



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA

CONGRESSO **HÍBRIDO**

HOTEL MH ATLÂNTICO
PENICHE



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

2022
25-26-27 MAR

Comissão Organizadora

Presidente | Catarina S Lopes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Cláudia Carvalho

Centro Hospitalar de Leiria

Diana Huyda

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz

Elisabeth Santos

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Francisca Saraiva

UnIC@RISE, Departamento de Cirurgia e Fisiologia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Rafaela Ramos

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Tânia Murça

Clínica do Coração Coimbra – Leiria – Pombal

Secretariado

A/C Hélia Reis


Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas

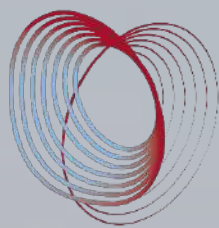
Rua Rodrigo da Fonseca, 204, 1º esq.

1070-245 Lisboa

 www.aptec.pt

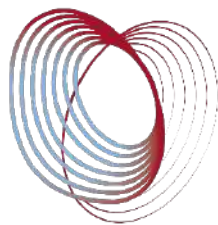
 geral@aptec.pt

 +351 964 147 758



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Programa Científico

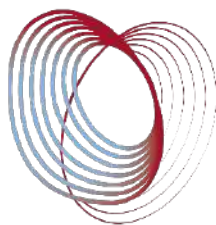


27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

SEXTA 25.03.2022



Horário	Sala Carvoeiro			
13:00	COMUNICAÇÕES ORAIS I			
	Moderadores: Isa Almeida (APDP) e Cláudia Carvalho (CHL)			
	Disseção iatrogénica de tronco comum trifurcado – A propósito de um caso clínico			Tiago Teixeira (CHL)
	Cuidados respiratórios domiciliários e preferências terapêuticas dos doentes com ELA			Rita Osório (HSOG)
	EGSYS Score - uma ferramenta útil para a previsão de síncope reflexa?			Helena Fonseca (CHULC-HSM)
	A ultrassonografia transcraniana no estudo do parênquima cerebral em síndromes parkinsónicas			Diana Guerreiro (ESTeSL)
	Sala Supertubos		Sala Carvoeiro	
14:00	ALARGANDO HORIZONTES		APTEC JOVENS INVESTIGADORES	
	Moderadores: Fátima Soares (CHUC) e Luzia Matos (CHL)		Moderadores: Nuno Costa (APTEC) e Tiago Muxagata (ESTeSL-NeAPTEC)	
	Gestão de arritmias na grávida	Eulália Pereira (CHVNG/E)	Estudo da qualidade de sono em toxicodependentes	Ana Beatriz Rodrigues (ESALD)
	Cigarros eletrónicos e novos produtos do tabaco: baseado na evidência	Cecília Pardal (HFF)	Cardiotoxicidade associada à quimioterapia em doentes com neoplasia da mama - Relação entre biomarcadores cardíacos e a avaliação da função sistólica do ventrículo esquerdo por Ecocardiograma Transtorácico	Beatriz Rodrigues (ESTeSL)
			Capacidade de transferência do monóxido de carbono em indivíduos asmáticos	Bruna Alves (ESSCVP-Lisboa)
	Cuidados paliativos em Cardiologia: desmistificar o paradigma do fim (Apresentação <i>online</i>)	Ricardo Fernandes (CHVNG/E)	Comparação dos valores previstos e classificações por três equações de referência da espirometria na população portuguesa	Ana Catarina Guimarães (ESS-P)
	Cardio-oncologia - a importância da avaliação por <i>strain</i> e da fração de ejeção do ventrículo esquerdo por 3D	Joana Braga (CHVNG/E)	Estudo dos distúrbios do sono em uma população de bombeiros	Mariana Matos (ESTeSC)



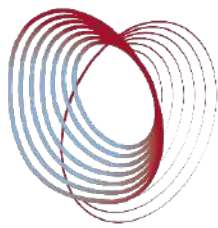
27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

SEXTA 25.03.2022

Horário	Sala Supertubos	Sala Carvoeiro
15:30	 TELEMONITORIZAÇÃO: PARA ONDE CAMINHAMOS?	COMUNICAÇÕES ORAIS II
	Moderadores: Tiago Teixeira (CHL) e Vera Ramos (Vivisol)	Moderadores: Ana Filipa Ferreira (UnIC@RISE-FMUP) e Cristina Santos (HDFP)
	Aplicações de monitorização cardiovascular: o que existe de novo?	Elisabete Vaz (CHLO-HSC) Programa Educacional de Prevenção da Recorrência de Síncope - Experiência do 1 ^o Ano Helena Fonseca (CHULC-HSM)
	Monitorização remota de dispositivos cardíacos implantáveis e novas ferramentas de diagnóstico de insuficiência cardíaca	Elisabeth Santos (CHVNG/E) <i>Aortic valve surgery in infective endocarditis: follow-up of patients treated with Trifecta valve</i> Bruno Silva (UnIC@RISE) <i>Early and long-term outcomes after aortic valve repair: a systematic review</i> João Mascarenhas (UnIC@RISE)
	Programas de telemonitorização na reabilitação cardíaca	André Sequeira (Hospital da Luz-Lisboa) Critérios eletrocardiográficos em tromboembolismo pulmonar agudo Joana Lobo (CHUC)
	Telemonitorização respiratória: da ventilação não invasiva à reabilitação	Mariana Antunes (Trofa Saúde) Terapias respiratórias - Impacto na sobrecarga do cuidador informal do doente com ELA Rita Osório (HSOG) Avaliação ecocardiográfica e clínica do impacto da substituição valvular aórtica via percutânea Ana Rita Maurício (CHULN-HSM/ESSCVP-Lisboa/CCUL)
17:00	Coffee-Break/ Apresentação de Posters (sem transmissão online)	
17:30	INOVAÇÕES EM CARDIOPNEUMOLOGIA	O LADO B DO CÉREBRO
	Moderadores: Sónia Oliveira (HDES) e Rafaela Ramos (CHUC)	Moderadores: Gilberto Pereira (CHUSJ) e Gil Nunes (HVFX)
	QFR: novo algoritmo de avaliação funcional - o que nos traz de novo?	Pedro Tiago Santos (HGO) Ultrassonografia do olho Vanessa Almeida (CHULN-HSM)
	Mapeamento extracorporal de alta densidade integrado em AngioTAC	Sílvia Nunes (Hospital da Luz - Lisboa) Monitorização da perfusão cerebral em cirurgia cardíaca - ainda existe margem para evoluir? (Apresentação online) Pedro Lucas (CHULC-HSM)
	<i>Shear Wave Imaging</i> - novo método para avaliação da função diastólica	Ana Filipa Ferreira (UnIC@RISE-FMUP) <i>Follow-up</i> de trombectomia mecânica Carmen Ferreira (CHUSJ)
	<i>Valve clinic</i> - abordagem inovadora no seguimento da patologia valvular (Apresentação online)	Marta Costa (Barts Heart Centre - Londres) Doppler transcraniano na hemorragia subaracnoideia e na síndrome de vasoconstrição cerebral reversível Susana Blanco (CHULC-HSJ)
	Sala Supertubos	
19:00	 Podcast Live - Mudança da hora: prós e contras Bruna Reis (CENC-CMS) e Sofia Rebocho (CENC-CMS) convidam Vânia Caldeira (CHS)	
19:30	SESSÃO DE ABERTURA	
20:15	Jantar – Restaurante do Hotel MH Atlântico	
21:30	À conversa com Cardiopneumologistas empreendedores - Lobby do Hotel MH Atlântico (sem transmissão online)	





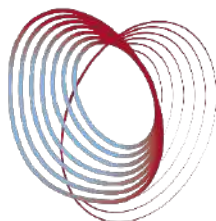
27º CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

SÁBADO 26.03.2022

Horário	Sala Supertubos	Sala Carveiro
09:00	DESAFIOS EM PEDIATRIA	COMUNICAÇÕES ORAIS III
	Moderadores: Ana Mota (CHUC-HP) e Cláudia Mota (CHUSJ)	Moderadores: Noélia Vilas-Boas (Cardio Maisperto) e Lúcia Batata (CHUC)
	Transplante cardíaco pediátrico - uma solução por quanto tempo? Sofia Marques (CHLO-HSC)	<i>Cor Triatriatum Sinistrum</i> – A ultrassonografia Cardíaca é fundamental – Verdade ou “fake new”? Ana Rita Maurício (CHULN-HSM/ESSCVP-Lisboa/CCUL)
	Pacing fisiológico em crianças - uma revisão do estado da arte Liliana Meneses (CHUSJ)	Quando o supradesnivelamento do segmento ST é afinal consequência de uma neoplasia Alexandra Almeida (CHULN) Quando um registador de eventos complica a avaliação clínica Cláudia Mendes (HSOG)
	Sono em pediatria. Dormir mal será só comportamental? Andreia Descalço (CHULN-HSM)	O desafiante diagnóstico da regurgitação transprótesica intermitente – caso clínico raro Laura Santos (CHULN-HSM/CCUL)
	Hemodinâmica em pediatria Tiago Ruas (Deutsches Herzzentrum München)	A ultrassonografia cardíaca no diagnóstico diferencial: rutura de falso tendão ou corda tendínea? Sara Prata (CHULN-HSM/CCUL)
	Avaliação do óxido nítrico exalado como marcador inflamatório das vias aéreas Joana Gomes (Unidades de Saúde CUF Lisboa)	
11:00	Coffee-Break/ Apresentação de Posters (sem transmissão online)	
11:30	AO SOM DO RITMO	O BATER DA RESPIRAÇÃO
	Moderadores: Assunção Alves (HSOG) e Bruno Valentim (CHUCB)	Moderadores: Mafalda Silva (NEFiRS) e Cristina Santos (HDFE)
	<i>HOT vs. LOT CRT</i> : mito ou futuro? Catarina Nogueira (ULSCB)	Sinergia entre o laboratório de função respiratória e a hipertensão pulmonar Inês Duarte (CHULC-HSM)
	Neurocardioablação - uma nova abordagem à síncope cardioinibitória Ana Sofia Delgado (CHULC-HSM)	Avaliação ecocardiográfica da hipertensão pulmonar na cardiopatia congénita Solange Fernandes (Hospital Lusíadas Lisboa)
	<i>Holiday Heart Arrhythmias</i> - perturbações de ritmo dependentes de álcool Susana Antunes (HFF)	Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar no serviço de urgência Vanessa Alegria (HVFX)
	Eletroporação como um nova técnica de ablação Ricardo Bernardo (CHLO-HSC)	Associação entre as doenças pulmonares do interstício e os distúrbios respiratórios do sono Luís Costa (CHULN-HSM)
13:00	Almoço - Restaurante do Hotel MH Atlântico	





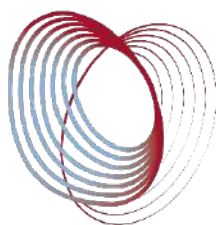
27º CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

SÁBADO 26.03.2022

Horário	Sala Supertubos	Sala Carvoeiro		
14:00	DOENÇAS VALVULARES	INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA - A CIÊNCIA PARA ALÉM DO ÓBVIO		
	Moderadores: Cristina Neves (CHUC) e Carina Rios Leite (LABMED Saúde)	Moderadores: Inês Cabrita (ESSCVP-Lisboa/AIDFM-CETERA/CCUL) e Hélder Santos (ESTeSC)		
	Avaliação 3D da válvula mitral periprocedimento na implantação do dispositivo <i>MitraClip</i>	Susana Gonçalves (CHULN-HSM)	Acesso e reutilização de registos clínicos para fins de investigação	Adriana Maria (Coutinho da Costa e Adriana Maria, Sociedade de Advogados)
	Intervenção valvular percutânea tricúspide - desafiante, mas possível?	Diana Campos (CHUC)	Principais desafios éticos e barreiras em ensaios clínicos globais	Susana Silva (AIDFM)
	Avaliação da estenose aórtica - Importância da medição da tensão arterial e do <i>flow rate</i> (Apresentação <i>online</i>)	Susana Ruivo (CHUP)	Instrumentos de medição da qualidade de vida e a sua importância na prática clínica e na investigação	Pedro Lopes Ferreira (FEUC-UC)
	TAVI - são todas iguais? Principais diferenças e indicações	João Tiago Coelho (CHULN-HSM)	Estatisticamente significativo ou clinicamente relevante: interpretação do valor de p (Apresentação <i>online</i>)	Rita Amaral (ESS-P)
15:30	WORKFLOW	DOENÇAS VASCULARES		
	Moderadores: Elsa Matos (CHTMAD-HVR) e Jorge Machado (CHVNG/E)	Moderadores: Patrícia Guilherme (CHUA-HF) e David Passão (CHLN-HSM)		
	Perfusão Cardiovascular - Portugal vs. Suíça	Vitor Mendes (CHUV-Lausanne)	A doença vascular periférica depois do diagnóstico - o papel do Cardiopneumologista na intervenção	Romeu Cação (CHUC)
	Laboratório de <i>Pacing</i> - Portugal vs. Reino Unido (Apresentação <i>online</i>)	Ana Domingos (Manchester University NHS Foundation Trust)	A importância do mapeamento venoso pré-cirúrgico	Daniela Cunha (CHUP)
	Laboratório de Sono - Portugal vs. Reino Unido	Ana Brito (FMUL)	Ultrassonografia na arterite de células gigantes: <i>news, tips and tricks</i>	Rosa Santos (ESS-P)
16:30	Coffee-Break/ Apresentação de Posters (sem transmissão online)			
17:00	O PAPEL DOS CARDIOPNEUMOLOGISTAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	COVID-19: EM QUE PONTO ESTAMOS?		
	Moderadores: Mário Lourenço (HSOG) e Luís Caldeira	Moderadores: Patrícia Correia (CHUC) e Igor Grave (HGO)		
	Aquisição de equipamentos e consumíveis	Paula Elisabete (CHUC)	Alterações eletrocardiográficas e perfil rítmico no doente agudo COVID-19	Benedita Fernandes (CHUC)
	Contratação de recursos humanos em saúde	Fernando Ribeiro (CHULN-HSM)	Alterações nos parâmetros da função respiratória - pré e pós COVID-19	Cláudia Pereira (CHLN-HSM)
	As funções do técnico responsável pelo setor/laboratório num hospital periférico	Mário Pires (CHTS)	Particularidades na gestão de <i>ECMO</i> no doente COVID-19, o que aprendemos?	Nuno Costa (CHUSJ)
			Impacto da COVID-19 no sono dos profissionais de saúde	Sílvia Correia (Grupo Trofa Saúde)
	Sala Carvoeiro			
18:30	Assembleia Geral			
21:00	Jantar do Congresso - Restaurante do Hotel MH Atlântico			





27º CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

DOMINGO 27.03.2022

Horário	Sala Supertubos	Sala Carvoeiro		
09:00	NOVA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL	CARDIOPNEUMOLOGIA NO ATLETA		
	Moderadores: Paulo Dias Costa (CINTESIS) e Ana Quaresma (CHUC)	Moderadores: Juliana Jorge (HDFE) e Rosa Coutinho (CHUC)		
	<i>Machine Learning</i> : Criação de Modelos Preditivos Clínicos	Daniela Santos (FMUP-CINTESIS)	A importância do sono em atletas de alta competição	Daniela Ferreira (HSOG)
	Inteligência artificial na avaliação automática do <i>strain</i> ventricular esquerdo (Apresentação <i>online</i>)	Cristiana Monteiro (University of Oxford)	Teste de exercício cardiorrespiratório em atletas	André Pereira (CHVNG/E)
	<i>Corindus Corpath</i> - robótica no laboratório de hemodinâmica: utopia ou futuro?	Henrique Figueiredo (CHLO-HSC)	Coração de atleta vs. miocardiopatias	Sofia Santo (CHBV-HIDP)
	Monitorização sem fios e inteligência artificial: Um futuro brilhante na cirurgia cardíaca ou uma utopia?	Filipe Pereira (CHULN-HSM)	Aumento da incidência de morte súbita em atletas: a verdade por detrás dos factos	Marco Oliveira (CHVNG/E)
	<i>Sleep wearables</i> (novos <i>gadgets</i> no diagnóstico)	Hélder Simão (Philips)	Canalopatias em atletas - terapêutica e restrições profissionais do doente	Rodrigo Sousa (CUF Descobertas)
10:45	Coffee-Break/ Apresentação de Posters (sem transmissão)			
	Sala Supertubos			
11:15	ANO EM REVISTA			
	Moderadores: Ana Cristina Henriques (Unidades de Saúde-CUF) e Filipa Rosas (CHVNG/E)			
	Arritmologia Invasiva	Vânia Silva (CHUP)		
	Cardiologia não invasiva	Nancy Oliveira Martins (CHBV-HIDP)		
	Estudos do sono e ventilação não invasiva	Soraia Sardeira Ramos (HDS)		
	Fisiopatologia respiratória	Patrícia Jesus (CHL)		
	Ultrassonografia cardíaca	Cristina Santos (HDFE)		
	Ultrassonografia vascular	Filipe Fernandes (ESTeSL)		
	Intervenção cardiovascular	Elsa Lourenço (HFF)		
	Perfusão cardiovascular (Apresentação <i>online</i>)	Cátia Sá (CHUC)		
13:00	SESSÃO DE ENCERRAMENTO			
13:30	Almoço - Restaurante do Hotel MH Atlântico			

Júri das Comunicações Oraís:

Ana Filipa Ferreira (UnIC@RISE-FMUP)

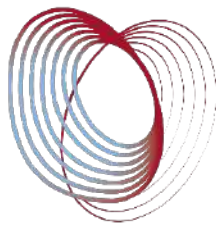
Luís Filipe Lourenço (CHVNG/E)

Filipa Rosas (CHVNG/E)

Cristina Santos (HDFE)

Ana Cristina Henriques (Unidades de Saúde – CUF)





Posters

Sexta-feira, 25/03/2022 às 17h00

Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica no Carcinoma Gástrico: estudo de Efetividade
Miguel Narciso (ESS-P)

Equipamentos de Proteção Individual e Qualidade das Compressões Torácicas em Suporte Básico de Vida
Guilherme Bastos (ESTeSL)

Doentes com SAOS sob CPAP durante a pandemia COVID -19 - O papel do Cardiopneumologista
Inês Alves (HBA)

Síndrome de *Brugada*: Quando o primeiro alerta é no Serviço de Urgência
Rita Contins (CHULC-HSM)

Sábado, 26/03/2022 às 11h00

Transplante bipulmonar pós-infecção por SARS-CoV-2: estudo de caso
Raquel Bernardes (CHULC-HSM)

Síndrome bradi-taqui... outro achado no Teste de Tilt
Helena Fonseca (CHULC – HSM)

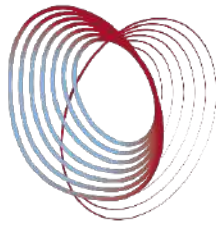
Cardioneuroablação em jovem
Cláudia Mendes (HSOG)

Angina Vasoespástica num jovem adulto: A importância dos ECG's seriados
Ana Moreira (CHTS)

Comunicação interventricular como consequência de um enfarte agudo do miocárdio - um caso clínico
Raquel Vaz (CHULN – HSM)

A Importância da latência do ventrículo esquerdo na ressincronização efetiva
Assunção Alves (HSOG)





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Sábado, 26/03/2022 às 16h30

Síncope em doente portador de pacemaker definitivo

António Filipe Rodrigues (CHUCB)

Doença Coronária Aguda após a toma de Sildenafil

Cláudia David (HBA)

The perfect storm – Interação de fatores para *Torsade de Pointes*

Joana Lobo (CHUC)

Quem vê caras, não vê corações

Cátia Trigo (CHS – HSB)

Domingo, 27/03/2022 às 10h45

A ultrassonografia cruza-se com o eletroencefalograma no AVC

Diana Guerreiro (ESTeSL)

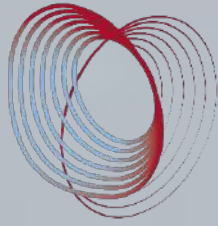
Implantação de *HeartMate3*

Ana Caramelo (CHLO – HSC)

Síndrome de *Wolfram*: Juntando as peças do puzzle

Ana Mendes (CHTMAD)





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Comunicações Orais

SEXTA 25.03.2022
Sala Carvoeiro, 13h00 - 14h00
Comunicações Orais I

DISSEÇÃO IATROGÉNICA DE TRONCO COMUM TRIFURCADO
– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago Teixeira¹

¹ Centro Hospitalar de Leiria

A disseção iatrogénica (DI) do tronco comum (TC) é uma complicação rara (incidência <0,1%) e potencialmente fatal da coronariografia. Os fatores que mais contribuem para a ocorrência da DITC são a utilização de cateteres de grande calibre, manipulação de guias e outro material de intervenção, o sexo feminino, aterosclerose do tronco comum, lesões complexas e canulação profunda dos cateteres.

Doente do sexo feminino, 56 anos, hipertensa, com dislipidemia e obesidade foi referenciada para coronariografia por “angor” e cintigrafia de perfusão do miocárdio positiva (território antero apical). Ecocardiograma sem alterações significativas. Realiza coronariografia por acesso radial direito que revela coronária direita dominante sem lesões e coronária esquerda com tronco comum trifurcado, artéria circunflexa (CX) e vaso intermediário (Ramus) sem lesões e artéria descendente anterior (DA) com lesão de 70% no segmento proximal. Avançou-se para intervenção com cateter XB3.5 e progressão de guia “workhorse” para a DA distal. Injeção de control revelou “no reflow” de curta duração na DA média com imagem sugestiva de disseção no TC/DA proximal (disseção tipo F) - doente inicia dor torácica neste momento. Implantou-se stent direto com fármaco (DES) 3.5x22mm na DA proximal e nova injeção revelou disseção multivaso, procedendo-se a passagem de guias para a CX e Ramus, implantando-se novo DES TC-DA, avaliando-se os 3 vasos com ultrassonografia intravascular: TC/DA - stents bem expandidos e apostos mas com disseção distal com extensão de 60mm, Ramus com disseção desde o ostio até segmento distal e CX com disseção ostial com

extensão de 13mm (guias em verdadeiro lúmen). Dado doente oligossintomática, hemodinâmica estável e fluxos distais preservados (aparente “porta de entrada” fechada pelo stent TC/DA) optou-se por não escalar o procedimento ficando a doente internada. Controlo ecocardiográfico revelou hipocinésia dos segmentos apico-septais com função preservada e troponina alta sensibilidade máxima de 6534 pg/ml – enfarte tipo 4. Teve alta ao fim de 2 dias tendo realizado nova coronariografia de control 2 meses depois: persistência de bom resultado angiográfico da angioplastia TC/DA e sem evidência de disseção ou outras lesões.

A DI do TC é rara, potencialmente catastrófica e muito associada a canulação profunda de cateteres. A identificação atempada, proteção dos vasos distais e encerramento da “porta de entrada” é essencial no tratamento de disseções tipo C a F.

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS E PREFERÊNCIAS TERAPÊUTICAS DOS DOENTES COM ELA

Rita Osório¹; Mário Lourenço¹; Célia Durães¹

¹ Hospital Senhora a Oliveira, Guimarães

INTRODUÇÃO: A fraqueza dos músculos respiratórios representa a principal causa de mortalidade em pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA). Como resultado, o suporte ventilatório (SV) é uma parte importante do tratamento da esclerose lateral amiotrófica (ELA). Atualmente, face à diversidade de protocolos e oferta de recursos/materiais torna-se imperativo perceber as preferências e as principais queixas destes pacientes, de forma a torná-los aderentes à terapia e parte integrante do processo de intervenção.

OBJETIVOS: Caracterizar o apoio que recebem dos Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), assim

como avaliar as preferências dos doentes com ELA, quanto aos cuidados de suporte ventilatório.

MÉTODOS: Estudo transversal e descritivo de uma série consecutiva de doentes com ELA, em consulta de ventilação domiciliária no serviço de Pneumologia de um hospital distrital, entre dezembro de 2020 e maio de 2021. Os pacientes foram submetidos a uma entrevista, na qual foi aplicado um questionário sociodemográfico e técnico. Dos 28 indivíduos com ELA, 2 foram excluídos por não responderem ao questionário técnico.

RESULTADOS: Cerca de 86% dos doentes têm acompanhamento dos CRD, sendo que desses 45% são ventilodependentes, 45% realiza ventilação não invasiva (VNI) noturna e apenas 9% cumpre menos de 4h de terapia. No domicílio, 46% são acompanhados quinzenalmente, enquanto 17% apenas recebem visitas mensais ou trimestrais, 37% são acompanhados semestralmente. Durante a pandemia por COVID-19, a periodicidade deste acompanhamento diminuiu para cerca de 75% dos doentes. O motivo mais preponderante referido pelo doente para a preferência da interface é o controlo de fuga (62%), seguido pela comodidade (24%) e facilidade de colocação (15%). O principal aspeto negativo apontado são as marcas/lesões no rosto (62%), seguido de fuga excessiva (29%) e dificuldade de colocação (10%). Verificou-se que 54% têm outras terapias prescritas, nomeadamente tosse mecanicamente assistida.

CONCLUSÕES: Nesta amostra verifica-se que a maior parte dos doentes com ELA se encontra sob SV e com modos pressumétricos. 52% dos doentes têm mais de uma interface, sendo o controlo da fuga o principal critério para a sua preferência e as lesões no rosto o aspeto negativo mais mencionado.

EGSYS SCORE - UMA FERRAMENTA ÚTIL PARA A PREVISÃO DE SÍNCOPE REFLEXA?

Helena Fonseca¹; Catarina De Oliveira¹; Rita Contins¹; Sérgio Laranjo¹; Ana Lousinha¹; Pedro Silva E Cunha¹; Mário Oliveira.¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: A síncope é um evento clínico com prevalência elevada na população em geral. Apesar do elevado impacto que a síncope cardíaca (SC) traduz no dia-a-dia, a síncope de etiologia não cardíaca (SNC) é bastante mais frequente, condicionando também um impacto direto na diminuição da qualidade de vida dos doentes. O EGSYS (Evaluation of Guidelines in SYNcope Study) é um score que utiliza variáveis simples, clínicas e eletrocardiográficas, desenvolvido para prever quais os doentes que poderão manifestar SC ou SNC. Por definição, estima um valor preditivo para o diagnóstico etiológico da síncope, o que facilita a estratificação do risco do doente, principalmente em serviços de urgência.

OBJETIVOS: Determinar se o EGSYS score tem precisão e aplicabilidade clínica na identificação de doentes com síncope reflexa (SR) na Unidade de Síncope (US) de um centro hospitalar terciário, para onde foram referenciados doentes para a realização de Teste de Tilt (TT).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a TT na US nos últimos 12 meses por síncope recorrente. O EGSYS score foi calculado, sendo determinadas a sua sensibilidade e especificidade para a previsão de SR em doentes, considerando-se as pontuações <3 e ≥3.

RESULTADOS: Foram realizados 184 TT a doentes com uma média de idades de 57±15 anos, sendo 62,5% do sexo feminino. O TT foi positivo em 84 (45,7%) casos, confirmando SR. O EGSYS score foi ≥3 em 48 (26,1%) doentes (pontuação média 3,63) e <3 em 125 (67,9%) doentes (pontuação média 0). A SC foi confirmada em apenas 15 (8,2%) doentes. Um valor de EGSYS score <3 traduz uma sensibilidade de 41% (95% IC), uma especificidade de 53% (95% IC) e valores preditivos positivos e negativos de 25% (95% IC) e 70% (95% IC), respetivamente, para a previsão de SR.

CONCLUSÕES: O EGSYS score é uma ferramenta de diagnóstico simples, derivada dos resultados da história clínica. Na SNC tem uma aplicabilidade limitada, no entanto, a sua especificidade e valores preditivos negativos podem ser úteis na seleção dos doentes com indicação para a realização TT.

A ULTRASSONOGRAFIA TRANSCRANIANA NO ESTUDO DO PARÊNQUIMA CEREBRAL EM SÍNDROMES PARKINSÓNICAS

Diana Guerreiro¹; Cláudia Francisco¹; Tiago Muxagata¹; Filipe Fernandes¹; Gil Nunes²; Virgínia Fonseca¹

¹ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa;

² Hospital de Vila Franca de Xira

INTRODUÇÃO: A ultrassonografia transcraniana (UT) surge como uma técnica útil no diagnóstico diferencial de doenças do movimento, nomeadamente em síndromes parkinsónicas e na clarificação dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes.

OBJETIVOS: Descrever a utilidade da Ultrassonografia Transcraniana no diagnóstico diferencial em síndromes parkinsónicas.

MÉTODOS: Realizou-se pesquisa nas bases de dados Pubmed e Scopus, filtrando artigos publicados entre 2007 e 2021 com as palavras-chaves escolhidas. Foram obtidos 65 artigos e destes selecionados 16.

RESULTADOS: O parkinsonismo caracteriza-se por uma combinação de alterações do movimento, visualizada na doença de Parkinson (DP), em casos de síndromes parkinsónicas atípicas, tremor essencial e parkinsonismo secundário. Destas patologias, a mais comum é a DP, que se caracteriza por ser uma doença neurodegenerativa que leva à deterioração dos neurónios de dopamina da substância negra. O exame gold standard da DP é o exame histopatológico. No entanto, não tem impacto na decisão clínica por ser um exame post-mortem. Logo, o diagnóstico torna-se essencialmente clínico, apresentando uma percentagem de erro associada entre 10-20%, grande parte justificada pela dúvida na fase inicial da doença, além da variedade de patologias que dificultam o diagnóstico diferencial. Os exames mais frequentes no diagnóstico diferencial são exames laboratoriais, testes genéticos e exames de imagem, nomeadamente a tomografia computadorizada cerebral, ressonância magnética cerebral, DAT-PET, DAT-SPECT e a Ultrassonografia Transcraniana. A UT é uma técnica operador-dependente e limitada pela janela acústica de cada

paciente. Contudo, surge como uma hipótese não invasiva e de baixo custo, auxiliando no diagnóstico diferencial da DP com uma sensibilidade e especificidade que varia entre 75-90%. Esta técnica permite a visualização e avaliação da ecogenicidade das estruturas encefálicas, nomeadamente a substância negra, núcleo lentiforme e gânglios da base. Na DP pode-se visualizar hiperecogenicidade da substância negra em até 90% dos casos. Por outro lado, nas síndromes atípicas, nomeadamente na atrofia multissistémica parkinsoniana e paralisia supranuclear progressiva, é observável uma ecogenicidade normal da substância negra e hiperecogenicidade do núcleo lentiforme em até 70-80% dos casos.

CONCLUSÕES: A ultrassonografia transcraniana fornece informações que permitem detetar precocemente casos de doença de Parkinson e facilitar o diagnóstico diferencial entre distúrbios do movimento.

SEXTA 25.03.2022
Sala Carvoeiro, 15h30 - 17h00
Comunicações Orais II

**PROGRAMA EDUCACIONAL DE PREVENÇÃO DA
RECORRÊNCIA DE SÍNCOPE - EXPERIÊNCIA DO 1^o ANO**

Helena Fonseca¹; Catarina De Oliveira¹; Rita Contins¹; Sérgio Laranjo¹; Ana Lousinha¹; Mário Oliveira¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO: A síncope reflexa (SR) é uma condição clínica com um impacto significativo na qualidade de vida (QV) dos doentes. O principal objetivo no tratamento é baseado em medidas não farmacológicas, destacando-se a educação do próprio doente face à doença, as alterações do estilo de vida, a hidratação e ingestão salina adequadas e as manobras de contrapressão, a par da tranquilização do doente relativamente à natureza benigna da sua condição sincopal. É também de extrema importância o reconhecimento de pródromos na prevenção da SR, de modo a evitar eventuais episódios futuros de síncope, com consequente melhoria da QV.

OBJETIVOS: O objetivo deste programa é melhorar a QV nos doentes com síncope reflexa recorrente através da educação e reforço das medidas gerais de prevenção de síncope (de acordo com Guidelines ESC 2018 Classe I).

MÉTODOS: Foi aplicado um questionário específico sobre o Impacto da Síncope na Qualidade de Vida (ISQL) a todos os doentes referenciados à Unidade de Síncope (US) para realização de Teste de Tilt (TT) de maio de 2020 a dezembro de 2021. Após TT, os doentes foram introduzidos no programa educacional e de formação para evitar a recorrência da síncope. Aos 3, 6 e 12 meses pós-TT, através de teleconsultas, foi realizado novo questionário ISQL e reforçadas as medidas não farmacológicas, adaptadas a cada caso.

RESULTADOS: Foram estudados 163 doentes (63,8% sexo feminino, média 56,3 anos), sendo que 62%

permanecem ainda em programa. A recorrência da síncope foi registada em 21% (n=34), com uma média de 1,5 episódios/ano e apenas 7% (n=11) tiveram necessidade durante este período de 1 ano de recorrer ao serviço de urgência. A adesão às medidas preventivas foi superior no grupo mais jovem (≤ 40 anos de idade) principalmente com fenótipo hipotensivo. O ISQL médio à admissão na US foi de $44,9 \pm 12,1$ ($p < 0,05$) e após o programa (último follow-up) foi de $54,9 \pm 6,4$ ($p < 0,05$). Verificou-se um aumento de 6,3% no impacto do ISQL, pelo cumprimento das medidas gerais de prevenção instruídas, como evitar "estar em ambientes quentes" (6,35 na admissão vs. 15,87 na alta) e evitar "permanecer de pé por longos períodos de tempo (> 5 min)" (6,35 na admissão vs. 26,98 na alta), o que demonstra a importância da compreensão e da aplicação das medidas na prevenção da recorrência da síncope.

CONCLUSÕES: Um programa educativo sistematizado para doentes com SR tem benefícios significativos como complemento ao seu tratamento, com um impacto significativa na QV destes doentes.

**AORTIC VALVE SURGERY IN INFECTIVE ENDOCARDITIS:
FOLLOW-UP OF PATIENTS TREATED WITH TRIFECTA VALVE**

Bruno Silva¹; Francisca Saraiva¹; Rui Cerqueira^{1,2}; Francisca Sousa¹; António S. Barros¹; André Lourenço¹; Jorge Almeida²; Mário J. Amorim^{1,2}; Paulo Pinho²; Adelino Leite-Moreira^{1,2}

¹ UnIC@RISE, Department of Surgery and Physiology, Faculty of Medicine of the University of Porto

² Department of Cardiothoracic Surgery, Centro Hospitalar Universitário São João

BACKGROUND: Despite unremitting efforts in recent decades, there is still no ideal prosthetic valve substitute. It is particularly difficult to choose the

appropriate prosthesis in the context of infective endocarditis (IE).

OBJECTIVES: To investigate the outcomes after aortic valve replacement (AVR) with a stented bioprosthesis (Trifecta, TF) in patients with active or previous IE.

METHODS: We performed a single-center, retrospective, observational and descriptive study including consecutive patients with IE who underwent AVR with the TF bioprosthesis, between July 2011 and June 2019. Survival and re-intervention were checked in December 2021. Considering the overall sample, patients were followed-up for a median of 5.5 years and maximum of 10 years. Median (minimum and maximum) and absolute or relative frequencies were used to sample characterization and to describe early outcomes, according to type of data. Hospital mortality was defined as in-hospital death or within 30-days after AVR. Kaplan-Meier method was used for time-to-event outcomes assessment (all-causes mortality and reoperation).

RESULTS: Forty-six patients were included with median age of 69 (40 to 87) years, 80% being male. Regarding cardiovascular risk factors, 74% had arterial hypertension, 54% dyslipidemia, 39% had history of smoking, 33% diabetes, and 11% were obese. Most patients (74%) had native aortic valve IE, 57% presented with NYHA class \geq III and surgical priority was urgent in 74% and emergent in 13%. Median cross-clamp and bypass times in patients with multiple procedures, 65% of patients, were 144 (48 to 279) and 205 (77 to 400) minutes, respectively; and in patients with isolated AVR were 55 (28 to 150) and 71 (45 to 116) minutes, respectively. Double valve surgery was performed in 28% of patients, triple valve surgery in 10% and coronary surgery in 17%. Hospital mortality occurred in 9 patients (20%). After excluding these patients, 1-, 3-, and 6-years cumulative survival rates were 92%, 78% and 72%, respectively. There were 5 reoperations related to the aortic bioprosthesis: 4 due to endocarditis at 1-year, 3-years, and 5-years (n=2) of follow-up, and 1 due to nonstructural valve deterioration 6-years after TF implantation.

CONCLUSIONS: Although the small sample size, findings of this report support a satisfactory overall mid-term safety profile of the TF bioprosthesis in the treatment of IE.

EARLY AND LONG-TERM OUTCOMES AFTER AORTIC VALVE REPAIR: A SYSTEMATIC REVIEW

Maria Rodrigues¹; Rui Cerqueira^{1,2}; João Mascarenhas¹; Francisca Saraiva¹; Adelino Leite-Moreira^{1,2}

¹ UnIC@RISE, Department of Surgery and Physiology, Faculty of Medicine of the University of Porto

² Cardiothoracic Surgery Department, Centro Hospitalar Universitário São João

BACKGROUND: AORTIC VALVE REPLACEMENT IS THE FIRST LINE TREATMENT FOR AORTIC INSUFFICIENCY. NEVERTHELESS, AORTIC VALVE REPAIR (AVR) IS REGULARLY PERFORMED AT SPECIALIZED SURGERY CENTERS.

OBJECTIVES: The purpose of this study was to evaluate, through a systematic review, early and long-term outcomes after AVR.

METHODS: Using “aortic valve repair”, “survival” and “reoperation” as the main search keywords, we performed a literature review using MEDLINE and ISI-Web of Knowledge databases searching for cohort studies published until August 2021. We included studies that presented sample size higher than 200 patients, mean/median follow-up above 5 years and that reported mortality and/or reoperation outcomes. Papers addressing outcomes of paediatrics disease, endocarditis or aorta coarctation were excluded. A descriptive analysis was done using ranges across the included studies and pooling some frequency measures.

RESULTS: We identified a total of 1729 titles, of which 22 were eligible for this analysis. Two studies evaluated elective AVR in exclusively bicuspid aortic valves and one study assessed AVR results in the acute setting (aortic dissection). The remaining studies focused on root procedures (n=10) or reported AVR in heterogeneous samples of patients presenting with aortic insufficiency (n=9).

Studies' sample size ranged from 220 to 1015, altogether including 9965 patients, 23% being women and with a mean age of 52 years (studies' mean age ranged from 38 to 59 years). Regarding early results, hospital mortality occurred in 2% of the patients (reported by 18 studies), bleeding problems in 6% (14 studies) and stroke/transient ischemic attack in 2% (17 studies). Pacemaker implantation was needed in 2% (9 studies) and 16% of patients developed postoperative aortic insufficiency (11 studies).

Twenty articles mentioned survival outcomes and 18 expressed reoperation data (studies' minimum follow-up: 5 years; maximum: 29 years). Survival rates at 5-, 10-, 15- and 20-years ranged between 86% and 99% (reported by 10 studies), 62% and 94% (15 studies), 43% and 96% (6 studies) and 70% and 82% (3 studies), respectively. Freedom from reoperation at 5-, 10-, 15- and 20- years ranged between 87% and 100% (11 studies), 62% and 97% (17 studies), 52% and 95% (8 studies) and 70% and 95% (2 studies), respectively.

CONCLUSIONS: According to this systematic review, aortic valve repair can be considered a safe and effective procedure, revealing satisfactory early and long-term outcomes.

CRITÉRIOS ELETROCARDIOGRÁFICOS EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Joana Lobo¹; Alexandra Gonçalves²; Andreia Grade²; Catarina Santos²; Helena Almeida²; Sara Ratinho²; Vanessa Gomes³; Cristina Carradas²; Filipe Seixo²; Vitor Augusto²

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

² Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de São Bernardo

³ Hospital Garcia da Orta, EPE

INTRODUÇÃO: O TEP é uma patologia com apresentação clínica que surge de forma frequente no Serviço de Urgência. O ECG é um exame de diagnóstico que pode contribuir para o seu diagnóstico quando associado a outros exames imagiológicos.

OBJETIVOS: Avaliar os critérios eletrocardiográficos presentes em ECG em indivíduos com diagnóstico confirmado de TEP agudo.

MÉTODOS: O estudo é do tipo retrospectivo correlacional e a população composta por pacientes com alta hospitalar com diagnóstico de TEP (286 indivíduos). Os critérios de inclusão foram a realização de ECG nas primeiras 48h após admissão hospitalar e de Angio-TC para diagnóstico de TEP. Foram excluídos indivíduos que iniciaram anticoagulação previamente à realização de Angio-TC. Foram avaliados 16 critérios eletrocardiográficos tais como ritmo, morfologia e polaridade do QRS e onda T. A análise estatística foi realizada através de SPSS com nível de significância de 0,05.

RESULTADOS: A amostra é composta por 171 indivíduos com idade média de 69,7±15,5 anos onde 58,5% são do género feminino. Clinicamente, a dispneia (48,5%), a dor torácica (33,3%) foram a sintomatologia mais frequentes à admissão e 46,8% apresentavam hipocapnia com saturação média de O₂ de 91,4±7%. 82,5% da amostra apresentava TEP central e 56,1% TEP central com extensão periférica e 20,5% instabilidade hemodinâmica. No ECG, a taquicardia sinusal foi o achado mais frequente (87,1%). A onda T nas derivações V1 a V3 vs V1 a V4 registaram alterações semelhantes quanto à sua polaridade (41% vs 41,7%). 29,2% exibia o padrão S1Q3T3. Em média, os pacientes apresentavam 2,8±2,4 critérios eletrocardiográficos. A amostra foi separada em grupos independentes com base na localização de TEP não se verificando associações significativas entre esta e os critérios avaliados. Nos indivíduos com instabilidade hemodinâmica verificou-se mais frequentemente FA (17,1% vs 4,8%; p=0.019), taquicardia (91,4% vs 29,4%; p<0.001), BCRD (22,9% vs 7,1%; p=0.007) e supradesnivelamento ST em aVR (40,0% vs 11,9%; p<0.001) comparativamente aos pacientes estáveis. Analogamente, a presença de morfologia QR em V1 (17,1% vs 5,6%; p=0.026) e infradesnivelamento ST em V1 a V3 (28,6% vs 11,1%; p=0.010) também foi mais prevalente. Este grupo apresentou número significativamente maior de critérios eletrocardiográficos em relação aos indivíduos estáveis (4,1±2,7 vs 2,4±2,1; p<0.001).

CONCLUSÕES: O ECG é uma ferramenta diagnóstica importante em contexto de urgência mostrando-se mais relevante neste estudo em indivíduos com instabilidade hemodinâmica.

TERAPIAS RESPIRATÓRIAS - IMPACTO NA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE COM ELA

Rita Osório¹; Célia Durães¹; Mário Lourenço¹

¹ Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

INTRODUÇÃO: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neuro-degenerativa rara que afeta os neurónios motores, que frequentemente culmina numa dependência física total do doente ao seu cuidador informal (CI). Este, por sua vez, acaba por se expor a diversos riscos e potenciais causas de sobrecarga. As terapias respiratórias (nomeadamente, o suporte ventilatório - SV) que estes doentes necessitam pode representar um potencial fator de sobrecarga para os seus cuidadores.

OBJETIVOS: Avaliar a sobrecarga dos CI's do doente com ELA e de que forma as terapias respiratórias influenciam esta sobrecarga.

MÉTODOS: Estudo transversal e descritivo de uma série consecutiva de doentes com ELA e dos seus CI's, observados em consulta de ventilação domiciliária no serviço de Pneumologia de um hospital distrital, no período compreendido entre dezembro de 2020 e maio de 2021. Foram aplicados dois questionários: Escala Zarit e um questionário sociodemográfico/técnico.

RESULTADOS: Dos 28 doentes com ELA, apenas 2 não tinham CI (7%). 50% dos CI's referiram ser profissionalmente ativos e nenhum possui estatuto de cuidador informal. Apenas 15% apresentou ausência de sobrecarga, enquanto 39% sobrecarga moderada, 42% sobrecarga moderada a severa e 4% sobrecarga severa. A idade avançada dos CI's foi um indicador para maior sobrecarga ($p=0,029$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à presença de SV ($p=0,386$) ou outras terapias respiratórias. Cerca de 86% dos doentes tinham terapias respiratórias no domicílio, sendo que todos os CI's as consideraram uma mais-

valia no seu dia-a-dia, concordando que houve uma melhoria da sintomatologia respiratória após início das terapias respiratórias (100%). Após início de SV, 39% dos CI's não relataram mais cansaço, 45% afirmaram que dormem de igual forma, todavia afirmaram que se sentem mais seguros a prestar cuidados no domicílio (61%).

CONCLUSÕES: Neste estudo verificou-se que 46% dos CI's dos doentes com ELA apresentam "sobrecarga moderada a severa ou severa". No entanto, não se verificou associação entre a grau dessa sobrecarga e a necessidade de prestação de cuidados de suporte ventilatório.

AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA E CLÍNICA DO IMPACTO DA SUBSTITUIÇÃO VALVULAR AÓRTICA VIA PERCUTÂNEA

Ana Rita Maurício¹; Susana Gonçalves¹; Helena Santiago¹; Sara Prata¹; Laura Santos¹; Raquel Vaz¹; Fernando Ribeiro²; Ana G. Almeida²; Fausto Pinto²

¹ - Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL;

² - Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO: A substituição válvula aórtica (TAVI) revolucionou o tratamento da estenose aórtica grave (EA) sintomática em pacientes com alto risco cirúrgico. A ecocardiografia é crucial na avaliação pré-TAVI e no follow-up.

OBJETIVOS: Avaliar e comparar a classe funcional de insuficiência cardíaca (IC) e os parâmetros ecocardiográficos pré-TAVI, 6 meses e 1 ano pós-TAVI: índice de massa ventricular esquerda (MVEi); volume diastólico e sistólico do ventrículo esquerdo (VE); fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo (VE); volume da aurícula esquerda (VAE).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo, comparativo em pacientes com estenose aórtica grave sintomática de alto risco operatório, que implantaram TAVI. Todos os pacientes foram submetidos a estudo ecocardiográfico pré-TAVI, no dia do procedimento e aos 6 meses e 1 ano de *follow-up*. Foram avaliados os seguintes parâmetros ecocardiográficos: MVEi (pela fórmula de *Devereux*); EF (pelo método *Simpson*); volumes

do ventrículo esquerdo (VE); volumes da aurícula esquerda (AE); gradientes transvalvular e transprotésicos e avaliação subjetiva dos *leaks* protésicos (LP).

RESULTADOS: Foram estudados 106 pacientes (81 ± 8 anos, 60% mulheres, 73% em classe III/IV de IC). O sucesso do procedimento foi obtido em 95% dos pacientes. Na análise comparativa pré-TAVI e o dia do procedimento, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos gradientes médios transvalvulares e transprotésicos ($49 \pm 12,9$ mmHg a $9,8 \pm 5,4$ mmHg, $p = 0,001$). Na análise comparativa entre o dia do procedimento e 6 meses de follow-up, observaram-se diferenças estatisticamente significativas: na MVEi em ambos os sexos ($150,7 \pm 38$ a 132 ± 36 g / m², $p = 0,003$) e no volume da AE ($54,5 \pm 19$ a $50,2 \pm 17,6$ ml/m², $p=0,006$). A FE do VE melhorou 6 meses após a TAVI, mas sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,16$). Na análise comparativa entre 6 meses e 1 ano de follow-up, observou-se diminuição contínua na MVEi, no volume da AE, nos volumes do VE e melhoria da FE, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Não existiram diferenças estatisticamente significativas na gravidade (moderada ou grave) dos *leaks* durante 1 ano de follow-up (9,3 vs 12% vs 13%).

CONCLUSÕES: Em pacientes com estenose aórtica grave sintomática que implantaram TAVI, houve melhoria significativa do estado hemodinâmico logo aos 6 meses. Durante um ano de follow-up observou-se uma melhoria contínua quer hemodinâmica, quer clínica destes doentes.

SÁBADO 26.03.2022
Sala Carvoeiro, 09h00 - 11h00
Comunicações Oraís III

**COR TRIATRIATUM SINISTRUM – A ULTRASSONOGRRAFIA
CARDÍACA É FUNDAMENTAL – VERDADE OU “FAKE NEW”?**

Ana Rita Maurício¹; Susana Gonçalves¹; Sara Prata¹; Laura Santos¹; Raquel Vaz¹; Sónia Ribeiro¹; Sónia Antunes¹; Diana Pinto¹; Fernando Ribeiro²; Ana G. Almeida²; Fausto Pinto²

¹ Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL; ² Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O Cor Triatriatum (CT) é uma cardiopatia congénita rara, resultante da persistência de uma membrana que divide a aurícula esquerda em duas cavidades. São comuns as variações anatómicas e associação com outras malformações cardíacas. A ecocardiografia transtorácica e transesofágica permitem o diagnóstico a caracterização anatómica e exclusão de outras patologias associadas.

Apresentação do caso: Doente do sexo feminino, 33 anos, com antecedentes pessoais de insónia, enxaqueca e hábitos tabágicos. Recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de instalação súbita de alteração da linguagem. Realizou electrocardiograma (ECG), que não apresentava alterações e Tomografia crânio-encefálica (TC) que demonstrou área de isquémia. A doente foi internada para investigação etiológica de acidente vascular cerebral (AVC) jovem. Realizou os seguintes exames de diagnóstico: Ecodoppler dos vasos do pescoço, Doppler transcraniano e Holter, todos eles sem alterações significativas. Realizou também: Angiotomografia computadorizada de tórax (Angio-TC), ecocardiograma transtorácico (ETT) e ecocardiograma transesofágico (ETE). No ETT, visualizava-se membrana na aurícula esquerda compatível com CT sinistram, com ausência de gradiente intra-auricular. O ETE 2D e 3D confirmou a existência de uma membrana que atravessa transversalmente o 1/3 inferior da cavidade auricular esquerda, desde a crista de Coumadin até

ao septo inter-auricular, continuando-se pelo septum primum. A câmara auricular esquerda proximal recebe as veias pulmonares e a câmara auricular esquerda distal contém a válvula mitral e o apêndice auricular esquerdo - CT sinistram. Na porção ântero-superior do septo inter-auricular observa-se a presença de defeito com cerca de 7-8 mm, condicionando a shunt esquerdo-direito predominante. Após a injeção de soro salino agitado observou-se passagem de microbolhas em grande quantidade com Manobra de Valsalva. Na angio-TC observaram-se os achados descritos no ETT/ETE. A doente foi encaminhada para a cirurgia cardíaca.

Conclusões: Embora raro, existem doentes com CT assintomáticos na idade adulta. O diagnóstico não invasivo pode ser feito pelo ETT, permitindo avaliar a existência de gradiente intra-auricular. O ETE permite uma avaliação anatómica mais precisa assim como detetar a presença de lesões associadas. A ultrassonografia cardíaca assume um papel fundamental não só no diagnóstico, mas também na orientação e programação do tratamento cirúrgico desta patologia.

**QUANDO O SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST É
AFINAL CONSEQUÊNCIA DE UMA NEOPLASIA**

Alexandra Almeida¹; Fernando Ribeiro¹

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

O envolvimento metastático cardíaco é relativamente raro, apesar de a incidência de tumores secundários ser superior à dos primários. Na existência de metástases a nível cardíaco podem estar presentes alterações eletrocardiográficas, podendo inclusivamente simular um enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

Este caso refere-se a um homem com 81 anos e antecedentes de hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata, diabetes mellitus e diagnóstico recente de neoplasia da base da língua, que recorre ao Serviço de Urgência por agravamento das queixas de cervicalgia, perda de via oral e astenia generalizada. Analiticamente verificou-se: hemoglobina 11.1 g/dL, leucócitos $15.20 \times 10^9/L$, glicose 181 mg/dL, ureia 301 mg/dL, creatinina 2.95 mg/dL, sódio 128 mmol/L, potássio 4.9 mmol/L e proteína C-reativa 21.6 mg/dL. Perante a necessidade de internamento, foi pedida pesquisa para SARS-CoV-2 e eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. O ECG revelou ritmo sinusal e presença de bloqueio completo de ramo direito com supradesnivelamento do segmento ST em V1 e V2. Na sequência das alterações eletrocardiográficas, acrescentou-se troponina T ao pedido de avaliação analítica, apresentando-se aumentada (187 ng/L), reafirmando a suspeita de uma síndrome coronária aguda. Para melhor caracterização e estadiamento do quadro oncológico, realizou, igualmente, tomografia computadorizada cérvico-tóraco-abdominal que evidenciou neoplasia da base da língua com metastização loco-regional e à distância (pulmonar difusa, pleura esquerda, miocárdio ao nível do ventrículo direito, hepática difusa e lítica do corpo vertebral de T4). Três horas após o primeiro ECG, repetiu o exame que se encontrava sobreponível, permitindo concluir que não tinha havido evolução e que as alterações eletrocardiográficas eram secundárias à presença de metástases miocárdicas, sobretudo a nível do ventrículo direito. Perante a perda de via oral e a lesão renal aguda na sequência de neoplasia com hipercalcemia maligna secundária à metastização óssea, o doente foi transferido para o internamento, com prognóstico reservado, tendo acabado por ter uma evolução desfavorável com paragem cardiorrespiratória, acabando por ser declarado o óbito.

Com este caso clínico, é possível destacar a importância do ECG e da sua evolução no diagnóstico diferencial do supradesnivelamento do segmento ST, juntamente com a apresentação clínica e outros exames complementares de diagnóstico.

QUANDO UM REGISTADOR DE EVENTOS COMPLICA A AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cláudia Mendes¹; Assunção Alves¹; Bernardete Rodrigues¹; Victor Sanfins¹

¹ Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. Existem dois tipos de AVC, o isquémico e o hemorrágico sendo os seus sintomas semelhantes.

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais frequente estando associada a uma elevada mortalidade. Quinze a 20% das pessoas com AVC tem FA, muitas vezes desconhecida aumentando o risco 5 vezes superior de ter um AVC.

Os implantable loop recorders (ILR) são dispositivos que permitem uma monitorização prolongada da atividade elétrica cardíaca, aumentando a probabilidade de detetar eventuais alterações do ritmo. No caso do AVC torna-se fundamental para identificar FA desconhecida, por vezes paroxística e adequar o mais rapidamente possível o plano terapêutico de forma a diminuir futuras consequências destas patologias. Sendo um procedimento minimamente invasivo, com tempo de monitorização alargado e com a possibilidade de ser “vigiado” remotamente.

OBJETIVOS: Salientar a importância da monitorização remota nos ILR e apresentar um caso clínico que neste tipo de dispositivos não encontramos descritas grandes complicações e “surpresas / curiosidades”.

MATERIAIS E MÉTODOS: Materiais e Métodos: Foi consultado o processo clínico do doente para obtenção do seu historial clínico, meios auxiliares de diagnóstico realizados e decisões terapêuticas / médicas adotadas. Consultada a plataforma de monitorização remota do doente e consulta de follow-up presencial de dispositivos, preservando sempre a identidade do mesmo.

RESULTADOS: Através da plataforma de monitorização remota do dispositivo foram detectadas alterações nos traçados electrocardiográficos por 2 vezes em situações distintas. No primeiro caso verificaram-se

aparentes assistolias que permitiram contactar o doente com urgência e avaliar a situação tratando-se de uma perda total de sensing. Posteriormente, o dispositivo foi substituído e mais tarde verificou-se novamente na monitorização remota frequente ruído e perda de sensing. Na consulta de follow-up presencial não se conseguiu encontrar o dispositivo na posição implantada tendo sido realizadas várias tentativas / manobras vindo a encontrar-se sinal do mesmo numa posição inesperada, ou seja, o dispositivo migrou.

CONCLUSÃO: Importância dos ensinamentos/cuidados pós implante ao doente. Importância da visualização diária da monitorização remota.

O DESAFIANTE DIAGNÓSTICO DA REGURGITAÇÃO TRANSPRÓTESICA INTERMITENTE – CASO CLÍNICO RARO

Laura Santos¹; Susana Gonçalves¹; Sara Prata¹; Ana Rita Maurício¹; Raquel Vaz¹; Sónia Antunes¹; Sónia Ribeiro¹; Diana Pinto¹; Fernando Ribeiro¹; Ana G Almeida¹; Fausto Pinto¹

¹ - Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO: A regurgitação transprotésica intermitente (RTI) é um evento muito raro. Os poucos casos descritos ocorreram exclusivamente de próteses mecânicas (PrM), mas sempre com presença de critérios de gravidade. Relativamente à RTI em PrM aórticas, a causa mais comum foi o desenvolvimento de pannus, encontrando-se também referências à deterioração do material protésico ou à formação de trombos. Os sintomas variaram entre insuficiência cardíaca aguda com edema agudo do pulmão até casos completamente assintomáticos. Todos os casos descritos obtiveram o diagnóstico através da realização de ecocardiograma transtorácico (ETT) e na sua grande maioria procedeu-se à substituição cirúrgica da prótese.

CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 67 anos, portadora de PrM aórtica bidisco, (Duromedics 23) há 26 anos por bicuspidia aórtica. A doente tem-se apresentado assintomática, em classe NYHA I, normotensa, com análises laboratoriais sem alterações, INR em nível terapêutico adequado e electrocardiograma em ritmo sinusal. Desde 2001, os ETT relatam gradientes transprotésicos ligeiramente aumentados e leak periprotésico ligeiro, sem agravamento nos ETT seguintes. Realizou ETT de seguimento em Outubro de 2020, em regime de ambulatório e sem carácter de urgência, onde se identificou RTI grave sem agravamento significativo de qualquer outro parâmetro ecocardiográfico em relação ao ETT prévio (2018). Colocou-se a hipótese de bloqueio intermitente de um dos discos protésicos e sugeriu-se a realização de ecocardiograma transesofágico (ETE) para esclarecimento, confirmando-se os achados do ETT, mas sem ser possível identificar a presença de pannus ou trombos. Repetiu ETT em Julho de 2021, mantendo-se os achados anteriores. Devido à gravidade da regurgitação, mesmo que intermitente, foi sugerida substituição cirúrgica da PrM que a doente recusou. Até à data, a doente tem-se mantido assintomática e estável, passando a realizar controlo anual por ETT.

CONCLUSÃO: A RTI é uma disfunção protésica muito rara mas com critérios de gravidade. A sua identificação é extremamente desafiante, principalmente no caso de doentes assintomáticos. Desta forma, o presente caso reforça a importância do estudo ecocardiográfico minucioso, detalhado e completo, mesmo em caso de ETT de seguimento de doentes assintomáticos e clinicamente estáveis.

A ULTRASSONOGRAFIA CARDÍACA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: RUTURA DE FALSO TENDÃO OU CORDA TENDÍNEA?

Sara Prata¹; Sónia Ribeiro¹; Susana Gonçalves¹; Laura Santos¹; Ana Maurício¹; Sónia Antunes¹; Diana Pinto¹; Fernando Ribeiro¹; Ana G Almeida¹; Fausto Pinto¹; Raquel Vaz¹

¹ Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO: O falso tendão (FT) do ventrículo esquerdo é um achado comum no ecocardiograma transtorácico e caracteriza-se por ser uma banda fibromuscular intracardíaca que atravessa a cavidade ventricular esquerda, com ligação do septo interventricular até ao músculo papilar, parede livre do ventrículo esquerdo e/ou ápex, sem conexão aos folhetos da válvula mitral, distinto das verdadeiras cordas tendíneas.

O FT, ainda que considerado sem importância clínica, surge em alguns estudos associado a sopros cardíacos, arritmias ventriculares, insuficiência valvular mitral e ventrículo esquerdo dilatado.

A rutura de FT é um achado ecocardiográfico raro e pode mimetizar estruturas patológicas, tais como, rutura de corda tendínea, vegetações ou trombos.

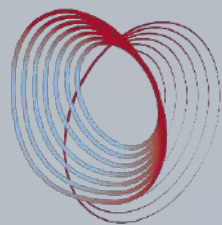
APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO: Indivíduo do sexo feminino, 69 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca crónica de etiologia isquémica, e com regurgitação mitral grave. Doente seguida na Consulta de Insuficiência Cardíaca, encontrava-se em estudo para colocar dispositivo MitraClip. Neste contexto, realizou ecocardiograma transesofágico (ETE) que confirmou a presença de regurgitação mitral grave, secundária a alterações da contratilidade segmentar do ventrículo esquerdo, com aparelho subvalvular íntegro. Uma semana depois recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de início súbito de cansaço para pequenos esforços e com diagnóstico provável de edema agudo do pulmão, tendo ficado internada na Unidade de Tratamento Intensivo em Doentes Coronários. À admissão foi realizado ecocardiograma transtorácico (ETT) em que se visualizou uma estrutura filamentosa,

hiperecogénica, móvel, aparentemente apenas à parede septal que parecia corresponder a rutura de FT ou eventual rutura de corda tendínea.

No dia seguinte, realizou novamente ETE para exclusão de rutura de corda/FT e reavaliação da insuficiência mitral. Através do ETE com 3D confirmou-se a rutura de FT excluindo-se assim a rutura de corda tendínea e agravamento da insuficiência mitral.

Dada a evolução clínica favorável, a doente teve alta para domicílio com a indicação de seguimento em ambulatório.

CONCLUSÃO: A rutura de FT é um achado ecocardiográfico raro e que, por vezes, pode ser confundido com outras condições patológicas, tal como uma rutura de corda tendínea. O ecocardiograma transtorácico e transesofágico, bidimensional e tridimensional, permitem fazer o diagnóstico diferencial entre uma rutura de FT e rutura de cordas tendíneas.



27^º CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Posters

SEXTA 25.03.2022

17h00 - 17h30

QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA NO CARCINOMA GÁSTRICO: ESTUDO DE EFETIVIDADE

Miguel Narciso¹; Cristina Baeta¹; Rita Amaral^{1,2}; Ricardo Silva³; Jorge Narciso³; Francisco Senra³

¹ Escola Superior de Saúde do Porto; ² CINTESIS-FMUP; ³ Instituto Português de Oncologia do Porto

INTRODUÇÃO: A Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC) é uma técnica terapêutica adjuvante aplicada em doentes com Carcinoma Gástrico (CG) e Carcinomatose Peritoneal (CP), realizada após Citorredução (CRS) da doença macroscópica. Em Portugal, esta técnica terapêutica é aplicada só em instituições especializadas em oncologia e desconhece-se a existência de publicações científicas que analisem a efetividade deste procedimento.

OBJETIVOS: Avaliar a efetividade clínica da HIPEC em todos os doentes com CG submetidos a esta técnica.

MÉTODOS: Estudo observacional, retrospectivo e longitudinal. Foram incluídos todos os doentes submetidos a HIPEC por método aberto de 2011 a 2020. Foi analisada a sobrevivência global (SG) e a sobrevivência livre de doença (SLD) através de curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier e teste Log-rank. O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Instituição.

RESULTADOS: A amostra foi constituída por 25 doentes, 56% do sexo masculino e com uma média de idade de 56.36 anos. A HIPEC associada a CRS resultou numa SG de 19 meses e SLD de 14 meses (mediana). Após este tratamento, 40 % dos doentes (n=10) não recidivaram, em 36% (n=9) houve recidiva extraperitoneal e em 24% (n=6) a recidiva foi peritoneal. As curvas de Kaplan-Meier e teste Log-rank demonstraram diferenças estatisticamente significativas (p value=0.028) na SLD em função da recidiva e do local da recidiva.

CONCLUSÕES: Os doentes submetidos a CRS e HIPEC apresentam uma SG superior à que apresentam os doentes com a mesma patologia não submetidos a este tratamento. Este estudo permitiu sistematizar, estudar e divulgar os dados da Instituição Portuguesa com maior casuística.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E QUALIDADE DAS COMPRESSÕES TORÁCICAS EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Guilherme Bastos¹; Pedro De Carvalho¹; Virgínia Fonseca¹; Carlos Gonçalves^{1,2}

¹ - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; ² - Hospital SAMS

INTRODUÇÃO: Devido à pandemia COVID-19, o European Resuscitation Council lançou novas guidelines que explanam a importância da utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) contra a propagação do vírus SARS-CoV-2. A análise destas novas guidelines levantou a questão no qual incidiu este estudo: Existe uma diferença significativa entre a qualidade das compressões torácicas quando se utilizam dois conjuntos distintos de Equipamentos de Proteção Individual?

OBJETIVOS: Verificar a influência da utilização de dois conjuntos de EPIs na qualidade das compressões torácicas realizadas em manequins, por profissionais e estudantes de saúde.

MÉTODOS: Estudo experimental, com uma população constituída por profissionais e estudantes da área de saúde, com formação prévia em suporte básico de vida. Cada participante realizou compressões torácicas com ambos os conjuntos de EPIs, sendo o conjunto inicial atribuído aleatoriamente. As medições dos parâmetros fisiológicos basais foram realizadas em repouso. Iniciaram as compressões torácicas fazendo um ciclo de 2 minutos seguido de uma

pausa de 2 minutos (perfazendo um período total de 16 minutos com cada conjunto de EPIs). Durante os ciclos de compressão o equipamento utilizado media automaticamente os parâmetros relativos à qualidade das compressões torácicas, sendo os restantes parâmetros fisiológicos medidos no período de pausa.

RESULTADOS: O estudo não revelou diferenças significativas entre os scores gerais da qualidade das compressões torácicas (valor-p = 0,844), o número total de compressões efetuadas, (valor-p = 0,306), as compressões por minuto, (valor-p = 0,322) a profundidade das compressões (valor-p = 1,000) e descompressão torácica (valor-p = 0,165).

CONCLUSÕES: O uso dos dois conjuntos distintos de EPIs não condicionou uma diferença na qualidade das compressões torácicas realizadas pelos mesmos indivíduos.

DOENTES COM SAOS SOB CPAP DURANTE A PANDEMIA COVID -19 - O PAPEL DO CARDIOPNEUMOLOGISTA

Inês Alves¹; Sílvia Rodrigues¹; Líliana Gomes¹; Jorge Rosa¹; Ana Frade¹; Andreia Gabriel¹; Tiago Costa¹; Vera Martins¹; Sofia Furtado¹; Filipa Bom¹

¹ Hospital Beatriz Ângelo

INTRODUÇÃO: No tratamento da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), a terapêutica com CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) é a eleita. A adesão ao CPAP é fundamental para o sucesso da terapia, exigindo assim, um bom programa de educação para a adaptação e colaboração do doente à mesma. Neste hospital existem dois tipos de consulta técnica devidamente estruturadas: a consulta inicial onde se realiza a adaptação ao CPAP e a de seguimento onde se efetua o acompanhamento do doente sob CPAP, sendo esta intercalada com a consulta médica. Durante a pandemia houve a necessidade de re-estruturação desta consulta mantendo como prioridade o acompanhamento do doente: foram realizadas teleconsultas em detrimento das consultas presenciais e aumentou-se o número de consultas técnicas para permitir a continuidade do acompanhamento destes.

OBJETIVOS: Descrever a reorganização da consulta técnica da equipa de Cardiopneumologia no acompanhamento de doentes sob CPAP (Março de 2020 a Julho de 2021).

MÉTODOS: Apresentação do número total de teleconsultas técnicas de Cardiopneumologia de 3/2020 a 7/2021. Análise retrospectiva dos processos de doentes sob CPAP, avaliados em consulta técnica de Cardiopneumologia entre 1/1/2021 a 31/7/2021. Analisado o relato dos doentes em relação à utilização do equipamento e pela leitura dos dados fornecidos. Dados analisados em Microsoft Office Excel®.

RESULTADOS: Entre Março de 2020 e Julho de 2021 foram realizadas 1293 teleconsultas técnicas. Realizaram-se 473 teleconsultas (384 com leitura de registo de adesão e 89 sem acesso a registos). A média de idade foi 59 anos (69,3% género masculino). Da amostra, 53.1% apresentavam SAOS grave, 33.4% moderada e 13.5% ligeira. Dos 384 indivíduos, 64.3% tinham boa adesão (% uso>4h: 92.2%, média de uso 7h03). Em 28.6% dos doentes foi identificada fuga elevada, 7,3% dos doentes apresentavam IAH residual e em 4.7% foram alterados parâmetros ventilatórios após discussão clínica. 137 doentes com registo de leitura não apresentavam adesão referindo sobretudo desconforto com a interface (37.9%), xerostomia (20.4%) e obstrução nasal (16.8%), tendo sido tomadas as atitudes necessárias para a correção.

CONCLUSÕES: Apesar da situação pandémica, a continuidade do acompanhamento do doente adaptado a CPAP é imprescindível, quer na otimização da adaptação ao tratamento, quer na manutenção da adesão ao longo do tempo. O avanço da telemedicina permitiu que essa continuidade não fosse interrompida, permitindo manter o tratamento adequado aos doentes com SAOS.

SÍNDROME DE BRUGADA : QUANDO O PRIMEIRO ALERTA É NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rita Contins¹; Helena Fonseca¹; Ana Sofia Delgado¹; Bruno Valente¹

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de Santa Marta

O Síndrome Brugada (SB) é uma canalopatia cardíaca, caracterizada pela sua transmissão hereditária e cujo seu primeiro sintoma é, muitas das vezes, a morte súbita. Este facto acontece pela mutação do gene responsável pela codificação da corrente de entrada de sódio, essencial no potencial de ação da célula cardíaca e que leva a disritmias malignas ventriculares. Uma vez que as suas manifestações podem ser reduzidas, temos de estar atentos aos sinais de alerta e nesse ponto, o Técnico de Cardiopneumologia pode ter um papel fundamental.

Eletrocardiograficamente, a classificação atual de SB é de 2 padrões específicos, que são identificados nas derivações precordiais v1-v2. É importante saber, que os padrões não são constantes, assumem forma dinâmica e até podem estar ocultos e desta forma as derivações complementares podem levar à deteção precoce da SB. Em alguns casos, provas de provocação podem ser necessárias, sendo a mais utilizada em Portugal a de flecainida.

A prevenção das disritmias ventriculares pode passar pela colocação de um Cardiodesfibrilhador Implantável (CDI), sendo que o CDI subcutâneo (CDI-S) é uma alternativa ao sistema transvenoso com menor risco de infeção e complicações.

Este trabalho pretende dar a conhecer o caso clínico de um individuo do sexo masculino, com 32 anos, encontrado na via publica em Paragem Cardiorespiratória (PCR) e após reanimação com sucesso encaminhado para o Serviço de Urgência (SU). Entre os vários MCDTs realizados, o ECG teve um papel fundamental, bem como a realização de derivações complementares, que evidenciaram padrão Brugada tipo I.

A avaliação da arritmologia optou pela terapêutica de colocação de CDI como prevenção secundária, tendo sido colocada a questão: Transvenoso vs Subcutâneo? Conhecendo as vantagens e desvantagens, foi realizado o Teste de Screening, para testar a elegibilidade eletrocardiográfica para colocação de CDI-S.

A partilha deste caso-clínico pretende relembrar a todos os padroes actuais da SB, bem como importância das derivações complementares no ECG. E também dar a conhecer as vantagens e desvantagens da terapêutica com CDI-S, o significado do Teste de Screening e de que forma é possível acompanhar a longo prazo, sobre forma de monitorização remota, estes doentes.

SÁBADO 26.03.2022

11h00 – 11h30

TRANSPLANTE BIPULMONAR PÓS-INFECÇÃO POR SARS-COV-2: ESTUDO DE CASO

Raquel Bernardes¹; André Martins¹; Inês Duarte¹; Inês Ribeiro¹; Shanshan Zhang¹; Luísa Semedo¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta

Homem, 61 anos, não fumador, sem história de patologia respiratória conhecida.

Em janeiro de 2021, foi admitido no serviço de urgência da sua área de residência com quadro de pneumonia por SARS-COV-2 condicionando a presença de insuficiência respiratória. Apresentando um quadro clínico com rápida deterioração foi necessário iniciar ventilação mecânica invasiva (VMI) e posteriormente oxigenação por membrana extracorporal (ECMO).

O doente apresentou várias complicações infecciosas nosocomiais, tromboembolismo pulmonar (TEP), tendo o quadro clínico evoluído para pneumonia organizativa que condicionou a persistência de insuficiência respiratória e dependência de ECMO e que se manteve durante 74 dias.

Após avaliação pela equipa médica do Centro de Referência de Transplante Pulmonar, foi admitido em lista de espera de transplante pulmonar dado que o doente se encontrava consciente, colaborante e não apresentava qualquer disfunção de outro órgão. Em maio de 2021 foi submetido a duplo transplante pulmonar tendo permanecido internado durante 98 dias devido a várias complicações (fibrilhação auricular, pancitopenia, infeção por citomegalovírus (CMV), pneumotórax com enfisema subcutâneo e necessidade de reabilitação respiratória.

Após 6 meses de transplante, o doente mantém o programa de reabilitação pulmonar, não necessitando de aporte suplementar de oxigénio.

Após o transplante, foi-lhe diagnosticado diabetes tipo 2 induzida por corticoides. Mantém o seguimento em consulta de transplante pulmonar e realiza periodicamente espirometria, exames

imagiológicos e análises de forma a avaliar a função do enxerto pulmonar e monitorizar a imunossupressão e suas complicações.

Através da análise das espirometrias que foi realizando consegue-se observar uma melhoria contínua da sua função respiratória que é consistente com o seu quadro clínico atual (Tabela1).

SÍNDROME BRADI-TAQUI... OUTRO ACHADO NO TESTE DE TILT

Helena Fonseca¹; Catarina De Oliveira¹; Rita Contins¹; Ana Lousinha¹; Mário Oliveira¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta

A síndrome bradicardia-taquicardia, também conhecida como síndrome bradi-taqui, é uma das formas de apresentação de doença do nódulo sinusal (NS). Manifesta-se clinicamente como uma perturbação do ritmo cardíaco, caracterizado pela presença de uma taquicardia com origem supraventricular (taquicardia auricular, flutter ou fibrilhação auricular), interrompida por uma bradiarritmia, traduzindo desta forma o carácter de doença difusa e instabilidade importante do sistema de condução cardíaco.

Trata-se de um caso de doente do sexo masculino com 76 anos, seguido em consulta de cardiologia por hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes mellitus tipo 2 e doença coronária estável, que em dezembro de 2018 inicia quadro frequente de sensação de desmaio, associado a agravamento do cansaço, tendo realizado registo de Holter e gravador de eventos, que revelaram ritmo sinusal, com referência a quadro de tonturas correlacionadas apenas com episódios de curtas salvas supraventriculares (máxima de 5 ectopias). Após TC CE, estudo ecocardiográfico e internamento por síncope, foi indicado para realização de Teste de Tilt (TT) para esclarecimento da etiologia dos episódios sincopais. O TT foi realizado segundo protocolo italiano

documentando-se, na fase de ortostatismo a 70º, flutter auricular (FLA) com períodos de bloqueio de alto grau, com frequência cardíaca mínima de 33 bpm, alternando com períodos de FLA com resposta ventricular rápida, com frequência cardíaca máxima de 160 bpm, com pródromos típicos e consequente síncope. Identificou-se assim, em provocação ortostática, a presença de síndrome bradi-taqui que estava na base do quadro do doente tendo, por este motivo, sido encaminhado para implantação de pacemaker.

A síndrome bradicardia-taquicardia é observada num elevado número de doentes com doença do NS. O quadro clínico inclui desde os doentes assintomáticos, com evidências eletrocardiográficas de algum grau de disfunção sinusal, até doentes com sintomatologia exuberante que geralmente são intermitentes, sendo as manifestações clínicas mais comuns as tonturas e vertigens, pré-síncope, síncope, palpitações, intolerância ao exercício e quadros de cansaço a pequenos esforços. É de salientar a importância da identificação desta síndrome, neste caso em contexto de Teste de Tilt, considerando o tratamento e respetivo prognóstico do doente, evidenciando-se assim a utilidade deste exame na identificação de patologia cardíaca.

CARDIONEUROABLAÇÃO EM JOVEM

Cláudia Mendes¹; Assunção Alves¹; Bernardete Rodrigues¹; Sílvia Ribeiro¹; Lucy Calvo¹; Ana Filipa Cardoso¹; Bruno Torres¹; Joana Pereira¹; Mário Oliveira¹; Ana Sofia Delgado²

¹ Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães - Hospital CUF Porto; ² Hospital CUF Porto

INTRODUÇÃO: A cardioneuroablação (CNA) tem sido uma realidade na abordagem de bradiarritmias sintomáticas e síncope reflexa cardioinibitória.

OBJETIVOS: Apresentação de casos clínicos de CNA com sucesso (casos de 2 centros distintos).

Mulher, 32 anos, prática de desporto, tonturas, referenciada por holter com episódios de bloqueio aurículo-ventricular (BAV) do 2º Grau até 5:1, predomínio diurno, pausas até 3.5s e FC de 19 bpm. Aconselhada a descondicionamento físico com melhoria significativa, sem pausas >2s e diminuição do grau de BAV. Posteriormente, regressou por sua opção ao desporto e apresentou BAV até 6:1 e pausa máx. de 3,4s, obtidos em registador de eventos. Orientada para CNA - plexos justa VPSD e VPID + AD induzindo pausa sinusal de 14s na estimulação do vago cervical e após 12 meses encontra-se assintomática, a realizar desporto, sem BAV, sem pausas e com FC normais em exames posteriores. Mulher, 38 anos, referenciada para implantação de pacemaker por queixas recorrentes de tonturas e episódios de lipotimias coincidentes com períodos de BAV do 2º grau até 4:1, registo de 288 pausas (máx.3,17s), FC mín 29 bpm em Holter prévio. Prática de desporto. Novo holter com acentuação do grau de BAV maioritariamente diurno e pausas significativas (máx. 3,83s). Realizou CNA (plexos justa VPSD e VPID + AD) induzindo pausa sinusal >20s na estimulação do vago cervical. Após 24 meses de seguimento apresenta diminuição do grau de BAV, desta vez noturno, sem pausas significativas e assintomática. Mulher, 52 anos, episódios recorrentes de síncope, teste de Tilt com resposta cardioinibitória com assistolia de 9s seguida de queda tensional e síncope. Implantou ILR onde se documentaram pausas sinusais sendo encaminhada para CNA – estimulação do vago com assistolia sinusal, ablação do grupo ganglionar P1 (região anterior da VPSD), ablação de P4 ao nível da região anterior da VPE. Follow-up de 18 meses, onde se mantem assintomática e sem eventos registados no ILR.

MATERIAIS E MÉTODOS: Consultados os processos clínicos para obtenção da história clínica, exames de diagnóstico, relatórios dos procedimentos, consultas de seguimento e a base de dados dos sistemas de mapeamento utilizados para obtenção de imagens dos mesmos.

RESULTADOS: Eficácia da CNA eliminando as assistolias e o BAV ou diminuindo o grau do mesmo, ficando os doentes assintomáticos após os procedimentos.

CONCLUSÃO: Pode-se constatar que a CNA constitui uma opção de tratamento para doentes selecionados.

ANGINA VASOESPÁSTICA NUM JOVEM ADULTO: A IMPORTÂNCIA DOS ECG'S SERIADOS

Ana Moreira¹; Marlise Teixeira¹

¹ Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

INTRODUÇÃO: A angina vasoespástica (AVE) ou de Prinzmetal caracteriza-se por dor torácica (DT) acompanhada de elevação transitória do segmento ST, devendo-se ao espasmo de uma artéria coronária, podendo ou não existir doença aterosclerótica associada. O tabagismo e o consumo de drogas são conhecidos fatores de risco de vasoespasmo coronário.

CASO CLÍNICO: Homem de 29 anos, fumador, dá entrada no serviço de urgência (SU), por DT em aperto, com irradiação para o membro superior esquerdo que durou cerca de 15 minutos, após consumo de canabinoides. Refere episódios prévios análogos, sem relação com esforços. É triado como Via Verde Coronária (VVC), realiza eletrocardiograma (ECG) que é normal, apresenta troponina aumentada (248»284 pg/mL), sendo avaliado por Cardiologia. O Ecocardiograma não revela alterações, tem alta com indicação de realização de Holter e Prova de esforço.

Regressa ao SU no dia seguinte, com a mesma sintomatologia, novamente VVC, realiza ECG sobreponível ao anterior, tem troponina de 220 pg/mL. Na permanência no SU, refere episódio de DT intensa acompanhado de palidez e diaforeses. O Técnico de Cardiopneumologia (CPL) tem a iniciativa de repetir o ECG que revela supradesnivelamento do segmento ST (supra ST) antero-lateral. Após melhoria da dor há resolução do supra ST, intercalado com outros episódios de DT, com supra ST associado. Observaram-se episódios de taquicardia ventricular não sustentada aquando das alterações de ST. É assumida AVE, inicia verapamil, nitratos e morfina, com resolução dos sintomas.

É internado, sem recorrência de DT, realiza posteriormente angiografia coronária revelando descendente anterior média com lesão de 70-80% e lesão de 30% no segmento distal. Realiza angioplastia com bom resultado final. Tem alta com recomendação de suspender consumo de canabinoides e tabaco.

CONCLUSÃO: Num jovem sem patologia cardíaca conhecida, com DT autolimitada, consumidor de canabinoides, a AVE deve ser considerada no diferencial diagnóstico. É crucial a documentação de elevação transitória do segmento ST e o CPL tem um papel fundamental na equipa multidisciplinar do SU, como demonstra este caso, ao ter a iniciativa de repetir o ECG aquando da DT, chave essencial para este diagnóstico.

COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR COMO CONSEQUÊNCIA DE UM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO - UM CASO CLÍNICO

Raquel Vaz¹; Alexandra Almeida¹; Susana Gonçalves¹; Laura Santos¹; Sara Prata¹; Diana Pinto¹; Sónia Antunes¹; Sónia Ribeiro¹

¹ Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário de Santa Maria, CHLN, CAML, CCUL, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO: A comunicação interventricular (CIV) como consequência de um enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui uma complicação rara mas com elevada taxa de mortalidade. O ecocardiograma transtorácico, devido à sua elevada sensibilidade e especificidade, é considerado um exame de primeira linha, na identificação da localização precisa da CIV (ocorrendo geralmente ao nível do segmento acínico e pouco espessado do miocárdio) assim como no cálculo da respetiva dimensão, sendo fundamental para definir estratégias terapêuticas e posterior acompanhamento pós-operatório.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Indivíduo do género feminino, 76 anos de idade, raça caucasiana, recorre ao serviço de urgência central (SUC), por quadro de cansaço acentuado de início súbito, com 36 a 48 horas de evolução, astenia e sensação de mal estar-generalizada, com desconforto ao nível

do membro superior esquerdo. Realizou análises clínicas que apresentou troponina T de 1080 ng/L e eletrocardiograma no qual se evidenciaram alterações da repolarização ventricular compatível com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Posteriormente foi referenciada para estudo ecocardiográfico, o qual revelou ventrículo esquerdo com alterações segmentares a nível da parede inferior e septo inferior, com função sistólica global conservada, assim como aneurisma do septo inferior, visualizando-se rotura do septo interventricular a nível basal, traduzindo-se num “shunt” esquerdo-direito significativo. Foi realizada uma coronariografia, que concluiu presença de doença coronária do tronco comum e de três vasos. Efetuou-se adicionalmente ventriculografia, a qual confirmou a presença de CIV de grandes dimensões com preenchimento total do ventrículo direito, contudo a doente não apresentava sinais de sobrecarga nas cavidades direitas. Posteriormente iniciaram-se tentativas de intervenção percutânea até tratamento cirúrgico.

CONCLUSÃO: O ecocardiograma transtorácico é considerado um exame de primeira linha no diagnóstico, caracterização e estratificação do risco em doentes com CIV como consequência de EAM, tornando-se uma ferramenta crucial na sua evolução terapêutica e clínica.

A IMPORTÂNCIA DA LATÊNCIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO NA RESSINCRONIZAÇÃO EFETIVA

Assunção Alves¹; Cláudia Mendes¹; Bernardete Rodrigues¹

¹ Hospital Senhora da Oliveira-Guimarães

Paciente do género masculino, 69 anos. EAM em maio de 2005, faz cateterismo onde se visualiza TC sem doença, oclusão total da DA, CX e CD sem doença e é tratado com 2 stents na DA. FRCV como tabagismo e dislipidemia. Disfunção VE severa com FEj 24%. Implantado CDI dupla câmara em Maio de 2011, desenvolve BCRE com QRS de 200 ms, tendo feito upgrade para CRT-D em Maio de 2016, em Novembro desse ano é internado por TV lenta com 134 bpm, é reprogramado o dispositivo e alterada

medicação. Múltiplas vindas à urgência e múltiplos internamentos por TV's, em Abril de 2017 faz EEF após ter sido internado por tempestade arritmica, tendo-se induzido TV monomórfica que foi tratada com sucesso, é internado em Setembro de 2017 por TV lenta com FC de 111 bpm, considera-se que de momento não tem condições para repetir EEF devido a extensa cicatriz de enfarte com múltiplos circuitos de difícil ablação, propõem-se para transplante, que o doente aceita e é pedido o estudo pré-transplante. Nesta fase a medicação habitual incluía Amiodarona, Bisoprolol e Mexiletina. Múltiplos episódios de TV visualizados na monitorização remota e múltiplos internamentos por TV com instabilidade clínica, com necessidade de CVE. Em Março de 2020 faz novo EEF com indução de TV's com várias morfologias, é feita ablação, considerada com sucesso. O Ecocardiograma de 2021 mostra FSVE severamente comprometida com acinésia da parede anterior, septo, apex e segmentos apicais das restantes paredes, os segmentos acinéticos apresentam aspeto fibrótico. IAo moderada, IM severa, IT ligeira a moderada. Em Março de 2021 substitui o CRT-D por normal depleção da bateria, o novo dispositivo passa a ter a capacidade de medir a não só a % de CRT como também a % de CRT efetiva, na monitorização remota é verificada uma discrepância entre estes dois parâmetros, CRT 98% e CRT-efetivo 2%, dada a diferença de valores faz-se uma investigação tendo-se concluído existir uma acentuada latência de VE que estava a comprometer a eficácia da ressinchronização. é feita programação do dispositivo de forma a compensar a latência, novo ECG com QRS mais estreito e valores de CRT e CRT-efectivo na ordem dos 99%. Até à data sem novos internamentos e sem eventos registados na monitorização remota.

Objetivos: Compreender a importância da latência de VE na ressinchronização cardíaca e mecanismo das TV's;

Métodos: Análise do processo clínico;

Resultados: Otimização do CRT aparentemente bem sucedida;

Conclusões: A latência de VE não deve ser desvalorizada.

SÁBADO 26.03.2022

16h30 – 17h00

SÍNCOPE EM DOENTE PORTADOR DE PACEMAKER DEFINITIVO

António Filipe Rodrigues¹; Bruno Valentim¹; Bruno Rodrigues¹

¹ Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
Paciente de 66 anos, sexo masculino.

Antecedentes pessoais: dislipidemia mista, obesidade, psicose maníaco-depressiva, hipotireoidismo, SAOS grave sob AutoCPAP e asma brônquica não alérgica, portador de PM definitivo DDDR (03/2017; acesso por veia subclávia) por doença do tecido de condução (BAVC paroxístico). Seguimento regular em FUP sem alterações do sistema de pacing (autocapturas estáveis) e assintomático.

Medicação habitual: Quetiapina, Lítio, Propranolol 40mg, Diazepam, Topiramato, AAS, Atorvastatina, Ezetimibe, Levotiroxina, Losartan+hctz.

Em abril de 2021 recorreu ao SU por dois episódios sincopais. Referiu episódios semelhantes dois dias antes, tendo avaliado a PA, com perfil hipotensivo (90/40mmHg).

Realizou ECG na posição sentado, que demonstrou ritmo sinusal com pacing ventricular (As-Vp), sem disfunções do sistema de pacing. É realizada a colheita sanguínea onde se constata hipomagnesémia, tendo tido alta sem queixas após a correcção eletrolítica.

No início de maio, é trazido novamente ao SU por síncope e tonturas frequentes, salientando a ocorrência dos mesmos sintomas nos últimos tempos. ECG sobreponível ao anterior. Após observação, tem alta com diagnóstico de provável síndrome vertiginosa, medicado com betahistina 24 mg 2id.

No dia 25 de maio recorre a consulta de Neurologia para estudo de síncope de repetição (já com episódios sincopais associados a trauma facial). É solicitado um ECG (posição sentado), pacemaker normofuncionante. O paciente salienta perda de consciência em decúbito dorsal, repetiu ECG nessa posição, verificando-se a presença de uma onda P não conduzida. Realizou Holter de 24 horas, onde

se registam inúmeras falhas de captura ventricular com pausas até 13seg (assintomático).

Foi enviado ao SU e contactado cardiologista. Na monitorização, constata-se ritmo sinusal com falhas incessantes de captura ventricular. O Rx Torax revela eléctrodos aparentemente íntegros e bem posicionados. Deste modo é internado na UCI por disfunção do sistema de pacing.

Nesse período necessitou de isoprenalina à qual apresentou boa resposta. É interrogado o dispositivo e redefinida a sua programação. Realizado testes manuais com paciente em decúbito dorsal, limiar 2V-2,5V a 0,4ms e impedâncias estáveis. Programou-se output fixo por segurança de 5V a 1ms (sem falhas de captura). Manteve-se internado 48 horas na enfermaria de cardiologia, sem eventos na telemetria. Apresenta-se sem queixas na consulta de Fup do dispositivo.

DOENÇA CORONÁRIA AGUDA APÓS A TOMA DE SILDENAFIL

Leandro Brito¹; Mónica Pereira¹; **Cláudia David¹**; Catarina Zambujo¹

¹ Hospital Beatriz Ângelo - Hospital de Loures

O aumento da esperança média de vida tem demonstrado um aumento da prevalência de doença cardiovascular, principalmente no sexo masculino, assim como um aumento de várias patologias, incluindo a disfunção erétil, em idades cada vez mais jovens. A procura pela melhor qualidade de vida leva a inovações em várias áreas, tais como na indústria farmacêutica e, por consequência, à utilização de fármacos que podem solucionar problemas nas mais variadas patologias.

O caso clínico que apresentamos refere-se a um doente do sexo masculino, 50 anos, que deu entrada no serviço de urgência por volta das 23h com um quadro de dor torácica típica com duração de 15 horas, após toma de Sildenafil. Tendo como único antecedente de doença cardiovascular conhecido a dislipidemia, o utente referia toma regular deste medicamento. Considerado o

contexto, foi prescrito eletrocardiograma na triagem.

Na primeira análise do ECG observa-se ritmo idioventricular acelerado com morfologia de bloqueio de ramo direito sugestivo de origem na região posterior do ventrículo esquerdo, com presença de condução retrógrada que, associado à clínica do utente, é sugestivo de enfarte agudo do miocárdio em evolução. O utente foi assim encaminhado para observação médica em SO. Foram realizadas análises clínicas que revelaram troponina de 78,20 ug/l.

Contactou-se o centro hospitalar de referência, optando-se pela realização de cateterismo no dia seguinte, dadas as 24h de evolução e após avaliação da Cardiologia, que realizou ecocardiograma sumário, descrevendo: disfunção sistólica ligeira a moderada do ventrículo esquerdo, com hipocinésia apical, lateral, septo inferior, acinésia infero – posterior, confirmando assim o diagnóstico de EAM infero-lateral. Foram realizadas análises de seguimento, com troponina de 89.49 ug/l e PCR de 2.23 mg/dl.

No dia seguinte, o utente foi transferido para o hospital de referência onde realizou a angiografia coronária que revelou, essencialmente, uma coronária direita dominante e suboclusiva no segmento médio. Seguiu-se o cateterismo da coronária direita com bom resultado angiográfico e prognóstico favorável.

Atualmente, o utente encontra-se a ser acompanhado na Cardiologia do hospital da área de residência, onde lhe terá sido prescrita uma alternativa farmacológica que permita conciliar a resolução da sua disfunção erétil com a sua patologia cardiovascular.

THE PERFECT STORM – INTERAÇÃO DE FATORES PARA TORSADE DE POINTES

Joana Lobo¹; Andreia Grade²; Catarina Santos²; Helena Almeida²; Sara Ratinho²; Susana Antunes²

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; ² Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de São Bernardo

INTRODUÇÃO: Torsade de pointes (TdP) é uma taquicardia ventricular polimórfica associada ao prolongamento do intervalo QT que se pode dever a fatores intrínsecos, alterações iatrogénicas e pela evolução natural de algumas patologias. Quando estes fatores se associam, a TdP torna-se inevitável.

CASO CLÍNICO: Doente do género feminino, 79 anos de idade que recorre ao SUG por quadro de dor torácica após lipotimia com 1h de evolução, triada com pulseira laranja. O ecg de entrada mostra FA com RV rápida (148bpm), progressão de QRS anormal na classe precordial e alterações inespecíficas da repolarização. Na avaliação médica, apresentava má perfusão periférica, edemas dos membros inferiores, hipotensão arterial, saturação de 94% com 4L/min O₂ e antecedentes de FA sob ACO. Repete ecg que mostra FA com RV controlada (+-100bpm) com inversão das ondas T na classe precordial. O ecocardiograma mostrou alterações de contractilidade nos segmentos médio-apicais. Fica internada em SO com diagnóstico de ICC descompensada por taquimiopatia vs Síndrome Takotsubo. Por episódio de dificuldade respiratória, taquidistritmia e dessaturação, opta-se por iniciar amiodarona para controlo de FC vs ritmo. Faz ecg de controlo a 16/03 que mostra ritmo sinusal (RS) a 64bpm com inversão das ondas T em todas as derivações com QTc 773 mseg e extrassistolia ventricular. É requerida repetição de ecg, pelas 18h por alterações de ritmo associado a quadro de vómito, que mostra RS alternando com período de TVNM com 8 complexos. O quadro clínico agrava-se para choque cardiogénico e pelas 3h30 min da madrugada é pedido novo ecg por taquicardia. O ecg mostra RS a 50 bpm com períodos de TVNM de curta duração com QTc de 868 mseg. Mantém ondas T invertidas em todas as derivações com presença ocasional de ondas P

bloqueadas. É iniciada perfusão de isoprenalina com aumento de FC para 75bpm com redução do intervalo QTc para 750mseg. Registam-se 3 períodos sintomáticos de TdP no monitor pelo que se opta por colocação de pacemaker provisório para aumento de FC. Após a implantação, volta a entrar em FA a 125bpm com QTc de 611 mseg. Nos dias seguintes foram efetuados ecgs para controlo do QTc que mostrou diminuição para valores semelhantes aos de entrada (486 mseg) mantendo inversão de ondas T em FA. A doente teve alta a 5/04.

CONCLUSÃO: A TdP surge em contexto de QT longo iatrogénico exacerbado pela síndrome de Takotsubo neste caso mostrando que a associação e interação de patologias complexas é imprevisível.

QUEM VÊ CARAS, NÃO VÊ CORAÇÕES.

Cátia Trigo¹

¹ Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

Indivíduo do sexo masculino com 83 anos é trazido ao SUG pelos BV por ter sido encontrado caído no domicílio há 1h, apresentando-se afásico, com desvio da comissura labial e respiração ruidosa tendo sido colocado na Reanimação e triado com pulseira vermelha. É ativada a Neurologia pelo protocolo de Via Verde AVC e pedido imediatamente ECG. Este é realizado às 09h20m14s apresentando um Bloqueio Bifascicular (BCRD e desvio esquerdo do eixo elétrico), com dúvidas relativamente ao ritmo por esboçar atividade auricular de baixa amplitude a uma FC de cerca de 300 bpm. Às 09h20m43s o doente evolui para periparagem com suspeita de Bloqueio de alto grau com período de assistolia autolimitado. Às 09h21m09s recupera o ritmo, mostrando um padrão de Bloqueio do ramo esquerdo “like” com desvio direito do eixo elétrico, apresentando ondas T de base estreita e apiculadas, indicando hipercaliémia, posteriormente confirmada por gasimetria. Apesar do quadro instável do doente, é levado a realizar TC CE, onde ocorre assistolia, revertendo com

manobras de SBV. A TC não evidenciou patologia neurológica primária, admitindo-se eventual défice neurológico transitório por hipoperfusão no contexto de instabilidade hemodinâmica. O Doente apresenta como antecedentes pessoais HTA, DRC, provável ICC e obesidade. Deste modo, assumiu-se que o Bloqueio de alto grau, sem certezas se iatrogénico, desencadeava a hipoperfusão neurológica, investindo-se então na correção iónica que poderia ser a causa das perturbações da condução do nódulo AV. Por manutenção da instabilidade hemodinâmica e ausência de resposta à isoprenalina optou-se por implantação de Pacemaker provisório, procedimento de difícil execução. Realizou Ecocardiograma que demonstrou uma HVE grave com função no limite inferior do normal com estenose ligeira da válvula Ao e insuficiência Ao pelo menos moderada. Em SO, o doente inicia Hemodiálise mantendo durante uns dias acidémia metabólica e hipercaliémia e Pacemaker provisório com um limiar de 5 mV e FC de 60 bpm. O doente esteve internado 28 dias entre SUG, UMI e Medicina de forma a controlar parâmetros analíticos e colocação de pacemaker definitivo.

CONCLUSÃO: Apesar do quadro de entrada simular um AVC, o baixo débito desencadeado pelo BAV estava na base das alterações neurológicas e agravamento da função renal.

DOMINGO 27.03.2022

10h45 – 11h15

A ULTRASSONOGRAFIA CRUZA-SE COM O ELETROENCEFALOGRAMA NO AVC

Diana Guerreiro¹; Filipe Fernandes¹; Alexandre Amaral E Silva²; Mafalda Moreira²; Gil Nunes²

¹ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa;

² Hospital de Vila Franca de Xira

INTRODUÇÃO: A disseção da carótida interna é uma condição rara, no entanto é uma das principais causas do acidente vascular cerebral (AVC) em idade jovem. Por sua vez, o AVC é a causa mais comum de epilepsia secundária em pessoas com mais de 60 anos. Sabe-se que as convulsões estão associadas a piores prognósticos e que o eletroencefalograma (EEG) permite a deteção de lesões ainda reversíveis.

CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, 38 anos de idade, com asma brônquica, hábitos tabágicos e etanólicos ativos. Encaminhado ao serviço de urgência por diminuição da força muscular nos membros direitos e alteração da linguagem, sendo ativada via verde AVC extra-hospitalar. À observação apresentava disartria, parésia facial central direita e hemiparesia homolateral totalizando um NIHSS de 11. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) com estudo angiográfico identificando-se hipodensidade no território da artéria cerebral média (ACM) esquerda (ASPECTS de 7), oclusão da divisão inferior da ACM esquerda e imagem sugestiva de disseção da artéria carótida interna esquerda. É encaminhado para terapêutica endovascular, tendo realizado angiografia cerebral que mostrou disseção oclusiva pós bulbar da carótida interna esquerda impossível de ultrapassar com cateter. É transferido para continuação do estudo para o hospital de área de residência. Passados 10 meses regressa ao serviço de urgência por 2 episódios de crises convulsivas, uma no domicílio e outra presenciada pela VMER. Sem história prévia de crises epiléticas até essa data. Realizou TC-CE que não revelou novas lesões. Durante o período de internamento não se verificaram novas crises epiléticas ou outros

défices neurológicos. O estudo por EEG não mostrou atividade epilética. Teve alta com o diagnóstico de crises não provocadas em contexto de epilepsia vascular, com indicação de seguimento em consulta de neurologia e de manter terapêutica habitual à qual se associa medicação antiepilética.

CONCLUSÃO: Os exames de neurosonologia têm um papel crucial no diagnóstico da disseção como causa de AVC. É necessário realizar um estudo completo em cada paciente, usando os exames e recursos necessários para auxiliar no diagnóstico e para melhorar o prognóstico. Neste sentido, o uso do EEG no prognóstico de pacientes pós-AVC e com suspeita de crises epiléticas é cada vez mais promissor, uma vez que a deteção precoce pode evitar futuras crises, levando a uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

IMPLANTAÇÃO DE HEARTMATE3

Ana Caramelo¹

¹ - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Santa Cruz

A insuficiência cardíaca é um problema em constante crescimento em Portugal, tendo uma prevalência estimada de 4.36%, prevendo um incremento para os 30% até 2035.

O transplante cardíaco é o principal tratamento para doentes em estado crónico de insuficiência cardíaca, e devido aos tempos de espera é necessário reconhecer novas técnicas que permitam aos doentes aguardar de forma funcionalmente estável.

Os dispositivos de assistência mecânica uni/biventricular de longa duração, são uma das técnicas que permitem diminuir a mortalidade e morbidade destes doentes, servindo como ponte life-saving para a transplantação, ou como terapia definitiva, nos casos não passíveis de transplante. O HeartMate é um dispositivo implantado cirurgicamente. Esta bomba colocada no ápex do

ventrículo esquerdo, está conectada a uma drive line externa ao corpo e é alimentada por duas baterias de lítio.

CASO CLÍNICO: Doente do género masculino, de 57 anos, com o seguinte fator de risco cardiovascular: ex-fumador, classe NYHA III, hipertensão pulmonar tipo 2. Internado com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva grave por disfunção do ventrículo esquerdo após enfarte STEMI (inferior e anterior). Realizou internamentos sucessivos, sendo admitido para implantação de HeartMate3, como bridge to transplant.

Foi realizada a cirurgia de implantação do HeartMate3 sob circulação extracorporeal sem clampagem da aorta. A progressão do doente foi boa ao longo dos dias de internamento, embora este tenha sido prolongado por infeção SARS-COV2 sintomático.

O ensinamento e manuseamento do equipamento de HeartMate inclui várias sessões, sendo a primeira realizada pré-implantação e as seguintes durante a sua recuperação. Esta formação é dada ao doente, assim como à família, por parte da equipa de perfusão.

O doente teve alta ao vigésimo sexto dia, e apesar de todos os contratempus e condicionalismos, o seu estado geral melhorou.

De forma geral, estes mecanismos permitem melhoras clínicas e hemodinâmicas, sendo considerados boas opções para estes doentes.

SÍNDROME DE WOLFRAM: JUNTANDO AS PEÇAS DO PUZZLE

Ana Mendes¹; Helena Moreira¹; Elsa Matos¹; Duarte Rocha¹; Ana Ferreira¹; Vitória Silva¹; Rafael Jesus¹; Pedro Guimarães¹; Bebiana Conde¹

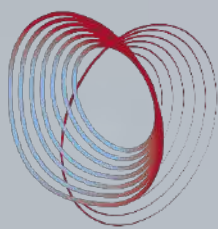
¹ Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, E.P.E.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Wolfram é uma doença genética autossómica recessiva rara caracterizada pela presença de diabetes mellitus com início juvenil e diabetes insipidus, disfunção do sistema urinário, défice visual e auditivo e sinais neurodegenerativos. Para além da lesão de várias estruturas cerebrais que contribuem para o aparecimento de convulsões, a atrofia do tronco

cerebral e a neuropatia autonómica presentes nesta síndrome parecem aumentar o risco de desenvolvimento de apneia central e obstrutiva do sono. Assim, a sua neuropatologia além do aparecimento de outras condições multisistémicas, pode contribuir para o desenvolvimento de distúrbios do sono. Para melhor caracterização das suas manifestações e destes distúrbios é importante promover diagnósticos diferenciais realizando exames complementares de diagnóstico. Nesse sentido, será apresentado um caso clínico incomum.

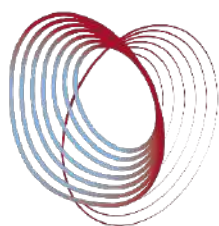
RELATO DO CASO: Paciente do género masculino, 23 anos com diagnóstico prévio de Síndrome de Wolfram tipo 1. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus e diabetes insipidus, atrofia bilateral do nervo ótico, hipogonadismo primário e défice cognitivo. Admitido no serviço de urgência por episódios de perda de consciência com movimentos involuntários dos membros e cianose labial, seguindo-se uma recuperação rápida e espontânea. Durante o seu internamento, realizou-se TC Crânio Encefálico evidenciando lesões cerebrais. Dada a ocorrência de um segundo episódio e pela dessaturação no contexto suspeito de convulsões, foi realizado um EEG que não revelou alterações. Foi também solicitado um estudo cardiorrespiratório pelo aparecimento evolutivo de apneias centrais. Obteve-se um IAH ligeiro com registo de eventos respiratórios centrais. Foi implementada a VNI. Após alta médica realizou-se a polissonografia laboratorial (split-night). Observou-se um SOREM, um IAH grave com eventos respiratórios obstrutivos e centrais e hipoventilação noturna. Foram ajustados os parâmetros ventilatórios obtendo-se uma boa adaptação com correção satisfatória dos eventos respiratórios.

CONCLUSÃO: A síndrome de Wolfram sendo uma doença multisistémica requer uma abordagem multidisciplinar. Um acompanhamento longitudinal é necessário para identificar potenciais marcadores de progressão. O diagnóstico deve ser precoce e a sua monitorização deve incluir a realização de estudos do sono de forma a averiguar a necessidade de VNI. A terapêutica adequada é essencial para melhorar a qualidade de vida.



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Workshops, Cursos e Simpósios



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Workshop de Ultrassonografia Vascular

Dia: 25 de março de 2022

Hora: Das 13horas às 17horas

Público-alvo: Estudantes e Profissionais iniciados na área

Lotação: 23 participantes

Sala: Sala Berlengas

Organização: Núcleo de Estudos em Ultrassonografia Cardiovascular

Formadores: Patrícia Guilherme; Gil Nunes; André Cruz; Sónia Mateus

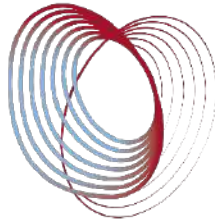
Apoio logístico: Susana Cordeiro; Ana Sofia Rodrigues

Programa:



Workshop de Ultrassonografia Vascular
Eco-Doppler carotídeo e vertebral - Gil Nunes (HVFX)
Eco-Doppler arterial periférico - André Cruz (CHTS)
Eco-Doppler venoso - trombose venosa periférica e insuficiência valvular - Sónia Mateus (HESE)
Componente Prática - HANDS-ON
Estação 1 Eco-Doppler Carotídeo e vertebral
Estação 2 Eco-Doppler Arterial
Estação 3 Eco-Doppler Venoso
Considerações Finais/ Encerramento do Curso





**27º CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA**
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Workshop Goal Directed Perfusion in clinical practice and recent evidence

Dia: 25 de março de 2022

Hora: Das 15h30 às 17h

Público-alvo: Perfusionistas e outros profissionais de saúde da área de cirurgia cardíaca e circulação extracorporeal

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Baleal

Organização: Medtronic

Formadores: Alexis Martin Calabuig, perfusionista no Hospital *Clinic* Barcelona

Objetivos: Aprofundar o conhecimento da prática da Perusão seguindo os parâmetros do GDP.

Programa: Em anexo

Medtronic

Workshop TAVI Coordinator Training

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 10h30 às 13h30

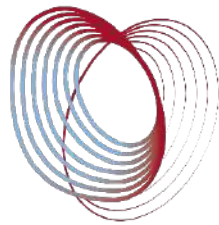
Lotação: 12 participantes

Sala: Sala Baleal

Organização: Medtronic

Medtronic





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Simpósio Multifaces da Eletrocardiologia II

Dia: 25 de março de 2022

Hora: Das 17h30 às 19h30

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Desertas

Organização: Núcleo de Estudos em Eletrocardiologia

Palestrantes: Eunice Conduto; Ana Mota; Eva Cardoso; Joana Pinto

Programa:

Simpósio Multifaces da Eletrocardiologia

Moderador: Rosa Coutinho (CHUC) e Isa Almeida (APDP)

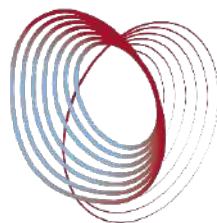
Erros de Monitorização: conveniências e consequências - Eunice Conduto (CHULN-HSM)

Arritmias no período neonatal - Ana Mota (CHUC)

OMI-NOMI: o novo paradigma - Eva Cardoso (CHUC)

Casos clínicos: na Urgência e com urgência Joana Pinto (CHUC)





27^º CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Workshop Respiração de Cheyne-Stokes

Dia: 25 de março de 2022

Hora: Das 17h30 às 19h00

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Berlengas

Organização: Núcleo de Estudos em Fisiopatologia Respiratória e Sono

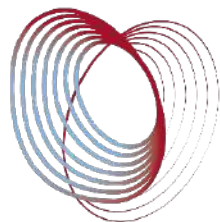
Formadores: Ana Rita Dias; Ana Margarida Mendes; Patrícia Correia

Programa:



Respiração de Cheyne-Stokes
Moderador: Mafalda Silva (NEFiRS)
Fisiopatologia - Ana Rita Dias (Hospital Lusíadas Lisboa)
Diagnóstico - Ana Margarida Mendes (Hospital de Vila Real)
Tratamento e Desafios na Ventilação - Patrícia Correia (CHUC)





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Simpósio: Síndrome inflamatório e hemoadsorção em cirurgia cardíaca

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 11h30 às 12h30

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

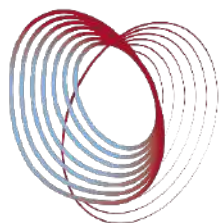
Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Desertas

Organização: Lusopalex

Formador: Vitor Mendes





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Simpósio: Alguns desafios no diagnóstico e tratamento da apneia obstrutiva do sono

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 14h00 às 15h00

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Berlengas

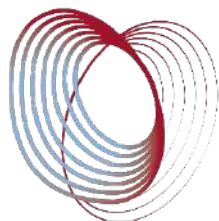
Organização: Vitalaire

Palestrantes: Christine Costa; Cláudia Santos; Andreia Cardoso

Programa:

Alguns desafios no diagnóstico e tratamento da apneia obstrutiva do sono
Moderador: Cláudia Santos (CHL)
SAOS: diferenças entre o homem e a mulher - Christine Costa (CHL)
Sonolência residual em doentes sob pressão positiva das vias aéreas – Cláudia Santos (CHL)
Terapia posicional na SAOS – Andreia Cardoso (Hospital da Luz Setúbal)





27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Curso: Ablação da Fibrilhação Auricular por Crioablação – Porquê, como e para onde vamos?

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 16h45 às 18h00

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Baleal

Organização: Boston Scientific Portugal

Programa:



Ablação da Fibrilhação Auricular por Crioablação: Porquê, como e para onde vamos?

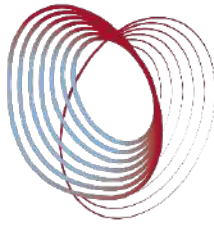
O Porquê do *Single shot*?

Biofísica da Lesão

Caraterísticas técnicas

Para onde vamos?





27^º CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA



Sala ABBOTT

Simpósio: A gestão da insuficiência cardíaca pela monitorização das pressões da artéria pulmonar: o *CARDIOMEMS*

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 09h00 às 11h00

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Abbott

Organização: Abbott

Workshop com modelos 3D de stents, fios-guia e *demolaptops* de OCT com *software* com inteligência artificial

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 11h00 às 13h00

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

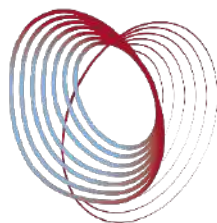
Sala: Sala Abbott

Organização: Abbott



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA



27^º CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA



Abbott

Sala ABBOTT (Continuação)

Workshop interativo - Do implante ao diagnóstico de um monitor cardíaco

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 14h00 às 15h30

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

Sala: Sala Abbott

Organização: Abbott

Simpósio – Novos *trends* em suporte circulatório levitacional

Dia: 26 de março de 2022

Hora: Das 15h30 às 17h30

Público-alvo: Estudantes e Profissionais

Lotação: 20 participantes

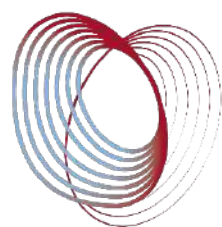
Sala: Sala Abbott

Organização: Abbott



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS
DE CARDIOPNEUMOLOGIA
O FUTURO AOS OLHOS DA CARDIOPNEUMOLOGIA

Apoios



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA

Medtronic



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Cordis.

GASOXMED+



MicroPort



D'ar
SAÚDE



Abbott

BIO BIOTRONIK
excellence for life

VitalAire



PHILIPS

SIEMENS
Healthineers

Boston
Scientific
Advancing science for life™



Palex
Constant Improvement
LUSOPALEX

mc medical
a werfen company



Sociedade Portuguesa de
ANGIOLOGIA
E CIRURGIA
VASCULAR



APS
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE SONO



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA



27^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE CARDIOPNEUMOLOGIA

O FUTURO
AOS OLHOS DA
CARDIOPNEUMOLOGIA

CONGRESSO **HÍBRIDO**

HOTEL MH ATLÂNTICO
PENICHE



Associação
Portuguesa de
Cardiopneumologistas

2022
25-26-27 MAR