa da morbimortalidade e gastos, além das indicações da RM com e sem CEC no Brasil.

Métodos: Estudo ecológico, descritivo, realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A fonte dos dados foram as Autorizações de Internação Hospitalar no Brasil de pacientes internados para realização de revascularização do miocárdio com ou sem CEC, de 2012 a 2016, além de revisão sistemática da literatura no período de 2010 a 2015 através dos bancos de dados SCIELO, MEDLINE e PubMed. Os dados foram analisados e tabulados através do programa EXCEL e a análise estatística foi composta por descrição dos valores absolutos e proporções das características dos procedimentos.

Resultados: No período estudado foram registrados no Brasil 103.584 internamentos para realização de RM com CEC, sendo 47% apenas no Sudeste, e 11.505 sem CEC, com 34% do total no Nordeste. Os gastos totais do procedimento com CEC foram iguais a R$ 1.329.547.979, enquanto sem CEC foi apenas 9% desse montante. O valor médio por internação foi de R$ 12.835 com CEC e R$ 11.397 sem CEC . A mortalidade brasileira por RM com CEC foi de 5,91 óbitos/1000 habitantes, com maior taxa no Centro-Oeste (8,4) e menor no Sudeste (5,26). Enquanto a mortalidade por RM sem CEC ficou próxima a 3,4, sendo a maior taxa no Norte (6,77) e a menor no Sudeste (3,21). Em se tratando de indicações, o uso de CEC depende principalmente da condição clínica do paciente e habilidades do cirurgião. Estudos observaram que, valores >17,75 no 2000BP score ou >4,5 no EuroSCORE apresentam possibilidade consideravelmente maior de óbito quando realizado a CRM com CEC, podendo orientar na decisão da estratégia cirúrgica. Além disso, vários pesquisadores mostraram que a RM sem CEC está associada a uma melhor proteção renal, menos síndrome de baixo débito e sangramento pós-operatório, menor prevalência de distúrbios neurológicos e infecções esternais, além de um menor tempo de intubação orotraqueal.

Conclusão: Com a presente investigação conclui-se que a RM sem CEC em pacientes multiarteriais tem se associado a menores custos, mortalidade e também complicações pós e perioperatórias. Isso a torna reprodutível constituindo-se uma excelente opção no tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana.

PO 05

Desfechos clínicos e sobrevida de pacientes submetidos a transplante cardíaco em centro transplantador do Distrito Federal

Pedro Henrique Matias Peres, Henrique Barbosa de Abreu, Gabriel Veloso Cunha, Patrícia Novais Rabelo, Fernando Antibas Atik, Andressa Lopes Boher, Mariana Albuquerque Campos da Silva, Ettore Mendes Azenha

Introdução: Apesar dos avanços terapêuticos da insuficiência cardíaca (IC), o transplante cardíaco (TC) continua sendo a melhor opção de tratamento para a IC refratária. Uma série de variáveis correlaciona-se com o prognóstico do paciente transplantado.

Objetivo: Avaliar os desfechos clínicos e a sobrevida dos pacientes submetidos a transplante cardíaco neste grande centro transplantador brasileiro.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo. Foram analisados os dados dos prontuários médicos de 41 pacientes submetidos a transplante cardíaco no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) nos anos de 2013 e 2014, sendo descartado pacientes menores que 16 anos. Foram avaliados um total de 33 transplantes em 2013 e 8 transplantes no ano de 2014. Utilizamos para à analise variáveis como: data da indicação do transplante, data do transplante, tempo na fila para transplante, disfunção primária do enxerto, assistência circulatória mecânica, infecção precoce, tempo de UTI, tempo de IOT, follow up, data do óbito. Para calcular os dados foi utilizado o teste de Kaplan-Meier, foram processados pelos programas SPSS e R-Studio. O procedimento foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (CAAE: 23681413. 5.0000.0026).

Resultados: Dentre os 41 pacientes avaliados, 13 (31,7%) vieram a óbito, sendo 9 em 2013 e 4 no ano de 2014. O tempo médio na fila para o transplante foi de 116 dias, sendo que o tempo máximo foi de 422 dias e o mínimo de 1 dia, o tempo médio de follow-up após o transplante foi 572,3 dias, sendo que o tempo máximo foi de 1,140 e o mínimo de 3 dias. Em média o tempo de IOT foi de 3,22 dias. Em relação à disfunção primária do enxerto, 10 pacientes (24,39%) apresentaram o fenômeno, sendo que 8 (61,53%) vieram a óbito. Dentre os 9 pacientes (21, 95%) que necessitaram de assistência circulatória mecânica, 5 vieram a óbito. Um total de 38,46% dos que vieram a óbito foram submetidos a assistência circulatória mecânica. Foi constatado que 12 pacientes (29,26%) tiveram infecção precoce, dentre os quais 4 vieram a óbito. A partir da análise dos dados de sobrevida, verificou que 92,7% sobreviveram 1 mês, 85,4% sobreviveram 6 meses e 75,5% sobreviveram 12 meses após o transplante. Quando a data de indicação do transplante é tomada como base, os pacientes sobreviveram em média 30,796 meses após a indicação (P=0.027). O tempo médio de sobrevida para os pacientes que contraíram infecção pós operatória foi de 28,58 meses (P=0,030).

Conclusão: É possível observar que as taxas de sobrevida diminuem quando o paciente tem disfunção primária de enxerto, necessita de assistência circulatória mecânica, bem como quando contrai infecção pós-transplante.

21.04 | SÁBADO | ARENA SBCCV | SESSÃO II

8h30/12h30 (PO 06 ao PO 19)

PO 06

Intervenção cardíaca intraútero: avanços e desafios em relação às cirurgias cardiovasculares pediátricas pós-natais

Camylla Santos de Souza, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Yngrid Souza Luz, Daniel Ximenes de Aguiar, Lara Dias Almeidinha, Alexandre Otilio Pinto Junior, Adelmo Isaac Medeiros Avelino, Emidiana Raquel Rodrigues de Souza Oliveira, Pedro Henrique Braga de Avila, Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: Algumas cardiopatias congênitas (CC) são passíveis de correção intrauterina, porém somente se o risco de morte ou grave incapacidade para o feto for maior quando nenhuma intervenção/acompanhamento é realizado e o risco materno permanecer baixo.

Objetivo: Analisar os avanços e desafios das intervenções cardíacas intra-útero quando comparadas às cirurgias cardiovasculares pediátricas pós-natais

Métodos: Foram selecionados para revisão crítica de literatura 138 de 1324 artigos do PubMed e 5 de 43 da SciELO, de 2007-2017, baseados em experimentos clínicos humanos e revisões, com os descritores "congenital heart disease", "fetal intervention", "fetal mortality" e "fetal therapy".

Resultados: A não-intervenção pré-natal em alguns casos de CC pode cursar com 61% de finalização da gestação e 5% de morte intrauterina. Cirurgias cardíacas fetais têm elevados índices de sucesso quando realizadas entre a 21ª-27ª semana, sendo que, quando mais precoce a intervenção, melhores os resultados. As principais CC tratadas são estenose aórtica severa ou septo atrial intacto/altamente restrito na SHCE, e atresia pulmonar com septo ventricular intacto na SHCD. Em Artz et al., 23 fetos foram submetidos à valvuloplastia com balão aórtico, sendo que a mortalidade tanto pré como pós-natal foi 33,3%. Em Tworetzky et al., tal procedimento obteve mortalidade de 30% em 20 fetos de igual período gestacional, sendo que os recém-nascidos submetidos à mesma cirurgia tiveram mortalidade de 79%. Em Marshall et al., a mortalidade de 21 fetos entre 24-34 semanas submetidos à intervenção no septo atrial foi 9,52% (correção pós-natal: 58% de óbitos). Porém, Kalish et al. obtiveram maior taxa (44,4%) com o mesmo procedimento em 9 fetos de 24-31 semanas de gestação. Já Chaturvedi et al., em estudo com 10 fetos, constataram um aumento de 20% na mortalidade quando a referida intervenção é realizada no pós-natal. No Brasil, as intervenções intrauterinas por CC conquistaram 91% de sucesso. Em Pedra et al., de 22 procedimentos, apenas dois fetos foram à óbito, por valvuloplastia aórtica e pulmonar.

Conclusão: Comparando a morbimortalidade pré e pós-natal, há uma tendência a melhores resultados em intervenções cardíacas intra-útero. Os relatos de casos brasileiros demonstram efetiva execução da técnica no país. Apesar dos bons resultados, o alto custo operacional, complexidade técnica, e possibilidade de maior dano tecidual acarretando em complicações, são alguns dos desafios que precisam ser superados para uma maior implementação da técnica.

PO 07

Engenharia de tecidos e impressão 3D: um futuro promissor para a cirurgia cardiovascular?

Camylla Santos de Souza, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Bianca Alves de Miranda, Caroline Alves Bueno, Georgianna Silva Wanderley, Ana Eloísa Melo Novaes, Igor Rodrigues da Silva, Bárbara Stéphane de Macedo Guedes, Gabriel Silvestre Minucci, Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A engenharia de tecidos e a impressão 3D são ambas ferramentas que, apesar do pouco tempo de atividade, já foram relacionadas a vários benefícios em suas respectivas aplicações na cirurgia cardiovascular, contribuindo tanto para uma melhor técnica cirúrgica como para um peri e pós-operatório com menor risco de complicações.

Objetivo: Estudar acerca do impacto do uso de engenharia de tecidos e impressão 3D na cirurgia cardiovascular, analisando os resultados mais recentes na literatura.

Métodos: Estudo observacional descritivo com análise de artigos de 2000-2017, utilizando os seguintes descritores, nas línguas portuguesa e inglesa: "impressão 3D na cardiologia" e "engenharia de tecidos na cardiologia".

Resultados: A fabricação de réplicas da anatomia humana em três dimensões (3D) parte de um modelo computacional gerado a partir de imagens de tomografia computadorizada e ecocardiografia 3D. A produção de substitutos biológicos tem-se mostrado uma ferramenta útil para diagnósticos, pesquisa, substituição e regeneração de tecidos comprometidos. Apesar de haver baixa disponibilidade de células cardíacas para produção tissular, a tecnologia 3D é promissora para a fabricação de estruturas vasculares coronárias, tecido miocárdico, coração e valvas cardíacas passíveis de serem implantados. Além disso, materializar as estruturas cardíacas possibilita aos médicos um fiel mapeamento da anatomia cardiovascular quando as técnicas de imagem se mostram insuficientes para melhores planejamento perioperatório e orientação intra-operatória. No momento, têm-se estudado maneiras relacionadas à otimização de três componentes fundamentais para o sucesso da tecnologia: os tipos de células a serem implantadas, componentes mecânicos e moleculares para estimulação das células, como moléculas, matriz extracelular, fatores de crescimento, temperatura e oxigenação. Por ora, utilizam-se as impressões 3D principalmente para produção de moldes acelulares que podem ser preenchidos com células vivas em microambiente favorável; mas há uma estratégia mais avançada, chamada de bioimpressão, que permite a impressão de estruturas por deposição direta de células. Um marco importante na engenharia de tecidos (ET) aplicada a cirurgia cardiovascular foi a realização de testes clínicos para implantação de válvulas cardíacas de engenharia de tecidos (VCET), desenvolvidos por Shinoka et al. em 2001. Seu primeiro relatório de avaliação histológica apresentado em 2015 evidenciou excelente permeabilidade do enxerto, com a parede vascular de três camadas sem qualquer calcificação. Esse resultado a longo prazo na VCET implantada em seres humanos provou que o conceito de ET é viável para substituir estruturas cardiovasculares.

Conclusão: A cardiologia e a cirurgia cardiovascular têm sido expandidas com a exploração e o desenvolvimento de novas tecnologias. Com o envelhecimento da população, as doenças cardiovasculares tendem também a se ampliar e demandar novos e

maiores procedimentos, cujas técnicas aumentam a compatibilidade e organização tecidual em enxertos, próteses e transplantes cardiovasculares, melhorando os resultados cirúrgicos. Além disso, a aplicação de modelos cardiovasculares em 3D pode constituir importante ferramenta de ensino para profissionais médicos, assim como para estudantes. Dessa forma, a engenharia de tecidos e impressão 3D são um futuro promissor em vários aspectos para a cirurgia cardiovascular.

PO 08

Análise do EuroSCORE como preditor de mortalidade na cirurgia de dupla troca valvar em centro de referência em cirurgia cardíaca no estado de Alagoas

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Camylla Santos de Soyza, Claudio José dos Santos Júnio, Shayanny de Souza Silva, Gabriel Ferreira dos Santos Vasconcelos, Adelmo Isaac Medeiros Avelino, Maria Gislene Santos Silva, Marcela Pires de Souza, Ana Eloísa Melo de Novaes, João David de Souza Neto, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: A estratificação de risco tem adquirido importante papel na prática da cirurgia cardíaca através da utilização de escores específicos, importantes ferramantes também na análise da qualidade de assistência e dos custos. Um escore mundialmente conhecido e utilizado é o EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation), um sistema aditivo no qual um dos 17 fatores de risco recebe um número de pontos, os quais, quando somados, fornecem um escore que permite colocar determinado paciente em um de três grupos de risco: baixo risco (escore 0-2), médio risco (escore 3-5) e alto risco (escore >6). Diversos estudos apontam que esse método tem-se mostrado eficiente e vem sendo muito utilizado na estratificação do risco cirúrgico. Entretanto, a maioria da população estudada para a criação do EuroSCORE foi constituída por pacientes submetidos à revascularização miocárdica, sendo menos de 30% portadores de alguma valvopatia.

Objetivo: Avaliar o EuroSCORE como preditor de mortalidade na cirurgia para correção de dupla lesão valvar.

Métodos: Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, através dos dados disponíveis no prontuário eletrônico da Santa Casa de Misericórdia de Maceió nos pacientes submetidos à correção de dupla lesão valvar no ano de 2016. As variáveis utilizadas foram: idade, sexo, EuroSCORE, mortalidade, complicações e desfecho hospitalar.

Resultados: A amostra estudada foi constituída de 23 pacientes que realizaram cirurgia de correção de dupla lesão valvar durante o período analisado, com média de idade de 44±17,5 anos, variando de 19 a 77 anos, sendo 13 (56,5%) do sexo feminino. O valor médio do EuroSCORE foi de 6,7±4,7. A distribuição da população conforme os grupos de risco alto, médio e baixo do EuroSCORE foi, respectivamente, 30,4%, 52,2% e 17,4%. A prevalência de mortalidade na amostra foi de 30,4%. A mortalidade nos grupos de alto e médio risco foi significantemente maior quando comparada a registrada para o grupo de baixo risco, tendo os primeiros citados sido responsáveis por 42,85% das mortes cada, e juntos por 87,7% do total de óbitos, em contraste com os 14,3% dos óbitos registrados para o grupo com baixo risco. Ficando evidente, portanto, maior mortalidade entre os pacientes com maiores valores de EuroSCORE. Dentre as causas dos óbitos pode-se levantar: choque cardiogênico (1), assistolia refratária (2), disfunção ventrículo-arterial (1), endocardite infecciosa de prótese aórtica (1), sepse (1) e parada cardiorrespiratória (1). Em relação aos pacientes que evoluíram com alta hospitalar (69,6%), pode-se verificar que esta ocorreu com uma média de 6±6,4 dias após a realização do procedimento cirúrgico, com registro mínimo e máximo de permanência na unidade de internação no pós-operatório de 2 e 29 dias, respectivamente.

Conclusão: Neste contexto, a utilização do EuroSCORE mostrou-se um meio simples e eficaz de presunção de mortalidade na cirurgia para correção de dupla lesão valvar, sendo a idade e o sexo feminino as variavéis estudadas associadas a maior risco.

PO 09

Estudo da mortalidade perioperatória dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio na fase aguda do IAM e na doença coronária estável

Larissa Matos Rodrigues de Brito, Rafael Vieira Martins de Siqueira, Edilson Portela França Júnior, Hélio Milani Pegado, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik, Rafael Vieira Martins de Siqueira, Edilson Portela França Júnior, Hélio Milani Pegado, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha

Introdução: A doença coronariana é causa importante de morbimortalidade em nossa população. Como parte do arsenal terapêutico, a cirurgia de revascularização do miocárdio apresenta resultados variáveis dependendo, entre outros, do serviço que presta assistência e das características da população submetida ao procedimento.

Objetivo: Avaliar retrospectivamente a evolução e mortalidade perioperatória dos pacientes submetidos a Revascularização em duas condições clínicas distintas: em até 30 dias de uma SCA e paciente com doença coronariana estável (eletivo).

Métodos: Estudo retrospectivo transversal de pacientes submetidos a revascularização miocárdica isolada em centro único (ICDF). Análise inclui 1546 pacientes operados entre 2010 e 2015 e foi feita por meio de prontuários eletrônicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: I pacientes operados na fase aguda de SCA (até 30 dias), II pacientes submetidos a revascularização eletiva. Foi analisada a mortalidade perioperatória nos grupos analisados.

Resultados: Foram analisados 1548 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada, sendo 585 pacientes SCA (grupo I) e 963 pacientes de cirurgia eletiva (grupo II) . Em relação a mortalidade perioperatória, 2,7% dos pacientes do grupo de SCA sucederam ao óbito. Em comparação, 2,9% dos pacientes com doença coronariana estável, submetidos à revascularização eletiva, tiveram o mesmo desfecho. A média do EuroSCORE dos pacientes do grupo I foi de 1,8 e do grupo II 1,6.

Conclusão: Desfecho semelhante em ambos os grupos.

PO 10

Os efeitos colaterais do SUS para doenças cardiovasculares

Raul Ferreira de Souza Machado, Ana Paula Romagnioli Mattos, Karine Vieira da Rocha, Izadora Souza Farias, Iago Caetano Cariello, João Pedro Araújo Bruno, Danielle Figueiredo da Rocha, João Pedro de Resende Côrtes, Paula Pitta de Resende Côrtes

Introdução: Estima-se que, em 2020, doenças isquêmicas do coração suplantarão as doenças infecciosas como primeira causa de mortalidade no mundo. É necessário avaliar quantitativa e qualitativamente a oferta de atendimentos cardiológicos e cardiocirúrgicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visto que todos têm direito ao acesso, que deve ser contínuo, integral e adaptado para a realidade e necessidades de cada grupo social.

Objetivo: Avaliar a qualidade da oferta dos serviços cardiológicos e cardiocirúrgicos realizados pelo SUS e analisar fatores relacionados às características dos serviços oferecidos que influenciem na qualidade de vida do paciente e nas complicações de procedimentos cardíacos.

Métodos: Foi feita uma revisão sistemática da literatura baseada em 12 artigos, entre 1996 e 2011, selecionados através de busca no banco de dados do SciELO, PubMed e Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs, sendo os descritores usados: SUS; fatores de risco cardiovascular; cardiopatias.

Resultados: Estudos mostram que hospitais públicos estão relacionados a maiores riscos de óbito e que muitos fatores influenciam na menor eficácia dos cuidados cardíacos na rede pública. O movimento de priorização da atenção básica primária não foi acompanhado de investimento semelhante na organização dos demais níveis de atenção do sistema, e deve-se atentar para esta questão, posto que as atenções secundárias e terciárias requerem robustos investimentos e não podem ser negligenciadas, pois os procedimentos cardiovasculares de alta complexidade são realizados em doenças de alta prevalência na população. Além disso, diferenças organizacionais entre funcionamento das redes especializadas pública e privada constituem fator a ser avaliado para que se possa compreender a maior taxa de mortalidade entre os indivíduos atendidos pelo SUS. Assim, internação e as intervenções pelo SUS colocam-se como marcadores de condições específicas do paciente e da própria estrutura de atendimento ao usuário, culminando em deficiência do tratamento oferecido.

Conclusão: A rede SUS carece de um maior investimento nas questões dos serviços cardiológicos e cardiocirúrgicos, visto grande prevalência de patologias cardiológicas na população, alta mortalidade ainda presenciada pelos procedimentos realizados nos hospitais públicos em relação aos privados, defasagem tecnológica, falta de aprimoramento técnico e impacto direto que esses procedimentos podem ter na melhoria da qualidade de vida da população.

PO 11

Qual a visão dos acadêmicos de medicina acerca da cirurgia cardiovascular como escolha de especialização frente às mudanças atuais nos programas de residência?

Camylla Santos de Souza, Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Yngrid Souza Luz, Jailton Rocha Misael, João Victor Fernandes de Paiva, Anna Karolyna Neiva Oliveira Mariano, Ana Paula Limberger, Caroline Sbardellotto Cagliari, Julia Marcelo Maia Forte, José Emanuel Feio Farias Baena, João David de Souza Neto, José Wanderley Neto

Introdução: A residência em cirurgia cardiovascular (CCV), há tempos, é pauta de debates entre especialistas no Brasil. Recentemente, aboliu-se o pré-requisito de 3 anos em cirurgia geral, tornando a residência de CCV em acesso direto, com duração de 5 anos.

Objetivo: Conhecer a visão do acadêmico acerca da CCV como especialidade e como as mudanças na residência influenciam ou não a sua escolha.

Métodos: Estudo transversal com questionário online, aplicado em amostra aleatória simples de estudantes de medicina do 1º-12º semestre, respondido anonimamente após confirmação de TCLE.

Resultados: Participaram 113 acadêmicos - 58,6% mulheres e 41,4% homens. 32,6% estão no 3º ano da faculdade; 25%, 4º; 20,65%, 2º; 11,96%, 1º; 5,43%, 6º; e 4,35%, 5º. 50,5% são do Nordeste; 17,5%, Norte; 16,4%, Sudeste; 9,89%, Centro-Oeste; e 5,49%, Sul. 50% deles referiram contato com a CCV em aulas da faculdade; 45,4% em congressos; 38,64% por estudos individuais; 35,23% pela participação em ligas; e 20,45% pelo desenvolvimento de pesquisas científicas ou por estágios/acompanhamento de cirurgias cardíacas. 28,26% dos acadêmicos afirmaram que planejam cursar residência em CCV, principalmente, devido a: afinidade pela área, belíssima técnica cirúrgica, boa remuneração/qualidade de vida, e caráter eletivo da maioria das cirurgias. Já dentre os 71,74% que afirmaram não terem interesse, as justificativas foram: receio de uma diminuição do campo de atuação da CCV por outras especialidades; o fato de, em alguns estados, ser uma área dominada por cirurgiões "antigos" e seus familiares, que dificultam a entrada de novos médicos; e pelas restrições de participação de mulheres. 52,4% dos acadêmicos não conheciam as referidas mudanças na residência em CCV. 21,98% confirmaram que tal medida contribuiu para que considerassem seguir a especialidade, sendo que 78,26% do total de respondentes a aprovaram.

Conclusão: As mudanças na residência em CCV influenciaram quase 80% dos acadêmicos que demonstraram interesse na especialidade, sendo que até mesmo boa parte daqueles que não a almejam concordam com as mudanças. Entretanto, ainda é preciso mudar o desconhecimento dos programas de residência (>50% dos respondentes não conheciam as mudanças); o machismo e o nepotismo referido em alguns estados; e o receio de uma maior competição no mercado de trabalho com outras especialidades.

PO 12

Aneurismas Gigantes de Artérias Coronárias: relato de caso

Marcella de Paula Prudente, Leonardo Jadyr Silva Rodrigues Alves, Maria Paula Meireles Fenelon, Henrique Louzan Machado, Ricardo Barros Corso, Helmgton José Brito de Souza

Introdução: Aneurismas em artérias coronárias são achados angiográficos raros. Em sua maioria, os casos em pacientes adultos estão associados à aterosclerose. Sua fisiopatologia não está bem esclarecida. Dentre os pacientes submetidos à angiocoronariografia, 0,15 a 4,9% apresentam aneurismas coronários. A definição atual mais aceita para aneurisma de coronária é o aumento focal do diâmetro que excede em 50% o diâmetro da artéria mais calibrosa do paciente. Não há diretriz específica para o tratamento de aneurismas gigantes de coronárias e a literatura atual é baseada em experiências de especialistas. Considerando os riscos de complicações, o tratamento mais utilizado, em casos sintomáticos, é a revascularização do miocárdio, seja por via percutânea ou por esternotomva convencional associada à ressecção do aneurisma.

Descrição do Caso: M.A.M., 59, masculino, hipertenso, diabético, com histórico de aneurisma em artéria poplítea direita, em preparação para tratamento percutâneo, cursando com dispnéia progressiva há cerca de 6 meses. Teste de esforço revelou isquemia e cintilografia miocárdica com estresse farmacológico confirmou isquemia de 16% da massa ventricular, sem sinais de fibrose. Angiotomografia cardíaca e cineangiocoronariografia revelaram oclusão de artéria coronária descendente anterior,

grande aneurisma de artéria circunflexa proximal, estenose de ramos marginais e aneurisma gigante de artéria coronária direita. Angiotomografia revelou ainda aneurisma em aorta abdominal infrarrenal, ilíaca interna direita, ilíaca comum esquerda e poplítea esquerda. Em um primeiro tempo cirúrgico, paciente foi submetido a revascularização do miocárdio com ressecção dos aneurismas gigantes com sucesso. Cerca de três meses após a cirurgia cardiovascular, ocorreu o tratamento percutâneo da aorta abdominal infrarrenal e ilíacas, sendo deixado, para um terceiro tempo, o tratamento, também percutâneo, da artéria poplítea esquerda.

Conclusão: No caso apresentado, a opção pelo tratamento cirúrgico para revascularização do miocárdio com ressecção do aneurisma foi exitoso, sem qualquer complicação. A opção por tratar os diferentes aneurismas em termos cirúrgicos diferentes se mostrou, da mesma maneira, eficaz.

PO 13

Morbimortalidade em pacientes submetidos a troca de valva aórtica isolada em hospital de referência em Salvador-BA

Caique Mota de Araujo, Iuri Ferreira Felix, Julia Lasserre Moreira, Maria Julia Brito Coelho, João Victor Santos Pereira Ramos, Iuri Ferreira Felix, Julia Lasserre Moreira, Maria Julia Brito Coelho, João Victor Santos Pereira Ramos

Introdução: Existem poucos estudos que avaliem a morbimortalidade relativas a troca de válvula aórtica no Brasil, de forma que a temática ainda demanda mais estudos para se quantificar e qualificar as complicações associadas aos procedimento, tanto intra, quanto pós operatórios.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo identificar preditores de morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgia de substituição valvar aórtica exclusiva através da análise de variáveis perioperatórias.

Métodos: Estudo analítico-descritivo, observacional, longitudinal, retrospectivo, do tipo coorte com pacientes que se submeteram a cirurgia de troca de valva aórtica isolada no Hospital Ana Neri, um hospital de referência em doenças cardiovasculares, em Salvador, Bahia.

Resultados: Foram analisados os procedimentos de troca valvar aórtica em 64 pacientes. Destes, 60,9% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 61,18 anos. Em relação ao diagnóstico, 37,5% apresentavam insuficiência aórtica, 35,9% apresentavam estenose aórtica e 26,6% possuíam dupla lesão valvar. Foram a óbito 4 pacientes (6,3%), 2 devido a choque séptico, 1 devido a choque misto e 1 por causa não especificada. Foi verificado que, no grupo dos pacientes que foram a óbito, houve maior média de idade (72,75 anos; P=0,022), de tempo de circulação extracorpórea (132 minutos; P=0,005), de anóxia (102,750; P=0,013) e de tempo de ventilação mecânica (4,75 dias; P=0,031), sendo estas diferenças estatisticamente significantes. Em relação ao valor de creatinina, a média foi maior entre os pacientes que foram a óbito (1,35 mg/dl) e houve tendência à significância estatística (P=0,086). Foi verificado que os pacientes que foram a óbito apresentaram mais fibrilação atrial quando comparados com os que não foram a óbito (P<0,001), assim como infecção do trato respiratório (P=0,033), tamponamento cardíaco (P=0,047), sepse (P=0,001), broncoespasmo (P=0,047), distúrbios hematológicos (P=0,019), hiperglicemia (P=0,047), choque hemodinâmico (P<0,001), endocardite pós-operatória (P=0,00001) e reabordagem por infecção de ferida operatória (P=0,009). Houve maior tendência à mortalidade em pacientes submetidos à troca de válvula biológica (P=0,058).

Conclusão: Foi identificado que os principais fatores de morbimortalidade relacionadas à troca valvar aórtica são idade, tempo de circulação extracorpórea, tempo de anóxia e tempo de ventilação mecânica.

PO 14

Perfil de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio em um hospital filantrópico de Salvador-Bahia

Rafael Viana dos Santos Coutinho, Hylana Hellen Bispo da Silva Lima, Dhaisa Thainá Souza Conceição, Tauana Cantalice Sarmento, Camila Maria Soares de Lima, João Victor Santos Pereira Ramos, Jéssica de Oliveira Santana Alves, Iuri Ferreira Felix, Adrielle Gobi Sabarin, Gustavo Henrique Daltro Santana, Nilzo Augusto Mendes Ribeiro, Augusto Ferreira da Silva Junior

Introdução: A cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) é umas das cirurgias cardíacas mais realizadas no mundo. No Brasil, apenas entre janeiro e setembro de 2017, foram realizadas quase 16 mil cirurgias de RM pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo mais de 400 na Bahia. Desde o início da sua utilização, em 1964, esse procedimento tem se tornado mais seguro e eficiente. Parte desse sucesso deve-se ao reconhecimento de fatores de risco pré-operatórios que estão relacionados aos desfechos intra e pós-operatórios. Dentre eles, destacam-se idade, sexo, cirurgias cardíacas prévias, perfil cardiovascular, doenças crônicas, entre outros. Conhecer o perfil pré e intra operatórios dos pacientes torna-se indispensável, uma vez que permite indicar o melhor tratamento para cada paciente, assim como prever possíveis complicações pós-operatórias.

Objetivo: Descrever o perfil pré, intra e pós-operatório de pacientes atendidos no Hospital Santa Izabel, em Salvador-Bahia, à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Métodos: Estudo analítico-descritivo, observacional, longitudinal, retrospectivo, do tipo coorte, composto por 460 pacientes, atendidos no Hospital Santa Isabel, no período de 2005 a 2017. As variáveis observadas foram dados demográficos, comorbidades, número de enxertos de safena e arterial, tempo de CEC, dentre outras, as quais foram obtidas no período pré, intra e pós-operatório.

Resultados: Na amostra analisada prevaleceram indivíduos do sexo masculino (77,4%), dentre as comorbidades pré-operatórias mais prevalentes estavam a dislipidemia (98,5%), hipertensão (87,9%), diabetes mellitus (37,3%), tabagismo (33%), infarto (IAM) nos últimos 90 dias (17,2%). A média de idade era de 62,86 anos, e uma creatinina média de 0,97. Cerca de metade dos pacientes submetidos à RM eram triarteriais e 32,4% eram multiarteriais, sendo que 28,8% tiveram envolvimento de tronco da coronária esquerda (TCE). 53,5% fizeram uso de 2 pontes de safena e 72,4% utilizaram um enxerto de artéria mamária interna esquerda (AMIE) para artéria descendente anterior (ADA). Pouco mais da metade foi submetido a revascularização completa, com um tempo cirúrgico médio de 213 minutos e 81 minutos de circulação extracorpórea (CEC). 56,5% fizeram uso de hemoderivados e 48,9% utilizaram a terapia com balão intra-aórtico no pré-operatório.15,8% haviam sido submetidos a angioplastia antes da cirurgia. A mortalidade predita pelo EuroSCORE médio foi de 1,53 e pelo STS Score médio foi de 0,93. Dentre as principais complicações, 21,1% tiveram distúrbios de sangramento, 13% desenvolveram arritmias, 3,3% apresentaram novo déficit neurológico,50,8% precisaram fazer uso de inotrópicos e apenas 2,8% sofreram novo IAM no pós-operatório. A média de sangramento no pós-operatório foi de 800ml. O tempo médio na UTI foi de 3,16 dias, com permanência média de 10,28 dias no pós-operatório. A mortalidade observada na amostra foi de 2,6%.

Conclusão: Como esperado, as principais comorbidades encontradas foram dislipidemia, hipertensão e diabetes, altamente relacionados com a doença arterial coronariana. Os pacientes operados são os triarteriais, com menor envolvimento de TCE, utilizando o enxerto de safena em quase todos os casos, e a AMIE para ADA, com tempo de CEC considerado adequado, moderada taxa de complicações e baixa mortalidade, ambos superiores aos escores preditos.

PO 15

Fatores relacionados a complicações em cirurgias de revascularização do miocárdio

Ana Paula Romagnioli Mattos, Iago Caetano Cariello, Danielle Figueiredo da Rocha, João Pedro Araujo Bruno, Raul Ferreira de Souza, Jean Pierri Aquino de Almeida

Introdução: As cirurgias cardíacas utilizadas para correção de doenças cardiovasculares são amplamente utilizadas no Brasil e mundo. Dentre essas cirurgias uma das mais empregadas é a Revascularização do Miocárdio (RVM), a qual consiste na técnica de proporcionar maior aporte sanguíneo às regiões do coração em que há importantes obstruções. A RVM é complexa e está relacionada a muitos fatores de risco e podem desencadear complicações peri e pós-operatórias, e acarretar no aumento da morbimortalidade dos pacientes submetidos ao procedimento.

Objetivo: O objetivo desse estudo foi analisar os fatores que podem levar a complicações na cirurgia de RVM.

Métodos: Foi feita uma revisão sistemática da literatura com base em artigos variando entre 2003 e 2014, selecionados através de busca no banco de dados do Scielo, PubMed, Medline e Lilacs, sendo os descritores usados: Revascularização do miocárdio, cirurgia cardíaca, doença arterial coronariana.

Resultados: A cirurgia de RVM tem sido utilizada como um dos principais métodos de tratamentos para doenças isquêmicas graves. Entretanto, esse procedimento pode originar grandes complicações e podendo cursar até no óbito, em função de alguns fatores,

tais como, idade avançada, choque cardiogênico e disfunção renal. Estudos apontam que as complicações são mais frequentes nas mulheres e pode estar associada ao tempo prolongado da circulação extracorpórea (CEC), todavia, também estão relacionadas ao aparecimento de infarto agudo do miocárdio e AVC. Verificou-se ainda que nas primeiras 24 horas do pós-operatório, as principais complicações nos pacientes são oriundas de operações de emergência, uso de anticoagulantes cumarínicos, plaquetopenia pré-operatória, maior dose de heparina, temperatura da CEC e presença de acidose metabólica no pós-operatório. A insuficiência renal aguda (IRA) também aparece em muitos trabalhos como complicação pós-operatória grave, sendo o tempo de CEC e o tempo de pinçamento da aorta os principais fatores de risco intraoperatórios associados à IRA.

Conclusão: Conclui-se que apesar de as complicações da cirurgia de RVM serem por vezes estáticas e não modificáveis é necessário a capacitação dos profissionais prevenindo erros técnicos como o uso inadequado de anticoagulantes, tempo prolongado de CEC, abordagem inadequada da dor torácica levando à um diagnóstico tardio, dessa forma minimizando as chances de complicações pós e peri-operatórias.

PO 16

Perfil dos portadores de aneurisma de aorta submetidos à correção cirúrgica na Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Vitória Mikaelly da Silva Gomes, Gustavo Maffra Monteiro, Karine Nascimento Chaves, Georgianna Silva Wanderley, Camila Farias Mota, Vera Nascimento Gomes Victória, Laio Cajú Wanderley, Rafaela da Hora Sales, Diego Pereira Gregório de Andrade, Maria Mônica de Farias Costa Tenório, Francisco Siosney Almeida Pinto, José Wanderley Neto

Introdução: Aneurisma de aorta é uma dilatação da parede arterial que excede em uma vez e meia o diâmetro normal para idade e peso e cujo tratamento baseia-se na determinação do momento ideal para a indicação cirúrgica e na prevenção do crescimento do aneurisma com o controle da pressão arterial, perfil lipídico e suspensão do tabagismo.

Objetivo: Avaliar aspectos clínicos, epidemiológicos e cirúrgicos dos pacientes submetidos à correção do aneurisma de aorta.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, observacional e retrospectivo construído com dados do Sistema de Prontuários Informatizados da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, e analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, EuroSCORE, comorbidades, técnica cirúrgica, intercorrências e desfecho hospitalar. Foram excluídos 2 pacientes por possuírem dados insuficientes.

Resultados: Entre janeiro de 2013 e setembro de 2016, 27 pacientes foram submetidos à cirurgia de correção de aneurisma, sendo 19 do sexo masculino. A idade média foi de 56 anos e a média do EuroSCORE foi de 5,72%. A hipertensão arterial esteve presente em 17 pacientes e o hábito tabagista em 7.4% deles, sendo 22.2% ex-tabagistas. Apenas um caso foi relatado com associação à Síndrome de Marfan. A porção da aorta mais corrigida foi a ascendente, (74% dos casos) enquanto a descendente em 11.1%, o tronco da aorta em 7.4%, 3.7% na aorta abdominal e 3.7% na extensão tóraco-abdominal. Sobre a técnica cirúrgica empregada viu-se que 85.2% dos pacientes foram submetidos à cirurgia Bentall de Bono e em 70% desses casos foi feita troca valvar. Em 3 pacientes foi feito tratamento com prótese endovascular, em 1 deles foi realizada aortoplastia com pericárdio bovino e 3 pacientes foram submetidos a revascularização do miocárdio como procedimento concomitante. A maior parte dos pacientes evoluiu sem intercorrências (59.3%), 14,8% apresentou Síndrome do Baixo Débito, 7.4% evoluiu com choque cardiogênico, 7.4% com insuficiência respiratória, 3,7% com ataque isquêmico transitório, 3.7% com Insuficiência Cardíaca Congestiva e 3,7% com Bloqueio Atrioventricular Total e bradicardia, evoluindo para assistolia e óbito. Sobre o desfecho, 18,5% dos pacientes evoluíram em óbito hospitalar e os demais receberam alta e foram encaminhados para seguimento ambulatorial.

Conclusão: A correção cirúrgica é a alternativa mais viável para o tratamento, sendo a técnica de Bentall de Bono uma ótima opção para correção de aneurismas e ectasia ânulo-aórtica.

PO 17

Incidência de nova síndrome coronariana aguda em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio

Edilson Portela França Júnior, Rafael Vieira Martins de Siqueria, Larissa Matos Rodrigues de Brito, Hélio Milani Pegado, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik

Introdução: Analisar os desfechos de morte e morbidade relacionados a cirurgia de revascularização do miocárdio em centro único com grande volume operatório na capital federal.

Objetivo: Avaliar retrospectivamente a incidência de nova síndrome coronariana aguda em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio no serviço.

Métodos: Estudo retrospectivo transversal de pacientes submetidos a revascularização miocárdica isolada em centro único (ICDF). Análise inclui 1548 pacientes operados entre 2010 e 2015 e foi feita por meio de prontuários eletrônicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: I pacientes operados na fase aguda de SCA (até 30 dias), II pacientes submetidos a revascularização eletiva. Foi analisado o evento nova síndrome coronariana aguda durante a internação.

Resultados: Foram analisados 1548 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada.Em relação a característica do grupo estudado 67,2% homens e 32,8% mulheres, foram mais frequentes os seguintes fatores de risco: 17,5% tinham Diabetes Mellitus tipo II, 80,9 % tinham HAS, 25,04% eram obesos, 49,03% tinham dislipidemia, 49,5% eram tabagistas e 32,9% dos pacientes já apresentavam histórico de SCA. No perioperatório ocorreu uma nova síndrome coronariana em 2,4 % no grupo I (pacientes que apresentaram evento isquêmico em menos de 30 dias n=575) e 2,9 no grupo II (pacientes eletivos, n=963) durante a internação.

Conclusão: Foi evidenciado que não houve divergência entre os dados dos diferentes grupos I e II.

PO 18

Perfil do risco cardiovascular em pacientes adultos submetidos à cirurgia de troca de valva aórtica isolada em hospital de referência em Salvador-BA

Stella Benedicto Zandoná, Adrielle Gobi Sabarin, Alice Monteiro Soares Cajaiba Soares, Ana Gabriela Lopes Barbosa, Caio Dias Oliveira, Caique Mota de Araújo, Hylana Hellen Bispo da Silva Lima, Lorena Oliveira de Figueiredo, Lucas Cadete Caldeira Costa, Maria Júlia Brito Coelho, Rafael Viana dos Santos Coutinho, Jackson Brandão Lopes

Introdução: A definição do perfil epidemiológico dos pacientes portadores de valvopatias aórticas torna-se uma questão eminentemente importante para avaliar a relação de fatores prognósticos e desfechos pós-troca valvar.

Objetivo: Identificar o perfil de Risco Cardiovascular da população amostral de pacientes submetidos à troca valvar aórtica no período de 2009 a 2011 em um hospital de Referência de Salvador.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, do tipo coorte visando analisar o perfil de risco cardiovascular de pacientes adultos submetidos à Cirurgia de Troca de Valva Aórtica no período entre 2009 e 2011. Foram selecionados 53 pacientes, com idade acima de 18 anos, e os dados foram obtidos através de coleta em prontuários no Hospital Ana Nery em Salvador.

Resultados: A partir das análises obteve a média de idade com 50,2 anos e sexo masculino (60,9%). Apresentando como patologias prévias: AVC (6,3%); DM (14,1%); DPOC (7,8%); Febre reumática (40,6%) e HAS (60,9%). Enquanto que não apresentou IAM (98,04%) e endocardite (90,57%). Posto que o procedimento cirúrgico de urgência foi realizado em apenas 7,8% dos casos coletados e sendo o principal diagnóstico a estenose aórtica (37,7%).

Conclusão: Foi evidenciado que o perfil epidemiológico dos pacientes era composto em grande parte por hipertensos, por adultos maiores que 50 anos, de sexo masculino e de hábito tabagista. A febre reumática se confirmou como comorbidade importante nos pacientes de Salvador-BA. Outros fatores de risco cardiovascular como dislipidemias, diabetes mellitus e obesidade se mostraram menos prevalentes nos pacientes pesquisados.

PO 19

Incidência de acidente vascular cerebral em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada: estudo retrospectivo

Rafael Vieira Martins de Siqueira, Larissa Matos Rodrigues de Brito, Edilson Portela França Júnior, Hélio Milani Pegado, Murilo Teixeira Macedo, Cláudio Ribeiro da Cunha, Fernando Antibas Atik

Introdução: A doença coronariana é causa importante de morbimortalidade em nossa população, como parte do arsenal terapêutico a cirurgia de revascularização do miocárdio apresenta resultados variáveis dependendo entre outros do serviço que presta assistência, e das características da população submetida ao procedimento.

Objetivo: Avaliar a incidência de AVC perioperatório em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada no nosso centro.

Métodos: Estudo retrospectivo transversal de pacientes submetidos a revascularização miocárdica isolada em centro único (ICDF). Análise inclui 1546 pacientes operados entre 2010 e 2015 e foi feita por meio de prontuários eletrônicos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: I pacientes operados na fase aguda de SCA (até 30 dias), II pacientes submetidos a revascularização eletiva. Foi analisado o evento acidente vascular cerebral durante a internação.

Resultados: Foram analisados 1548 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada. Em relação a característica do grupo estudado 67,2% homens e 32,8% mulheres, foram mais frequentes os seguintes fatores de risco: 17,5% tinham Diabetes Mellitus tipo II, 80,9 % tinham HAS, 25,04% eram obesos, 49,03% tinham dislipidemia e 49,5% eram tabagistas. Tinham AVC prévio 5,04%, doença carotídea com obstrução maior que 70% : 1,5% em carótida Direita e 1,1% em carótida esquerda (média de comprometimento carotídeo 1,3%). Um total de 1,8% dos pacientes tiveram AVC no perioperatório. Destes 1,3% estavam no grupo eletivo e 0,5% no grupo SCA.

Conclusão: Em nossa população de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio isolada a incidência de Acidente Vascular Cerebral foi baixa e não mostrou diferença entre os grupos estudados.

EXPOSIÇÃO DE PÔSTERES

FISIOTERAPIA

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO I

8h30/12h30 (PO 01 ao PO 09)

PO 01

Investigação da correlação entre fragilidade pré-operatória e tempo de desmame no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica

Giulliano Gardenghi, Artur Henrique de Souza, Max Weyler Nery, Wilson Luiz da Silveira, Álvaro de Moraes Júnior, Maurício Lopes Prudente, João Alberto Pansani, Celina Lumi Kushida, Jessyka Bueno Cruz, Abissay Francisco Dias, José Onofre C. Sobrinho

Introdução: A fragilidade é um elemento recorrente em diversos indivíduos que são submetidos à cirurgia cardíaca. São vários os mecanismos sistêmicos que alteram a capacidade funcional nas doenças cardiovasculares, sendo que a presença de citocinas pró-inflamatórias está intimamente ligada à disfunção funcional. A cirurgia cardíaca, sendo classificada como de grande parte, está ligada à piora da fragilidade, por aumento ainda maior da resposta inflamatória decorrente do ato cirúrgico. A fragilidade pré-operatória pode influir negativamente no desmame da ventilação mecânica em pacientes submetidos à cirurgias cardíacas, aumentando a morbidade e a mortalidade dessa população.

Objetivo: Verificar se a presença de fragilidade no período pré-operatório está relacionada à piora no tempo de desmame da ventilação mecânica em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica.

Métodos: Ensaio clínico controlado, com 33 pacientes submetidos à revascularização miocárdica com auxílio de circulação extracorpórea (CEC), que foram avaliados no período pré-operatório, sendo divididos em dois grupos de acordo com seu desempenho no teste de caminhada de 5 metros (TC5M). Assumiu-se frágil o indivíduo que percorreu a distância de 5 metros em tempo superior a 7 segundos. Após o teste obteve-se 18 indivíduos no grupo frágil (9 fem.; IMC: 26,8±4,3; média de tempo para realizar o teste: 8,3±0,7 seg., mínimo: 7,1 seg; máximo: 10,1 seg). e 15 indivíduos no grupo não frágil (4 fem.; IMC: 28,0±6,9; média de tempo para realizar o teste: 5,5±1,3 seg., mínimo: 3,0 seg; máximo: 7,0 seg). O tempo de desmame foi considerado a partir do momento em que se encerrou a cirurgia, até a extubação na unidade de terapia intensiva. A idade do grupo frágil foi de 64,2±8,1 anos e a idade do grupo não frágil foi de 50,1±14,9 anos, P=0,00). A estatística utilizou teste T de Student, qui-quadrado e ainda modelo de interação linear, assumindo significância em 5%.

Resultados: Não houve diferença no tempo de CEC (frágil: 54±23 minutos; não frágil: 53±24 minutos, P=0,97). Não se observou interação entre o tempo para percorrer o TC5M e o tempo para extubação pós-cirúrgica no grupo frágil (R2=0,09) ou no grupo não frágil (R2=0,09). O tempo para o desmame foi de 5,8±5,6 horas no grupo frágil e de 7,8±5,5 horas no grupo não frágil, P=0,29. Ao compararmos os grupos frágil e não frágil com relação à extubação precoce (em até 6 horas) e à extubação convencional (mais de 6 horas), não se obteve diferença estatisticamente significante (P=0,25), sendo que no grupo frágil 66% dos pacientes foram extubados em até 6 horas, enquanto no grupo não frágil 46% dos pacientes foram extubados no mesmo intervalo de tempo.

Conclusão: Na amostra estudada, a presença de fragilidade pré-operatória, classificada pelo TC5M, não se correlacionou com maior tempo para desmame da ventilação mecânica no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica.

PO 02

Eletroestimulação nervosa transcutânea na dor pós-operatória em cirurgia toracoabdominal

Luiz Fernando Martins de Souza Filho, Jordana Campos Martins de Oliveira, Bruno Flamarion dos Santos, Hellen Priscila dos Santos Souza, Erikson Custódio Alcântara, Aurélio de Melo Barbosa, Giulliano Gardenghi, Ana Cristina Silva Rebelo

Introdução: A dor pós-operatória (DPO) é comum em pacientes submetidos à cirurgia toracoabdominal (CTA) e implica em fatores fisiológicos, funcionais e emocionais, como recurso na terapia multimodal na DPO, utiliza-se a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), um método analgésico não invasivo de baixo custo e com baixos efeitos colaterais.

Objetivo: Investigar a eficácia da TENS na redução do quadro álgico em pacientes submetidos à CTA.

Métodos: Revisão sistemática de literatura utilizando as bases de dados: Publisher Medline e Biblioteca Virtual em Saúde, foram considerados estudos clínicos que abordem o uso da TENS no manejo da dor no período pós-operatório de CTA. Foram utilizados na pesquisa bibliográfica os descritores em língua portuguesa: estimulação elétrica nervosa transcutânea; dor; cuidados pós-operatórios e em língua inglesa: transcutaneous electrical nerve stimulation; pain; postoperative care. Termos utilizados em combinação ligados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: (1) Estudos classificados com grau A ou B de recomendação para a prática baseada por evidências, pela classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, (2) texto disponível na íntegra (3) disponível nos idiomas inglês e/ou, português, (4) artigos que abordam o uso da TENS convencional no manejo da dor no PO de CTA. Os critérios de exclusão foram: (1) Estudos que utilizassem terapias derivadas de eletroestimulação que não fossem a TENS convencional, (2) Estudos realizados em animais, (3) Revisões de literatura (4) estudos que abordem outras etapas do processo operatório.

Resultados: A partir da busca nas bases de dados foram encontrados 78 artigos com os descritores nas plataformas Publisher Medline e Biblioteca Virtual em Saúde. Destes foram excluídos 16 por abordarem o período intra-operatório ou pré-operatório, 29 por abordarem o uso de outras medidas de eletroanalgésia, 27 por não apresentar relação direta com o tema pesquisado e 13 estudos por apresentarem metodologia diferente da desejada neste estudo, sendo que os estudos excluídos podem apresentar mais de um critério de exclusão. Ao final foram selecionados 9 artigos no presente estudo que compõem o tópico resultados. Nestes artigos observou-se que em sua maioria, apresentam relatos de redução da DPO com consequente diminuição da utilização de fármacos, redução de custos e tempo de internação hospitalar, favorecendo a relação custo-benefício, porém essas inespecíficos. Foi identificado como frequência mais utilizada a de 80 Hz, largura de pulso de 150 µs, tempo de aplicação mínima de 30 minutos e intensidade a maior possível sem gerar contração muscular ou desconforto e eletrodos aplicados lateralmente a cicatriz cirúrgica a 3 cm.

Conclusão: A utilização da TENS em pacientes submetidos a CTA mostrou-se eficaz na diminuição da DPO, sendo apontada como uma terapia não farmacológica útil para integrar as terapias multimodais para tratamento da DPO.

PO 03

Os efeitos da pressão positiva contínua precoce nas vias aéreas na insuficiência cardíaca congestiva

Francisco Lins Cavalcanti Filho, Reinaldo Adriano dos Santos, Viviane Regina de Oliveira, Angelica dos Santos Tavares Afonso, Alexandra Cristina Cremon Cavalcanti

Introdução: A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa que resulta de uma disfunção cardíaca estrutural ou funcional, na qual o coração se torna incapaz de suprir a demanda metabólica ou se faz à custa de pressões de enchimento elevadas. A pressão positiva contínua nas vias aéreas é um meio não farmacológico de redução da pós-carga. O objetivo foi Analisar os efeitos da pressão positiva contínua nas vias aéreas, em paciente com insuficiência cardíaca congestiva por 30 dias em unidade intensiva.

Descrição do Caso: Estudo de caso com intervenção em Hospital da cidade de São Paulo, TLMS, feminino, 61anos, anasarcada, cianótica, dispneia progressiva, fração de injeção de 35%, saturação de 88% e frequência cardíaca de 80bpm, PA diastólica 139x69, ausculta com múrmurio vesicular presente e estertores creptantes até o terço médio. Fazendo uso de drogas vasoativas Dobutamina10ml/h e Noradrenalina 25ml/h com broncoespasmo severo. Na ventilação não invasiva foi utilizado ventilador Dixtal 3012 ® sendo estabelecido os seguintes parâmetros: Pressão de suporte 12cm/H2O, pressão positiva expiratória final (PEEP) 8cm/H2O, Tempo inspiratório 1.0seg. e fração inspirada de oxigênio (FIO2) 40% sensibilidade de 1,5 por 1:30minutos por período: manhã, tarde e noite. Os resultados obtidos foram a melhora na ventilação pulmonar, redução do broncoespasmo e reexpansão pulmonar, diminuição do esforço respiratório e aumento na saturação de oxigênio para 94%, aumento na fração de injeção de 48%, redução na concentração de drogas vasoativas como a norepinefrina e dobutamina e uma redução significativa da frequência cardíaca para 70 bpm que, consequentemente, reduziu o trabalho do miocárdio e melhorou a perfusão coronariana e haja vista que esta aumenta a

pressão intratorácica, reduzindo o retorno venoso e a pré-carga, além de reduzir o trabalho da musculatura respiratória e promover recrutamento alveolar.

Conclusão: **A ventilação não invasiva na insuficiência cardíaca congestiva precoce preveniu as principais repercussões patológicas** pulmonares, proporcionando a melhora da função pulmonar evidenciando melhora clínica nos marcadores pulmonares, capacidade vital e frequência respiratória, hemodinâmicos como frequência cardíaca, saturação de oxigênio e sinais vitais nos padrões de normalidades, reduzindo o uso de drogas administradas e tempo de internação na unidade de terapia intensiva.

PO 04

Impacto da pressão positiva ao final da expiração sobre trocas gasosas em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: ensaio clínico

André Luiz Lisboa Cordeiro, Sarah Carvalho, Maria Clara Leite, André Vila-Flor, Bruno Freitas, Lucas Sousa, Quetla Oliveira, André Raimundo Guimarães

Introdução: A revascularização do miocárdio (RM) resulta em redução da capacidade residual funcional e piora da troca gasosa. Para otimizar a função pulmonar a terapia de expansão pulmonar (TEP) usando a pressão positiva no final da expiração (PEEP) é necessária, mas o valor de pressão que deve ser usado ainda não é conhecido.

Objetivo: Avaliar o impacto de diferentes níveis de PEEP sobre as trocas gasosas em pacientes submetidos a RM.

Métodos: Trata-se de um ensaio clínico randomizado conduzido com pacientes submetidos à cirurgia de RM. Os pacientes foram randomizados em três grupos: Grupo 10, PEEP 10 cmH2O, Grupo 12, PEEP 12 cmH2O e Grupo 15, PEEP 15 cmH2O. Após a randomização, todos os pacientes foram submetidos à análise gasométrica em dois momentos: (1) imediatamente antes da extubação após terapia de expansão pulmonar; (2) uma hora após a extubação.

Resultados: Foram estudados sessenta e seis pacientes dos quais 61,7% eram homens, idade média 64±8,9 anos. Os pacientes alocados para G12 e G15 mostraram uma melhora significativa na troca de gases comparando pré e pós expansão (268±82 vs. 315±91, P=0,03 (G12) e 280±67 vs. 345±63, P=0,001). No entanto, ao analisar a diferença entre os grupos, não houve significância estatística no tempo após TEP (P=0,06).

Conclusão: Conclui-se que níveis mais elevados de PEEP são benéficos para a melhoria da troca gasosa em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

PO 05

Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de 6 a 12 anos

Dayana Pousa Siqueira Abrahão, Gustavo Silva Abrahão, Flávia Lima Santana, Stéfani Lorraine Borges de Paula, Vanessa Brito de Souza, Valéria Papa, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, George Kemil Abdalla, Samantha Batista Amui, Nanci Mendes Pinheiro, Douglas Reis Abdalla

Introdução: Ocorreram mudanças nos últimos anos em relação a saúde das crianças e adolescentes e com isso surgiu a obesidade nessa faixa etária, fazendo com que o país e o mundo passassem por uma transição epidemiológica. Em 2010, 43 milhões de crianças já se apresentavam acima do peso. Com isso, observa-se que os índices de desnutrição vêm diminuindo e o excesso de peso aumentando. O excesso de peso e sua prevalência nas crianças de todo mundo é um problema de saúde pública, sendo que no Brasil, há uma elevada taxa de obesidade nas crianças de 5 a 9 anos de idade.

Objetivo: Avaliar a prevalência de obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar de 6 a 12 anos e verificar as possíveis associações com as seguintes variáveis: aptidão aeróbica, hábitos alimentares e hábitos de lazer.

Métodos: Este estudo foi realizado com crianças de uma escola Estadual do município de Uberaba-MG. Foi aplicado um questionário desenvolvido por Pereira e Lopes (2012), contendo 15 perguntas sobre os hábitos de vida e alimentares de crianças

de ambos os sexos, com faixa etária de 06 à 12 anos. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi determinado através da verificação do peso e altura que foi realizada durante a aplicação do questionário. A coleta de dados foi realizada mediante autorização da escola e dos pais através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: Participaram do estudo 76 alunos, sendo 35 (46,05%) sexo masculino e 41 (53,95%) sexo feminino, com idade entre 06 e 12 anos, média de 8,28 anos. O dados de IMC do sexo feminino foram, 21 (51,22%) eutróficas, 13 (31,71%) sobrepeso e 07 (17,07%) obesas; sexo masculino, 17 (48,57%) eutróficos, 08 (22,86%) sobrepeso e 10 (28,57%) obesos. O IMC do sexo feminino e masculino apresentou 38 (50,00%) de sobrepeso ou obesidade, sendo 20 (44,4%) do sexo feminino e 18 (51,42%) do sexo masculino. Assistem televisão durante a semana, 32 (42,11%) entre 1 e 2 horas; e aos finais de semana, 38 (50%) assistem televisão entre 1 e 2 horas e 26 (34,21%) mais que 2 horas. Fazem uso de jogos eletrônicos durante a semana, 28 (36,84%) entre 30 minutos e 1 hora, 22 (28,95%) de 1 a 2 horas e aos finais de semana, 42 (55,26%) mais que 2 horas. Não praticam atividade física, 56 (73,68%). Realizam refeições em fast foods, 47 (61,84%). Ingerem líquido durante as refeições 71 (93,42%). Não consomem vegetais, 42 (55,26%). Consomem doces diariamente, 63 (82,89%).

Conclusão: Metade das crianças apresentaram sobrepeso ou obesidade, apresentando maior prevalência no sexo masculino. A presença de sobrepeso ou obesidade associa-se ao alto tempo destinado ao uso de jogos eletrônicos, baixa participação em atividades físicas programadas, alimentação frequente em fast foods, hábito regular de ingerir líquidos durante as refeições, baixa ingestão de vegetais e elevada ingestão de doces.

PO 06

Avaliação da efetividade do treinamento muscular respiratório no pré-operatório de cirurgias cardíaca e a abdominal

Gabriela Souza Faria, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Maira Cristine Prado de Souza, Jakeline Silva Santos, Talita Caroline Alves Passos, Douglas Reis Abdalla, Dayana Pousa Siqueira Abrahão, Ana Luísa Freitas Siqueira, Luciana Duarte Novais Silva, Maria de Lourdes Borges, Valéria Papa

Introdução: Tem-se registrado um aumento na incidência de cirurgias torácicas e abdominais nas últimas décadas. Sabe-se que uma grande parcela dos pacientes submetidos a esses tipos de cirurgia evoluem, muitas das vezes, com complicações pulmonares importantes, sendo estas responsáveis por aproximadamente 40% dos óbitos que ocorrem no peri e pós-operatório. Sugere-se que a atuação da fisioterapia na fase pré-cirúrgica esteja relacionada com um melhor prognóstico desses pacientes.

Objetivo: Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar a efetividade de técnicas de fisioterapia respiratória, na fase pré-operatória de cirurgias cardíaca e abdominal, em aumentar a expansibilidade torácica e a força da musculatura respiratória.

Métodos: Foram estudados 11 pacientes, com idade média de 59,3±14,2 anos, sendo 5 do gênero feminino. Destes, 4 pacientes foram submetidos a procedimentos cirúrgicos na região do abdome, com 3 intervenções para tratamento de hérnia abdominal e 1 para tratamento de colelitíase. Os demais, 7 pacientes passaram por cirurgia cardíaca, sendo elas 3 trocas valvares e 4 cirurgias de revascularização do miocárdio. Todos os pacientes foram submetidos a sessões de fisioterapia 3 vezes por semana, em um período que variou de 2 à 3 meses. As sessões eram compostas por exercícios de respiração diafragmática, inspiração em tempos associada à elevação dos membros superiores com bastão, inspiração máxima sustentada, incentivadores respiratórios (Voldayne) e treinamento muscular inspiratório e expiratório com Threshold, iniciando com 30% até 50% da PImax e PEmax. Foram mensuradas, antes e após o período de treinamento, as seguintes variáveis: frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, saturação periférica de oxigênio, Cirtometria tóraco-abdominal, medida por meio da diferença da inspiração menos a expiração máximas em centímetros, avaliação da força da musculatura respiratória (PImax e PEmax) e avaliação do pico de fluxo expiratório.

Resultados: Não foi observada diferença significativa para os valores de frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Foi documentada redução significativa tanto da pressão arterial sistólica (126,55±15,69 vs. 114,55±10,36 mmHg; P=0,007) como da diastólica (78,18±11,68 vs. 70±7,75mmHg; P=0,01), após o treinamento. Documentou-se ainda aumento significativo da amplitude tóraco-abdominal por meio da cirtometria na região axilar com delta de 3,77±2,31 cm para 6,41±4,04 cm (P=0,002) e na região xifoide com delta de 1,41±6 cm para 5,82±4,87 cm (P=0,04), no entanto, não houve diferença nas medidas da região abdominal (2,68±3,42 cm para 2,68±3,99 cm, P=0,96). Foi observado, após o período de treinamento, aumento estatisticamente significativo no pico de fluxo expiratório de 333,18±102,82 L/min para 420±120,5 L/min (P=0,001). Assim como nos valores de PImax de 99,91±28,95 cmH2O para 115,73±27,35 cmH2O (P=0,01) e PEmax de 102,73±21,15 cmH2O para 116,55±32,39 cmH2O (P=0,007).

Conclusão: Os resultados do presente estudo nos permite concluir que as técnicas de fisioterapia focadas no fortalecimento da musculatura respiratória e reexpansão pulmonar foram capazes de promover aumento da expansibilidade torácica, assim como da força da musculatura inspiratória e expiratória, de pacientes em fase pré-operatória de cirurgias cardíaca e abdominal.

PO 07

Impacto da revascularização do miocárdio sobre a amplitude de movimento articular dos membros superiores e inferiores

André Luiz Lisboa Cordeiro, Andreza Saionara Freire de Lima, Mariane Brune Teixeira Rios, Rosangela Do Sangramento Silva Bispo, Daniel Lago Borges, Giulliano Gardenghi, André Raimundo Guimarães, Mateus Souza Esquivel

Introdução: O processo de cirurgia para revascularização do miocárdio (RM) pode comprometer a estabilidade e complacência torácica e a amplitude de movimento (ADM) da articulação do ombro devido a esternotomia e a articulação do joelho devido a safenectomia.

Objetivo: Avaliar o impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio sobre a ADM de membros superiores e inferiores.

Métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado com grupo de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. No período pré-operatório foi avaliada a ADM, através de um goniômetro, para flexão, abdução horizontal e abdução vertical do ombro direito e esquerdo, além disso avaliação do movimento de flexo-extensão do joelho direito. No dia da alta da Unidade de Terapia Intensiva os pacientes foram novamente avaliados.

Resultados: Foram avaliados 20 pacientes durante o tempo da pesquisa. A maioria sendo homens 14 (70%), com idade média de 60±10 anos. Em relação a ADM foi verificado que todos os movimentos apresentaram redução significativa no pós-operatório. A flexão do ombro direito (159 ± 17 vs. 129 ± 20 graus, P< 0,01), flexão ombro esquerdo (155 ± 21 vs. 127 ± 22 graus, P<0,01), abdução horizontal direita (75±11 vs. 66±8 graus, P=0,08), abdução horizontal esquerda (79±9 vs. 70±5 graus, P=0,02), abdução vertical direita (142±24 vs. 117±22 graus, P<0,01), abdução vertical esquerda (142±24 vs. 121±22 graus, P=0,01), flexão do joelho (100±14 vs. 75±19 graus, P<0,01) e extensão do joelho (94±13 vs. 79±15 graus, P<0,01).

Conclusão: Pode-se concluir que a cirurgia promoveu redução da amplitude de movimento articular de membros superiores e inferiores nesta amostra de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio.

PO 08

Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à angioplastia no setor de hemodinâmica em um hospital de Uberaba-MG

Dayana Pousa Siqueira Abrahão, Gustavo Silva Abrahão, Jemima Medeiros Venâncio, Leandro Rodrigues Teixeira, Nalva Adriana Gomes, Valéria Papa, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, George Kemil Abdalla, Samantha Batista Amui, Nanci Mendes Pinheiro, Douglas Reis Abdalla

Introdução: Infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença frequente, associada a grande morbimortalidade e alto custo do tratamento. Nas últimas décadas, observou-se uma redução significativa na mortalidade dos pacientes com quadro de IAM, decorrente de vários fatores, principalmente da precocidade do diagnóstico e tratamento, dos avanços em relação ao manejo de complicações, tais como isquemia recorrente e insuficiência cardíaca, e da maior disponibilidade de terapias de reperfusão farmacológicas e mecânicas, entre elas a intervenção coronariana percutânea, que é uma estratégia segura e eficaz, capaz de reduzir significativamente a mortalidade Apesar disso, o IAM ainda representa a principal causa de morte nos países desenvolvidos.

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à angioplastia, no período de janeiro a agosto do ano de 2017, no setor de Hemodinâmica de um hospital particular de Uberaba MG.

Métodos: Foram pesquisados os prontuários dos pacientes do setor de hemodinâmica de um hospital particular do município de Uberaba-MG, que realizarem o procedimento de angiografia e angioplastia no período de janeiro a agosto de 2017. Os dados registrados foram idade, sexo, fatores de risco associados, quantidade de vezes que foi submetido ao procedimento, e a quantidade de stents colocados por paciente.

Resultados: Foram analisados 191 prontuários, sendo destes 143 (74,87%) do sexo masculino e 48 (25,13%) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre 61 e 70 anos, 64 (33,51%). Os fatores de risco associados foram hipertensão arterial 147 (76,96%), dislipidemia 118 (61,78%) e diabetes 68 (35,60%); histórico familiar para doenças cardiovasculares esteve presente em 113 (59,16%). Dos pacientes analisados, 156 (81,68%) implantaram de 1 a 2 stents; 27 (14,14%) implantaram 3 stents e 8 (4,18%) implantaram de 4 a 6 stents.

Conclusão: A partir do presente estudo, pode-se concluir que os pacientes submetidos à angioplastia no setor de hemodinâmica, no período de janeiro a agosto de 2017, são em sua maioria homens, apresentando histórico familiar para doenças cardiovasculares, maior prevalência de hipertensão arterial e dislipidemia, acometendo mais frequentemente a faixa etária entre 61 e 70 anos. A quantidade de stents implantados por paciente em sua maioria foi de 1 a 2, sendo baixa a porcentagem de pacientes que implantaram 3 ou mais stents.

PO 09

Avaliação da função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

André Luiz Lisboa Cordeiro, Maitê Almeida, Tatiane Luz, Vanessa Jesus, Hayssa de Cássia Mascarenhas, André Raimundo Guimarães

Introdução: Introdução: A cirurgia cardíaca visa aumentar a expectativa de vida do cardiopata, porém ela está associada a complicações pulmonares e periféricas. A esternotomia e a Circulação Extracorpórea aparecem como as principais causas desse declínio pulmonar.

Objetivo: Avaliar o comportamento da função pulmonar dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Métodos: Trata-se de um estudo de corte prospectivo. Todos os pacientes tiveram a sua função pulmonar avaliadas no pré-operatório. Essa avaliação foi composta pela força muscular inspiratória (PiMáx) e expiratória (PeMáx), capacidade Vital (CV) e pico de fluxo expiratório (PFE). No 4º dia após a cirurgia as mesmas variáveis foram reavaliadas.

Resultados: Durante o período da pesquisa foram inclusos 10 pacientes com idade média de 61±13 anos, sendo sete do gênero feminino. Avaliando o comportamento da função pulmonar percebeu-se uma redução em todas as variáveis com significância estatística. CV foi de 46,8±12,7 para 24,7±13,3 (P<0,001), a PImáx no pré-operatório foi de 89,2±26,5 para 52,4±26 (P<0,001), a PEmáx de 57,8±18,1 para 32,8±18,2 (P<0,001) e o PFE de 323±91,9 para 143±70,9 (P<0,001).

Conclusão: Conclui-se qua a cirúrgica pode estar associada a redução das variáveis associadas a função pulmonar.

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO II

13h30/18h30 (PO 10 ao PO 17)

PO 10

Avaliação do posicionamento e repercussões cardiovasculares e ventilatórias das trocas de sistemas de umidificação passiva em pacientes sob ventilação mecânica

Giulliano Gardenghi, Jéssica Anyara Querubin de Souza, Alan Francisco de Jesus, Fabricio Daninger, Daniela dos Santos Pinto, Lais de Sá Fonseca

Introdução: A inalação prolongada de gases inadequadamente condicionados durante o suporte de ventilação mecânica (VM) aos pacientes críticos pode acarretar diversas situações adversas e potencialmente lesivas aos indivíduos, como hipotermia, espessamento das secreções brônquicas, atelectasias e outras. Os sistemas de umidificação passiva (filtros) são utilizados para minimizar tais complicações, devendo ser corretamente posicionados e trocados com regularidade, a fim de minimizar repercussões

negativas. O uso de sistemas com sujidade ou condensação pode comprometer o suporte pressórico, causando alterações cardiovasculares e ainda piora na ventilação pulmonar.

Objetivo: 1) Verificar se o posicionamento dos filtros utilizados como umidificadores passivos durante a VM é realizado de maneira correta nas unidades de terapia intensiva (UTIs) de um hospital privado na cidade de São Paulo; 2) Testar a hipótese de que a troca de filtros com sinais de sujidade ou condensação pode resultar em alterações sobre parâmetros fisiológicos e ventilatórios dos pacientes.

Métodos: Estudo de coorte envolvendo 34 indivíduos (idade: 78±14 anos; 55% do sexo feminino) submetidos à VM nas UTIs, que passaram por inspeção visual por parte dos pesquisadores no que tange ao adequado posicionamento dos filtros (alinhados na vertical e acima ao tubo, suspensos em ângulo de 90º em relação à rima labial). Quando necessário, por sinais de sujidade ou condensação visível intra-filtro, foi realizada a substituição dos filtros por novas unidades. Na eventual necessidade de substituição, foram observados parâmetros fisiológicos como frequência cardíaca (FC) e saturação da oxiemoglobina (SatO2), além de parâmetros da VM como volume corrente (VC), delta de pressão (ΔP = PINSP - PEEP) e complacência estática (CE). Os indivíduos foram avaliados em cinco dias diferentes, em dois períodos (manhã e tarde). A análise estatística utilizou Teste T de Student pareado para os dados com distribuição normal (significância em 5%). Dados apresentados como média ± desvio padrão.

Resultados: Foram realizadas ao todo 197 visitas beira-leito. Nessas constatou-se que em 80,2% das ocasiões o filtro estava posicionado de maneira incorreta, repousando sobre o tórax dos pacientes. Constatou-se também que 35,9% dos ventiladores utilizados não possuem braço articulado para suporte do circuito da VM, o que impossibilita o adequado posicionamento dos filtros. Com base na inspeção visual constatou-se sujidade (67,9%) ou condensação (32,1%) presente em 28 oportunidades (14,2% das visitas). Nessas ocasiões foi realizada a troca do filtro, sendo observados os valores de FC, SatO2, VC, ΔP e CE por um minuto antes e por igual período após a substituição. Não foram verificadas alterações significantes nas variáveis acompanhadas. FC (pré: 92±23 vs. pós: 93±21 bpm, P=0,37); SatO2 (pré: 96±2 vs. pós: 96±4%, P=0,69); VC (pré: 412±115 vs. pós: 438±102 ml, p=0,28); ΔP (pré: 13,6±4,1 vs. pós: 13,2±3,9 cmH2O, P=0,90) e CE (32,5±12,6 vs. 32,4±12,2 ml/cmH2O, P=0,84).

Conclusão: 1) A maioria dos filtros utilizados nos sistemas de umidificação passiva durante a VM nas UTIs estava posicionada de maneira inadequada, o que pode diminuir a vida útil dos mesmos, por acúmulo de sujidades e/ou condensações. 2) Não foram verificadas alterações significantes nas variáveis fisiológicas e ventilatórias avaliadas, após a substituição dos filtros.

PO 11

Adoção de deambulação precoce em pacientes submetidos à angioplastia ambulatorial em um serviço de Goiás

Giulliano Gardenghi, Maurício Lopes Prudente, Álvaro de Moraes Júnior, Flávio Passos Barbosa, Fabíola Gomes Silva Magalhães, Pedro Wilker de Andrade Ferreira , Felipe Barbosa Amara

Introdução: Indivíduos submetidos à angioplastia coronária (AGC) no Brasil, fora dos grandes centros, são muitas vezes orientados a permanecerem em repouso no leito e desencorajados a realizar exercícios no período pós-operatório, pelo risco de sangramento, por exemplo. Tal prática pode favorecer o imobilismo e a perda de força/resistência muscular, limitando a capacidade funcional de indivíduos coronariopatas. Atualmente dispositivos como o Angio-Seal (St. Jude Medical®) promovem o fechamento arterial e permitem a prática de exercícios precocemente nessa população.

Objetivo: Relatar a possibilidade de alta precoce após procedimento de AGC ambulatorial, descrevendo as condutas da equipe multidisciplinar do hospital, avaliando a capacidade de deambulação e eventuais complicações presentes nessa população.

Métodos: Estudo de coorte que avaliou pacientes submetidos à AGC que receberam alta do hospital após seis horas do término da intervenção. Os pacientes apresentavam angina estável e fatores de risco cardiovascular (dislipidemia, hipertensão e outros). A liberação do paciente seria suspensa quando se percebesse anatomia coronariana complexa, função renal alterada ou ainda caso o paciente residisse em cidade diferente à do hospital. Após a AGC, os pacientes foram avaliados pela equipe, que monitorava intercorrências (avaliação do eletrocardiograma e de enzimas cardíacas). A marcha dos indivíduos era verificada, no sentido de se avaliar a tolerância dos indivíduos à mesma. No primeiro dia de pós-operatório foi realizado um telefonema para checagem de complicações. A análise estatística utilizada foi descritiva.

Resultados: Incluídos 44 pacientes (81,8% sexo masculino). A maioria da amostra era formada por indivíduos entre 41 e 50 anos (45,5%), seguidos, pela ordem, por indivíduos entre 61 e 70 anos (25,0%), indivíduos entre 71-80 anos (18,2%), 41 a 50 anos (9,1%) e acima de 80 anos (2,3%). 84,1% dos pacientes realizaram AGC em um vaso e 15,9% realizaram AGC em duas artérias. A maioria dos indivíduos teve o cateterismo realizado por via radial (90,9%). Dois pacientes (4,5%) realizaram punção por via braquial e outros dois (4,5%) tiveram sua punção realizada por via femoral, associada ao dispositivo de fechamento Angio-Seal - St. Jude Medical®. Todos foram liberados do hospital após seis horas, deambulando sem intercorrências. Como complicações obtidas por telefone, relataram-se 25,0% de dor no local da punção, 2,3% de dor leve no peito e 2,3% com hematúria.

Conclusão: A angioplastia coronária ambulatorial foi segura na amostra estudada, desde que respeitando protocolos bem estabelecidos e que acompanhada por equipe multiprofissional. Mesmo os indivíduos que realizaram punção por via femoral toleraram a deambulação.

PO 12

Impacto do volume corrente intra-operatório sobre a mecânica ventilatória

André Luiz Lisboa Cordeiro, Edmilson Rodrigues da Rocha Júnior, Maiana Kézia dos Santos Pereira, Miriam Laine dos Santos Pereira, Alysson Edwin Santana Guimarães, André Raimundo França Guimarães

Introdução: A ventilação mecânica (VM) é algo comum no processo operatório de pacientes, porém o volume corrente intra-operatório é um componente que pode estar associado com fatores que causam impacto na mecânica ventilatória dos pacientes.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar o impacto do volume corrente durante o processo operatório sobre a mecânica ventilatória, tempo de VM e tempo de estadia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo realizado nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca no Instituto Nobre de Cardiologia de Feira de Santana, Bahia (INCARDIO). Como variável preditora foi utilizado o delta entre o volume corrente utilizado durante a cirurgia e o volume ideal para o paciente com base no seu peso. As variáveis desfecho foram: complacência estática (Cest), dinâmica (Cdin), pressão de distensão alveolar (Palv), pressão resistiva (Pres), tempo de UTI e tempo de VM.

Resultados: Foram analisados 62 pacientes, sendo que 45 (X%) foram do sexo masculino, com idade média de 59±12 anos. O delta do volume corrente foi de 125±40 ml. Correlacionado o delta com as variáveis de desfecho foi verificada uma significância estatística na Cest (r=0,87 e P<0,001), Cdin (r=0,78 e P=0,02), Palv (r=0,77 e P=0,05), tempo de UTI (r=0,67 e P<0,001) e VM (r=0,77 e P<0,001).

Conclusão: Com base nesses achados conclui-se que o uso indevido de volume corrente no intra-operatório parece ter influência negativa sobre a mecânica ventilatória, tempo de UTI e tempo de VM.

PO 13

Efeito da utilização de exercícios de controle respiratório em pacientes com hipertensão arterial essencial

Luiz Fernando Martins de Souza Filho, Jordana Campos Martins de Oliveira, Giulliano Gardenghi, Ademar Azevedo Soares Junior, Ana Cristina Silva Rebelo

Introdução: A literatura aponta que os exercícios de controle respiratório (classicamente denominados padrões respiratórios) apresentam benefícios na melhoria do barorreflexo, variabilidade da frequência cardíaca e redução da pressão arterial em pacientes hipertensos, sendo usualmente utilizados em pacientes em internação hospitalar ou em fase ambulatorial, sendo um recurso de baixo custo e de fácil aplicação.

Objetivo: Investigar a eficácia da utilização de exercícios de controle respiratórios (ECR) na pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) de pacientes hipertensos.

Métodos: Revisão sistemática de literatura, utilizando a base de dados Publisher Medline, foram considerados estudos clínicos que abordem o uso de ECR em pacientes com hipertensão arterial sistêmica a fim de verificar a reação dos ECR na PAS e PAD. Foram

utilizados na pesquisa os descritores em inglês: Hypertension e Breathing Exercises. Utilizados em combinação pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram: (1) ensaios clínicos randomizados, (2) disponível na íntegra, (3) disponível em inglês e/ou, português (4) publicados nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram: (1) utilização de outros programas de exercícios combinado, incluindo treinamento muscular respiratório, (2) ausência de patologias de base (3) estudos realizados em animais.

Resultados: A partir da busca foram encontrados 23 artigos com os descritores, dos quais 5 artigos compuseram os resultados deste estudo por se enquadrarem dentro dos critérios de inclusão e exclusão propostos e abordarem o tema proposto em nossa investigação. Foram excluídos 11 estudos pela presença de patologias de base, 5 estudos por se tratar de treinamento muscular respiratório e 4 estudos por se tratar de terapia alternativas. Nos estudos levantados foi observada uma redução significativa dos valores da PAS e PAD em consequência dos ECR, sendo este tanto de forma aguda quanto crônica, os ECR ainda apresentaram redução da atividade simpática.

Conclusão: Os ECR apresentam redução significativa dos valores da PAS e PAD, em especial os ECR realizados de forma lenta expressando a relação de sincronia coração-pulmão e melhora da função autonômica, se apresentando como recurso complementar para abordagem destes pacientes.

PO 14

Efeito da reabilitação cardíaca com exercícios resistidos em uma paciente com doença arterial coronariana estável: relato de caso

Jordana Campos Martins de Oliveira, Luiz Fernando Martins de Souza Filho, Lucas Raphael Bento e Silva, Camila Grasiele Araujo de Oliveira, Paulo Roberto Viana Gentil, Ana Cristina Silva Rebelo

Introdução: A alta prevalência das doenças arteriais coronarianas (DAC) como sendo a maior causa de morbimortalidade e uma das principais de incapacidade faz com que sejam buscadas alternativas para diminuição dos fatores de risco para doença arterial coronariana, é bem descrito que a implantação destes indivíduos em programas de reabilitação cardíaca reduz a mortalidade cardiovascular, com grau de recomendação A e nível de evidência 1 para o tratamento de coronariopatias.

Descrição do Caso: Paciente do sexo feminino, 67 anos, portadora de Doença arterial coronariana, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Apresenta em histórico Infarto Agudo do miocárdio e realização de seis cateterismos e uma angioplastia, possui antecedentes familiares conhecidos para insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana. Em histórico medicamentoso apresenta utilização otimizada dos seguintes medicamentos Losartana, Atenolol, Anlodipino, Ácido acetilsalicílico, Hidroclorotiazida, Glifage, Sivastatina, Ranitidina e Insulina protamina neutra de Hagedorn 30u e 24u. Paciente encaminhada ao serviço de reabilitação cardíaca do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Goiânia), e realizou-se avaliação inicial de dados antropométricos, variabilidade da frequência cardíaca (VFC), pressão arterial sistêmica (PAS) e índice glicêmico. Avaliação antropométrica inicial: Massa corporal de 66,3 kg, estatura 158 cm e índice de massa corporal (IMC) de 26,56; VFC PRÉ: SDNN 12,9 ms; RMSSD: 11,9 ms; PNNX: 0; AF: 0,16 un; BF: 0,05 un; AF/BF: 2,9; PAS: Sistólica: 182 mmhg; Diastólica: 90 mmhg; Glicemia (145 mg/Dl). A reabilitação cardíaca foi pautada no treinamento resistido, a prescrição ocorreu de forma individualizada e o treinamento foi supervisionado. Consistiu em 2 séries de 6-8 repetições com intervalo de 2 minutos entre as séries nos aparelhos: Supino, Leg press, puxada alta, afundo e flexão plantar, todos com progressão de carga de acordo com a evolução da paciente com intuito de adaptar o treinamento a progressão da paciente. Após 12 semanas de treinamento realizou reavaliação com resultados positivos em todos aspectos avaliados, redução do peso (65,1 kg); IMC: 26,01, PAS: Sistólica 129 mmhg, Diastólica 68 mmhg, glicemia (76 mg/Dl) e melhora dos índices relacionados ao domínio do tempo e frequência avaliados pela VFC que determinam melhor modulação autonômica cardíaca, já que os valores apresentados inicialmente estavam muito abaixo do esperado e eram preditores de um ruim prognóstico para eventos cardiovasculares. VFC PÓS: SDNN 19,2ms; RMSSD: 18,9 ms; PNNX: 4,5; AF: 0,23 un; BF: 0,04 un; AF/BF: 0,57. Após este período a paciente passou por avaliação do clínico responsável, sendo prescrito a retirada do Atenolol, redução da dosagem hidroclorotiazida e frequência da Anlodipina.

Conclusão: A reabilitação cardíaca com ênfase em exercícios resistidos por 12 semanas apresentou-se como uma intervenção com potencial cardioprotetor com redução do IMC, melhora dos índices da VFC, PAS e redução da terapia farmacológica mesmo em paciente com histórico complexo de doenças cardiovasculares.

PO 15

Correlação entre força muscular periférica e velocidade de marcha em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio

André Luiz Lisboa Cordeiro, Gerusa, Sheila, Pedro Henrique Andrade, Max Paulo Peruna, André Raimundo Guimarães, Thiago Melo

Introdução: Sabe-se que a cirurgia cardíaca gera uma redução da força musculas respiratória e se tem estudado a repercussão da mesma sobre a força da musculatura periférica (FMP). Existindo uma redução da FMP poderá levar a uma diminuição da velocidade de marcha a qual está associada com pior funcionalidade.

Objetivo: Correlacionar a força muscular periférica com a velocidade de marcha no pós-operatório de revascularização do miocárdio.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal. Todos os pacientes foram avaliados imediatamente após a retirada de todos os drenos, fator que poderia limitar a marcha, e tiveram sua força muscular periférica avaliada através do Medical Research Council (MRC) antes de iniciarem a caminhada. Após os todos realizaram o teste de 10 metros para avaliação da velocidade de marcha. Afim de responder a nosso objetivo correlacionamos o MRC com a velocidade de marcha. Foi utilizado o teste de correlação de Spearman, sendo um teste não-paramétrico devido aos dados não apresentarem padrão de distribuição normal. Sendo utilizado um nível de significância de 0,05.

Resultados: Incluímos 27 pacientes (55% mulheres) com média de idade de 56,3±14,9 anos. A velocidade média no pós-operatório foi de 0,66±0,37 m/s. Quando correlacionamos idade e velocidade de marcha, evidenciamos uma boa correlação (r -0,47 e P 0,02). O valor médio do MRC foi de 51,7±4,2, apresentando uma boa correlação com a velocidade de marcha (r 0,46 e P 0,02).

Conclusão: Com base nos achados conclui-se que a força muscular periférica parece ter influência direta sobre a velocidade de marcha em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio.

PO 16

Análise de diferentes volumes corrente sobre a ventilação de submetidos a cirurgia cardíaca

André Luiz Lisboa Cordeiro, Adriele Santos de Souza, Carolina Ribeiro de Brito Lima, Jaclene da Silva Araújo, Luiza Angélica Alves de Souza, Sarah Carvalho de Oliveira Nogueira, André Raimundo França Guimarães, Maria Clara Leite

Introdução: Introdução: No pós-operatório de cirurgia cardíaca os pacientes necessitam de ventilação mecânica (VM) devido a indução anestésica. A VM torna-se imprescindível e vem se mostrado benéfica, pois melhora a ventilação alveolar e a troca gasosa, diminui o trabalho ventilatório, aumenta os volumes pulmonares. O volume corrente é um parâmetro ventilatório que visa à redução da hiperinsuflação dinâmica. Recomenda-se um volume corrente em torno de 6 a 8 mL/kg, a fim de se reduzir ao máximo o tempo inspiratório e prolongar a expiração.

Objetivo: Avaliar o impacto de diferentes volumes corrente sobre a ventilação de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal. Os pacientes foram randomizados através de sorteio para um dos grupos: um grupo foi ventilado com um volume corrente de 6 ml/kg (G6); enquanto outro grupo recebeu um volume de 8 ml/kg (G8). Após a cirurgia foram conectados ao ventilador mecânico como os seguintes parâmetros: modo volume controlado, como volume corrente de acordo com o grupo sorteado, frequência respiratória de 15 incursões por minuto, fluxo de 10% do volume corrente, PEEP de 5 cmH2O e fração inspirada de oxigênio (FiO2) de 100%. Após período 30 minutos foi coletada uma hemogasometria arterial para análise da pressão arterial de oxigênio (PaO2), pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2), ph e saturação periférica de oxigênio. Com esses resultados foi calculado também o índice de oxigenação pela divisão da PaO2 pela FiO2.

Resultados: Foram avaliados 21 pacientes, destes 9 pacientes participaram do grupo de 6 ml/kg com média de idade foi de 55 ± 13 anos e 7 pacientes no grupo de 8 ml/kg com média de idade de 59±15 anos. Em relação a ventilação não houve diferença entre os grupos pH 7,3±0,9 (G6) vs. 7,3±0,6 (G8) P=0,74, PaO2 do G6 de 210±131 vs. 175±103 no G8, P=0,76, PaCO2 de 40±10 no G6 vs. 40±5 no G8 P=0,90 e SaO2 no grupo 6 de 98±2 contra 97±2 no grupo 8, P=0,35. O mesmo comportamento foi verificado na

mecânica ventilatória sendo a Cest do grupo 6 de 55±40 vs. 51±19 no grupo 8 P=0,72, a Cdin do G6 foi de 29±12 vs. 42±19 do G8 P=0,26, a resistência 7±2 (G6) vs. 5±3 (G8) P=0,23 e a driving Pressure de 9±2 (G6) vs. 10±3 em G8, P=0,28.

Conclusão: Com base nos achados atuais verifica-se que o volume corrente não influencia na ventilação dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

PO 17

Efeito da intervenção fisioterapêutica pré-operatória sobre o desempenho respiratório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca - Estudo piloto

Gabriela Souza Faria, Isabela Corneta, Maria de Lourdes Borges, Fernando Seiji da Silva, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Valéria Papa, Luciana Duarte Novais Silva

Introdução: As cirurgias cardíacas (CC) são procedimentos utilizados para o tratamento de pacientes com doença cardíaca, sendo que a revascularização do miocárdio é o procedimento cirúrgico mais comum (KEENAN et al., 2005; RENAUT et al., 2008). Tendo em vista o quadro de disfunção pulmonar associado à CC e suas possíveis repercussões, a fisioterapia respiratória tem sido amplamente requisitada com o intuito reverter ou amenizar tal quadro, evitando o desenvolvimento de complicações pulmonares (LIMA et al., 2011) com a utilização de grande variedade de técnicas.

Objetivo: O objetivo do trabalho foi analisar a eficácia do tratamento fisioterapêutico pré-operatório na diminuição e/ou ausência de complicações pós-operatórias de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com a leitura de 38 prontuários dos pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca entre os anos de 2000 a 2015. Os critérios de inclusão para este estudo foram prontuários de pacientes portadores de doença cardiovascular com indicação cirúrgica, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Foi feita a subdivisão dos prontuários em dois grupos: G1- indivíduos que realizaram pelo menos 10 sessões de fisioterapia em nível ambulatorial que antecederam a cirurgia cardíaca (n=5) ; G2- indivíduos que não realizaram as 10 sessões antecedentes a cirurgia, ou seja, que somente tiveram contato com a fisioterapia um dia antes da cirurgia em ambiente hospitalar (n=33). As variáveis analisadas foram: se houve complicação respiratória, tempo de circulação extracorpórea, tempo de ventilação mecânica e tempo de internação.

Resultados: Os pacientes do G1 não apresentaram complicações respiratórias, sendo que no G2 houve incidência de 27% dessas complicações. O tempo médio de circulação extracorpórea foi de 82,5 min. para o G1 e 70,5 min. para o G2; o tempo médio de ventilação mecânica foi de 392,5 min. para o G1 e 3847,5 min. para o G2; em relação ao tempo de internação observa-se que o tempo médio foi de 9,5 dias para o G1 e 18 dias para o G2.

Conclusão: Pode-se concluir que a fisioterapia pré-operatória foi eficaz na redução de complicações e na rápida recuperação dos pacientes já que o grupo que realizou a fisioterapia apresentou menor tempo de ventilação mecânica e de internação.

EXPOSIÇÃO DE PÔSTERES

SBCEC

20.04 | SEXTA-FEIRA | ARENA SBCCV | SESSÃO I

8h30/12h30 (PO 01 ao PO 04)

PO 01

Controle glicêmico no transoperatório de cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea

Daniele Gomes de Araújo, Susana de Freitas Gomes

Introdução: É consenso que diversas complicações podem ser causadas ao paciente submetido a Circulação Extracorpórea (CEC) durante uma cirurgia cardíaca.

Objetivo: Analisar as complicações mais frequentes no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com CEC, que fizeram hiperglicemia durante o período transoperatório.

Métodos: Esse estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde a revisão de literatura foi realizada baseada na seguinte questão de pesquisa: Qual a produção científica sobre os impactos da hiperglicemia no pós-operatório de pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea?

Resultados: A hiperglicemia é uma complicação muito frequente nos tempos de CEC maiores de 85 minutos. E isto torna os pacientes mais sensíveis aos danos agudos causados pela hiperglicemia após a cirurgia cardíaca. A hiperglicemia durante a CEC foi citada como um fator de risco forte encontrado como preditor de uma fibrilação atrial no pós-operatório.

Conclusão: Como a hiperglicemia transitória causada pela cirurgia cardíaca durante a CEC atinge os pacientes diabéticos e os não diabéticos, proporcionando-lhes danos futuros, torna-se imprescindível que a equipe multidisciplinar tenha um olhar atento durante todo o período da CEC, controlando os resultados da gasometria, para um controle glicêmico bem sucedido.

PO 02

Formação de trombo intracardíaco em paciente com uso de ECMO: relato de caso

Karine Moreira Rulka, Maria Emília de D'Albuquerque

Introdução: A ECMO é uma importante terapia de suporte indicada em casos de insuficiência cardiopulmonar reversível, contudo as complicações são comuns e estão associadas a aumento significativo da morbidade e mortalidade.

Objetivo: relatar o caso de um paciente pediátrico portador de varicela hemorrágica cuja função respiratória foi gravemente afetada e houve a necessidade de oxigenação por membrana extracorpórea por 11 dias.

Descrição do Caso: O uso, manuseio e complicações da Ecmo durante esse intervalo de tempo, assim como a evolução do paciente. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o familiar do paciente e acompanhamento do procedimento da ecmo desde a instalação até sua retirada, registros fotográficos e revisão da literatura.

Conclusão: Estas complicações podem estar relacionadas com a doença que gerou a necessidade da ECMO, ou da própria ECMO através da inserção cirúrgica, cânulação, anticoagulação.

PO 03

Oxigenação extracorpórea por membrana no tratamento das doenças cardíacas e pulmonares: revisão integrativa na literatura latino americana

Cinthia de Lima Costa Silva, Acy Jeanne Alves, Fernanda dos Santos Devesa, Viviane Oliveira Carlos da Silva, Maria de Fátima Vianna Paixão Garcez

Introdução: A ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea) é composta por um circuito fechado de circulação extracorpórea que drena o sangue desoxigenado e rico em gás carbônico pelo sistema venoso, a seguir o impulsiona para a bomba centrífuga através da membrana de oxigenação artificial. Após esse processo regressa oxigenado para o sistema arterial do corpo. A ECMO proporciona o aumento da troca de CO2 e O2 permitindo a otimização dos ajustes dos parâmetros ventilatórios de forma mais fisiológica, porém, sem causar prejuízo ao parênquima pulmonar. Existem duas formas de suporte extracorpóreo prolongado: o venovenoso (VV) e o venoarterial (VA). A ECMO Veno-venosa (VV) utiliza um cateter de duplo lúmen, introduzido por punção pela veia jugular interna. O orifício proximal fica no átrio direito, o orifício distal fica no ventrículo direito e posteriormente conduz a drenagem e reinfusão do sangue para a circulação, após a oxigenação pela membrana. A finalidade da ECMO tem por finalidade auxiliar o coração, pulmões ou ambos, quando estão em falência, objetivando sustentar a oxigenação e perfusão dos tecidos, quando não respondem aos tratamentos convencionais.

Objetivo Geral: Identificar na literatura latino-americana, os conteúdos produzidos pelos artigos publicados por profissionais da área de saúde que indiquem a aplicabilidade e eficácia do Oxigenador de Membrana Extracorpóreo (ECMO) venoso-venoso (VV) e veno-arterial (VA) no tratamento das doenças cardiopulmonares.

Objetivo Específico: Determinar quais os tipos de doenças pulmonares e cardiológicas para as quais o Oxigenador de Membrana Extracorpóreo (ECMO) Veno-Venoso (VV) e Veno-Arterial (VA) respectivamente tem sido aplicado.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva e de revisão integrativa. A amostra foi estabelecida em 10 artigos, os quais foram coletados e selecionados na Plataforma de dados BIREME - BVS nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem).

Resultados: Foram formulados dois agrupamentos principais: (1) "Artigos sobre ECMO direcionados para a área da Cardiologia" (40%) e "Artigos sobre ECMO direcionados para a área da Pneumologia" (60%). No primeiro agrupamento a categoria mais encontrada na abordagem dos tipos de doença, para as quais a ECMO foi mais usada, foi encontrado o seguinte resultado: Categoria (b) Aplicação da ECMO no Tratamento de portadores de Influenza H1N1. E para o segundo agrupamento principal, foi detectado que a categoria (a) "ECMO direcionado para o TX cardíaco" foi o tipo de distúrbio cardíaco que mais foi tratado com a tecnologia médica estuda **nesta pesquisa.**

Conclusão: Analisando este estudo foi possível observar, que a ECMO é uma técnica complexa que requer um treinamento prévio adequado. Ao indicar quais doenças cardíacas e pulmonares são mais comuns na utilização da ECMO e os resultados que a eficácia do uso dessa terapêutica cardiopulmonar traz quando indicada, poderá se contribuir para a elaboração de futuros protocolos que direcionem a equipe de saúde em relação ao uso da ECMO VV e ECMO VA e na avaliação dos resultados esperados, além de estabelecer as vantagens no tratamento das doenças cardiopulmonares pouco responsivas às técnicas de ventilação e oxigenação tradicionais, levando a conclusão de que a ECMO é uma técnica de oxigenação de moderada eficácia.

PO 04

Drenagem anômala total de veias pulmonares em paciente adulto: relato de caso

Elaine Maria Alves Thomé Pereira, Gustavo Tedeschi dos Santos

Introdução: Drenagem anômala total de veias pulmonares (DATVP) é uma rara cardiopatia congênita resultante da falha na formação das veias pulmonares, as quais drenam fora do átrio esquerdo. DATVP pode apresentar anatomia variada, sendo mais comum a supracardíaca e a cardíaca. Na supracardíaca as veias pulmonares drenam na veia cava superior, já na cardíaca as veias drenam para o átrio direito. Ela ainda pode ser do tipo infracardíaca drenando para a veia porta ou quando dois ou mais tipos estão presentes é classificada como mista. As variações clínicas são reflexo das suas diferentes formas de apresentação, podendo

ir de quadros estáveis com fluxos balanceados com pequena insaturação arterial, até hiperfluxo pulmonar com edema. Os tipos infracardíaca e mista são relacionados a maior morbidade e mortalidade.

Descrição do caso: Este relato de caso descreve um paciente do sexo masculino, 42 anos, encaminhado ao hospital com dor torácica, dispneia, insaturação, cianose e sopro cardíaco, após realização de exames complementares foi confirmado o diagnóstico de drenagem anômala total de veias pulmonares supracardíaca, comunicação interatrial ampla (CIA) e hipertensão pulmonar moderada. O paciente foi encaminhado para intervenção cirúrgica, a qual foi realizada com circulação extracorpórea, hipotermia moderada a 26ºC e cardioplegia sanguínea 4:1 hipotérmica anterógrada, o tempo total de CEC foi 113' com 75' de clampeamento aórtico. Realizado o fechamento da veia vertical de drenagem e abertura da porção posterior do átrio esquerdo e da parede anterior da veia pulmonar comum, com anastomose látero – lateral de veia pulmonar comum ao átrio esquerdo e o fechamento da CIA com uso de patch de pericárdio bovino (valvulado D-E). O paciente foi encaminhado para recuperação na unidade de tratamento intensivo da qual recebeu alta para a enfermaria no sexto dia pós-operatório e alta hospitalar no décimo primeiro dia.

PROMOÇÃO

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

APOIO OFICIAL

CAPES

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

BRASIL GOVERNO FEDERAL

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

ORGANIZAÇÃO

AB | EV
Personalização e Inteligência em Eventos