

48533

Comorbidades agravam os quadros de insuficiência cardíaca e provocam internações mais prolongadas e com maior mortalidade durante hospitalização

CARLOS HENRIQUE DEL CARLO, JULIANO NOVAES CARDOSO, MARCELO EIDI OCHIAI, PAULO C MORGADO, ROBINSON T MUNHOZ, JOSÉ ANTONIO RAMOS NETO, ROBERTO KALIL FILHO e ANTONIO CARLOS PEREIRA BARRETTO.

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

Fundamento: Comorbidades são frequentes nos pacientes (pac) com insuficiência cardíaca (IC) e agravam os quadros de IC. **Objetivo:** Avaliar a incidência e o impacto das comorbidades no prognóstico e duração da hospitalização dos pac com IC descompensada, com relação a presença de insuficiência renal (IR), diabetes (DM), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Infecções (INF) e hipotireoidismo (HIPO). **Amostra:** Foram estudados retrospectivamente 260 pac hospitalizados por IC descompensada no ano de 2014. A maioria eram homens (54,2%), sendo a idade média de 66,1 anos, com várias comorbidades. Cinquenta e seis pacientes (21,5%) morreram durante a internação e 36 (17,6%) no primeiro ano de seguimento. **Métodos:** Na comparação das variáveis, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para as variáveis contínuas e teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Análise de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Somente 15 (5,8%) dos casos não apresentaram nenhuma das comorbidades analisadas. A mortalidade hospitalar foi 3,3 vezes maior entre os pac com comorbidades (22,5% vs 6,7%, p=0,204). A IR foi a comorbidade mais frequente (54,6%), sendo também frequentes INF (45,8%) e DM (36,5%). Dentre as comorbidades a IR e a INF (pneumonia e/ou infecção urinária), estiveram associadas com aumento da mortalidade durante a internação. Morreram no hospital 57,1% daqueles com INF contra 42,6% dos sem INF (p=0,054). Os pacientes com IR tiveram maior duração da hospitalização (31,2±20,6 vs 25,5±20,1 dias, p=0,003). Os pacientes sem comorbidades eram mais jovens (57,7±17,4 vs 66,6±12,2 anos, p=0,033) e apresentavam maior comprometimento cardíaco em relação aos pacientes com comorbidades (FEVE: 26,7±6,8 vs 36,1±14,9%, p=0,016; BNP: 1973,6±1375,4 vs 1375,4±1304,8pg/mL, p=0,029). Analisando a presença de INF e IR nesses pac, observamos aumento da mortalidade com o aumento do número de comorbidades: sem INF e sem IR (n=8/72, 11,1%), com INF e sem IR (n=5/46, 10,9%), sem INF e com IR (n=16/69, 23,2%), com INF e com IR (n=27/73, 37,0%) - p<0,001. **Conclusão:** Comorbidades agravam os quadros de IC e contribuíram para a descompensação. Pac sem comorbidades tiveram maior comprometimento cardíaco, podendo explicar por que descompensaram.

48536

Melanoma maligno após transplante cardíaco: relato de caso

MURILO FELIPE VILELA, ADEGIL HENRIQUE MIGUEL DA SILVA, CÁSSIO RODRIGUES BORGES e ANNA PAOLA BARBOSA PEREIRA.

Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - ICDF, Brasília, DF, BRASIL.

Fundamento: Pacientes que foram submetidos a tx de órgãos sólidos estão sob risco aumentado de doenças malignas da pele, sendo essa o sítio mais comum. Existem estudos que relatam uma incidência de duas a cinco vezes maior de melanoma em pacientes transplantados, quando comparado com a população geral. Uma série de fatores, incluindo a intensidade e a duração do regime imunossupressor, a história de exposição solar e a localização geográfica podem influenciar na probabilidade desses pacientes desenvolverem câncer de pele. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente que desenvolveu melanoma pós tx cardíaco. **Paciente:** I.A.R., feminina, 62 anos, natural de Luziânia-GO. **Métodos:** Dados coletados através de anamnese e revisão de prontuário. **Resultados:** Paciente com história de miocardiopatia chagásica, CF III, submetida a tx cardíaco em 13/06/2014. O esquema imunossupressor inicial foi tacrolimus, azatioprina e prednisona. Em outubro de 2015 notou aparecimento de lesão nodular melanocítica, dolorosa em região de calcâneo direito. Em fevereiro de 2016 essa lesão foi detectada pela equipe médica e no dia 08/04/2016 a paciente foi submetida a exérese da lesão com consequente enxerto de pele total. O resultado da biópsia revelou melanoma maligno nodular com 8mm de espessura e margens comprometidas. Nesse momento foi alterado o esquema de imunossupressão, sendo trocado a azatioprina por sirolimus. Paciente evoluiu com perda total do enxerto. Em 29/06/2016 foi submetida a ampliação das margens e a nova enxertia cutânea, tendo apresentado episódio de sangramento importante, com necessidade de transfusão. Novamente houve perda do enxerto e a ferida se fechou por segunda intenção, após retorno do esquema com tacrolimus e azatioprina. Atualmente paciente mantém seguimento ambulatorial, apresentando boa evolução, ferida bem cicatrizada e em uso de sirolimus e tacrolimus. **Conclusão:** Pelo fato de alguns tipos de câncer demonstrarem um comportamento biológico agressivo no cenário da imunossupressão, é necessário que se tenha muita atenção para que seja feito diagnóstico e tratamento de forma precoce. Com o diagnóstico precoce do melanoma maligno, o prognóstico é excelente, mesmo em imunossuprimidos.

48538

Doença de Fabry com padrão fenotípico de cardiomiopatia hipertrófica: relato de um caso

GABRIELLE FOPPA RABAIOLI, JULIA TONNETTO PORTO, ALICE DA COSTA SAALFELD e ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO.

Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, BRASIL.

Fundamento: A Doença de Fabry (DF) é um distúrbio de armazenamento lisossomal ligado ao cromossomo X caracterizado pela atividade deficiente da enzima α -galactosidase. Dentre as alterações cardiovasculares a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e insuficiência cardíaca (IC) (Smid BE, et al. Int J Cardiol 2014; 177:400-408). **Objetivo:** O objetivo desse relato é descrever um caso de um paciente com IC e HVE e com diagnóstico enzimático de DF. **Relato de caso:** Paciente masculino, 53 anos, encaminhado à clínica de IC do Hospital Universitário ULBRA, em Canoas - RS, hipertenso, com classe funcional III e ortopneia. Ao exame físico: pressão arterial de 110/70mmHg; frequência cardíaca: 46bpm; sopro mesossistólico de 3+ em foco aórtico e edema em membros inferiores (Msls) de 2+/4+. Já veio com diagnóstico de DF, diagnosticada por análise do gene GLA que demonstrou mutação em hemizigose no exon 02 do gene. Os achados iniciais foram angioqueratomas, lesões de pele vasculares que abrangem vasos sanguíneos dilatados na derme superior, diminuição da acuidade visual e auditiva. No seguimento, o ecocardiograma revelou com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) preservada, e hipertrofia centrípeta grave do VE com padrão de miocardiopatia hipertrófica assimétrica associada obstrução dinâmica (até 90mmHg de gradiente de pico) da via de saída do VE. O estudo eletrofisiológico verificou indução de taquicardia ventricular, disfunção do nódo sinusal e aumento no ponto de Wernkebach. Indicou-se colocação de cardiofibrilador implantável com função de marcapasso ativada, o que determinou evolução para classe funcional II. **Discussão:** A DF cursa com comprometimento cardíaco por depósito de GL-3 no miocárdio, nas válvulas e no sistema de condução. Pode determinar remodelamento cardíaco e bradicardia, determinando síndrome de IC. As medicações para DF podem melhorar sinais e sintomas, mas não necessariamente as adaptações cardíacas já instaladas. Neste caso, o uso do betabloqueadores é crucial para diminuição da obstrução da via de saída do VE e sintomas de IC. O implante do marcapasso/cardiofibrilador tornou possível o uso de betabloqueador para melhora dos sintomas.

48539

Análise do perfil de pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados em ambulatório especializado e em atenção primária

MAURICIO BUTZKE, PRISCILA RAUPP DA ROSA, LAURA CAROLINE TAVARES HASTENTEUFEL, NATAN KATZ, DIMITRIS VARVAKI RADOS e ANDRÉIA BIOLO.

UFRGS, Porto Alegre, RS, BRASIL - Telessaúde RS, Porto Alegre, RS, BRASIL - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Fundamento: O manejo de paciente com Insuficiência Cardíaca (IC) é um desafio, visto que é uma condição progressiva e limitante da qualidade de vida e que causa 301.136 mortes/ano no Brasil. A necessidade de um modelo de acompanhamento longitudinal coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenador do atendimento desses pacientes; no entanto, a complexidade das complicações da doença motiva o atendimento em clínicas especializadas de hospitais terciários. **Objetivo:** Compreender as dúvidas dos médicos da atenção primária no atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca e comparar com o perfil dos pacientes de um ambulatório de especialistas na tentativa de estabelecer protocolos de referência e contrarreferência visando construir um modelo eficiente de cuidado integrado dentro do sistema de saúde. **Amostra e Métodos:** A amostra de 70 pacientes da rede básica de saúde foi obtida através do banco de teleconsultorias solicitadas, entre março de 2013 e fevereiro de 2016, ao Telessaúde RS, representando os casos que geraram dúvidas ao médico da APS. No mesmo período, foram revisados, aleatoriamente, o prontuário de 160 pacientes do ambulatório de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** Entre os pacientes da APS, 50% são homens, a idade média é de 69,4 anos e a fração de ejeção média igual a 49,2%. Entre a amostra do ambulatório, 63,8% são homens, a idade média é de 63,6 anos e a FE média igual a 35,2%. Grande parcela dos pacientes da APS se apresentou funcionalmente mais grave (34% em NYHA IV) e teve a condição caracterizada como descompensada em 63% dos casos, enquanto os pacientes do ambulatório especializado apresentaram majoritariamente classe funcional NYHA I (43%) e doença controlada (94%). Há um predomínio de etiologia isquêmica entre os pacientes da clínica especializada enquanto a maior parte dos pacientes da APS tem sua etiologia desconhecida. **Conclusão:** Os pacientes da APS apresentaram quadro clínico mais grave do que aqueles em acompanhamento especializado. Além disso, os pacientes da APS não estavam recebendo tratamento otimizado. Esses dados reforçam que a impressão geral de que o sistema de saúde precisa melhorar a integração: pacientes bem controlados deveriam ser direcionados para a APS para possibilitar o atendimento especializado de pacientes graves não controlados.