DESCONTINUIDADE ASSISTENCIAL APÓS CORREÇÃO NEONATAL DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO (DVAPT): PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA RECOMPOSIÇÃO DO CUIDADO

Josimara Luiza Parise[1], Julia Giaretta[1], Laura Delai[1], Débora Misturini Bassotto[1], Monique Sartori Broch[1], Yasmin Ymay Girardi[1], Karoline Renata Brambatti[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A dupla via de saída do ventrículo direito (DVAPT) é cardiopatia congênita complexa caracterizada pela origem predominante das grandes artérias no ventrículo direito, frequentemente associada a defeitos septais e alterações coronarianas. Embora a correção cirúrgica precoce seja determinante para sobrevida, o seguimento longitudinal especializado é imprescindível para monitorização de disfunção ventricular, lesões residuais e repercussões nutricionais. Lactente masculino, 4 meses, primeira consulta na unidade de saúde, oriundo de outro município. Submetido aos 14 dias de vida à correção cirúrgica de DVAPT após período neonatal crítico com aspiração meconial, múltiplas paradas cardiorrespiratórias e internação prolongada em UTI. Após alta, não manteve seguimento regular em cardiologia pediátrica, encontrando-se sem organização formal de cuidado especializado. Procurou atendimento por irritabilidade persistente, gemência e baixa aceitação alimentar. Ao exame físico encontrava-se com palidez cutânea, choroso, eupneico em ar ambiente, ausculta normal. Realizou-se estratificação de risco e encaminhamento imediato para serviço de urgência para exclusão de descompensação hemodinâmica e complicações pós-operatórias. Simultaneamente, procedeu-se à reorganização do cuidado na APS, com agendamento de consulta pediátrica e articulação para retomada do seguimento cardiológico especializado. Mesmo após correção anatômica, lactentes com DVAPT permanecem sob risco de disfunção ventricular, arritmias, complicações residuais e falha de crescimento. A interrupção do seguimento especializado compromete a vigilância dessas intercorrências e eleva o risco de desfechos adversos. A APS, ao identificar lacunas assistenciais e atuar na recomposição do fluxo de cuidado, reafirma sua função como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde. A avaliação clínica ampliada e o encaminhamento oportuno demonstram capacidade resolutiva e impacto direto na segurança do paciente. O caso evidencia que, além da vigilância clínica, a atenção primária é decisiva na recomposição do cuidado em situações de descontinuidade assistencial após casos neonatais de maior complexidade. A estratificação de risco, o encaminhamento imediato e a rearticulação do seguimento especializado reforçam a APS como eixo estruturante da longitudinalidade e da integralidade do cuidado, com potencial redução de morbidade e melhora do prognóstico funcional.

Área: Cardiologia
VERANÓPOLIS /RS

ENDOCARDITE INFECCIOSA E TROMBOSE INTRACAVITÁRIA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: DESAFIOS TERAPÊUTICOS E EVOLUÇÃO CLÍNICA

Tamara Marielle de Castro[1], Andressa Nayara Degen[1], Felipe Sousa Silva[1], Cristiano do Amaral De Leon[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

A endocardite infecciosa (EI) neonatal é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, geralmente associada ao uso de cateteres venosos centrais e à sepse tardia em recém-nascidos pré-termo (RNPT). A formação de vegetações e trombos intracavitários impõe um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo a integração entre antibioticoterapia prolongada e anticoagulação sistêmica, sob rigorosa monitorização ecocardiográfica e hematológica. Recém-nascida, 32 semanas e 4 dias, peso ao nascer 1760g, nascida de parto cesáreo por rotura prematura de membranas ovulares prolongada (1 semana). Evoluiu com sepse tardia no 5º dia de vida, com hemoculturas positivas para *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus sp.* Durante a investigação de foco infeccioso persistente, o ecocardiograma (ECO) revelou imagens hiperrefringentes e oscilantes em átrio direito (3,2mm x 2,5mm) e ventrículo direito, compatíveis com vegetações/trombos. O manejo incluiu ciclos prolongados de vancomicina, cefepime, linezolida e anfotericina B. Devido à manutenção das imagens intracavitárias e risco embólico, instituiu-se anticoagulação inicialmente com heparina não fracionada e, posteriormente, enoxaparina (1,7 mg/kg/dose). Ao longo de dois meses de internação, a paciente apresentou episódios de anemia grave necessitando de múltiplas hemotransfusões. Atualmente, aos 2 meses e 18 dias de vida, a lactente encontra-se estável. Os ECOS seriados demonstram redução progressiva e organização das vegetações, sem repercussão hemodinâmica ou disfunções valvares. A EI neonatal por *Enterococcus sp.* é particularmente desafiadora devido à capacidade de formação de biofilme em dispositivos invasivos. No presente caso, a persistência de imagens intracavitárias após a negativação das culturas exigiu a diferenciação entre vegetação ativa e trombo residual organizado. A decisão pela anticoagulação com enoxaparina foi crucial para a estabilização das massas atriais, exigindo controle minucioso do tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa). A evolução favorável reafirma a importância da ECO seriada como guia terapêutico e a necessidade de suporte intensivo para o tratamento. O manejo da endocardite neonatal exige uma abordagem multidisciplinar e individualizada. A combinação de antibioticoterapia de largo espectro e anticoagulação estratégica permitiu a resolução do quadro infeccioso e a organização dos trombos intracavitários, garantindo a sobrevivência e a estabilidade clínica de um paciente de alto risco biológico.

Área: Cardiologia
CANOAS/RS

LEVANTAMENTO DAS INTERNAÇÕES INFANTIS (ATÉ 14 ANOS) DEVIDO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E RENAL

Giovanna Liberali Magajewskimarchesi[1], Andressa Luise Matte[1], Lígia Luana Freire da Silva[2], Letícia Hanna Moura da Silva Gattas Graciolli[2], Beatriz de Oliveira[3]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Universidade Nove de Julho, 3. Faculdade de Medicina de Jundiaí.

As internações por insuficiência cardíaca e renal em crianças são um desafio para a saúde pública, devido à gravidade dessas condições e aos impactos no desenvolvimento infantil. Embora mais comuns em adultos, essas doenças também afetam a população pediátrica, com causas que podem ser congênitas, hereditárias ou adquiridas. Realizar o levantamento epidemiológico acerca das internações infantis devido a insuficiência cardíaca e renal. O presente estudo trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, descritivo, transversal e retrospectivo. Os dados foram coletados a respeito no banco de dados online do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Utilizou-se as variáveis: número de internações, internações anuais, faixa etária, sexo e localidade de atendimento. No período analisado houveram 98.032 internações infantis devido a insuficiência cardíaca e renal. Os casos foram divididos nas seguintes localidades: Região Norte: 10.676 (10,89%), Região Nordeste: 29.391 (29,98%), Região Sudeste: 32.239 (32,88%), Região Sul: 16.109 (16,43%) e Região Centro-Oeste: 9.617 (9,81%). Os casos foram distribuídos anualmente: 2007: 616 (0,59%), 2008: 6.407 (6,16%), 2009: 6.703 (6,45%), 2010: 6.578 (6,33%), 2011: 6.250 (6,01%), 2012: 5.961 (5,73%), 2013: 6.085 (5,85%), 2014: 5.927 (5,70%), 2015: 5.825 (5,60%), 2016: 5.676 (5,46%), 2017: 5.632 (5,41%), 2018: 5.566 (5,35%), 2019: 5.521 (5,31%), 2020: 4.539(4,37%), 2021: 4.971 (4,78%), 2022: 5.389 (5,18%), 2023: 5.370 (5,16%) e 2024: 5.016 (4,82%). Os atendimentos ocorreram nas seguintes localidades: Público: 26.560 (27,09%), privado: 22.257 (22,70%) e ignorado: 49.215 (50,21%). Os casos foram distribuídos nas seguintes faixas etárias: Menor de 1 ano: 28.920 (29,52%), 1 a 4 anos: 23.161 (23,63%), 5 a 9 anos: 19.622 (20,02%) e 10 a 14 anos: 26.329 (26,83%). As internações infantis por insuficiência cardíaca e renal apresentaram um padrão estável ao longo dos anos, com leve declínio recente. As regiões Sudeste e Nordeste concentram a maior parte dos casos, e crianças menores de 1 ano são o grupo mais afetado. O elevado número de registros com tipo de atendimento ignorado representa uma limitação importante para análises mais profundas. Os dados sugerem a necessidade de políticas públicas focadas na prevenção, diagnóstico precoce e melhoria da qualidade dos registros hospitalares.

Área: Cardiologia
PORTO ALEGRE/RS

MIOCARDITE NEONATAL FULMINANTE COM CHOQUE CARDIOGÊNICO E RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO VENTRICULAR COM USO DE IMUNOGLOBULINA: RELATO DE CASO

Ana Júlia Schiavon Zanin[1], Catarina Spohr Saretta[1], Gabriela Zandoná Schoenardie[1], Jordana Marjori Enriconi Arend[1], Letícia Taís Berres[1], Roberta Lago Lima[1], Sthefania Carpenedo Concatto[1], Cristiane Agostini Cassanelo[1], Daniela De Almeida Dal Maso[1], Simone Medeiros Beder Reis[1]

1. Universidade de Passo Fundo (UPF).

A miocardite neonatal fulminante é uma condição rara e grave, caracterizada por inflamação aguda do miocárdio com rápida evolução para disfunção ventricular e choque cardiogênico. Em recém-nascidos, a principal etiologia é viral, sobretudo enterovírus, com destaque para coxsackie B. A apresentação é inespecífica, simulando um quadro de sepse, podendo evoluir para insuficiência cardíaca, arritmias e instabilidade hemodinâmica. Embora geralmente autolimitados na infância, enterovírus podem causar formas graves em neonatos, incluindo miocardite. Recém-nascida feminina, 36s2d, 2780g (AIG), bolsa rota 29h, sem corticoide antenatal e com antibioticoprofilaxia intraparto. Mãe com CMV IgM reagente de baixa titulação (alta avidez) e VDRL 1:2 (cicatriz). Nascimento com Apgar 6/8, evoluindo com desconforto respiratório precoce, necessitando intubação e surfactante (3 doses), iniciando ampicilina + gentamicina. Ecocardiograma inicial: PCA, FOP e sinais de hipertensão pulmonar. No 2º dia, evoluiu com choque refratário, exigindo altas doses de drogas vasoativas. No 6º dia, ecocardiograma mostrou FE 21%, disfunção ventricular esquerda importante, ectasia de coronária direita e sinais de hipertensão pulmonar. Marcadores elevados (CK, CKMB, troponina) confirmaram injúria miocárdica. Instituído diagnóstico de miocardite com choque cardiogênico, sendo administradas imunoglobulina (2 g/kg, dose única) e hidrocortisona. Após 2 dias, FE aumentou para 62%. Investigação infecciosa negativa para CMV, sífilis e vírus respiratórios, PCR fecal detectou enterovírus. Extubada no 9º dia, com melhora progressiva. Ecocardiograma no 20º dia: FE 67%. Alta no 22º dia. Enterovírus são causa comum de infecções sazonais, usualmente benignas, mas potencialmente graves em neonatos. A miocardite enteroviral pode cursar com sepse, meningoencefalite, hepatite e coagulopatia, sendo o choque cardiogênico manifestação frequente. O diagnóstico baseia-se em PCR, método mais sensível. O caso evidencia apresentação grave com resolução após uso de Imunoglobulina e suporte intensivo. Diagnóstico precoce, uso da imunoglobulina e suporte intensivo foram determinantes para recuperação da função cardíaca.

Área: Cardiologia
MARAU/RS

MORTALIDADE INFANTIL POR MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE DE 2015 A 2024

Vivian Grünhäuser Lutckmeier[1], Gabriela de Jesus Caporal Mostaceros[1], Leonardo Machado dos Santos,[1], Ana Paula Franco Lambert[1], Mariana Mayumi Inda Toyoda[1], Maria Laura Poglia Serafim[1], Renato Assmann Maccari[1], Manuella Maffi Ritzel[1], Melissa Hoffmann Fallgatter[1]

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

As malformações cardíacas, frequentemente chamadas de doenças cardíacas congênitas (DCC), são anomalias congênitas que afetam a estrutura e a função do coração e de seus vasos sanguíneos, sendo relevantes causas de morbimortalidade infantil. No Brasil, figuram entre as principais causas de óbito em menores de um ano. Nesse contexto, destaca-se a importância do diagnóstico precoce e da análise de padrões regionais. Analisar o perfil da mortalidade infantil por malformações congênitas do aparelho circulatório no Rio Grande do Sul (RS), entre 2015 e 2024, buscando compreender fatores associados e sua distribuição regional. Estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), obtidos via DATASUS. Incluíram-se óbitos infantis de residentes no RS no período de 2015 a 2024, classificados nos códigos Q20-Q28 da CID-10. Foram registrados 1.553 óbitos no RS (5,08% do total nacional). O maior número ocorreu em 2019 (186, 11,97%) e o menor em 2020 (126, 8,11%). O estado ocupou a 5ª posição nacional e a 1ª na Região Sul. Porto Alegre concentrou 11,01% dos óbitos, seguido por Caxias do Sul (3,54%) e Canoas (3,28%). Em relação ao perfil sociodemográfico dos óbitos houve predominância do sexo masculino (54,3%) e da raça/cor branca (82,10%). O maior números de óbitos infanto-juvenis foram relacionados à mães com 8 a 11 anos de estudo (42,82%) e ressalta-se, contudo, que 20,79% dos dados tiveram a escolaridade ignorada. Foram mais frequentes os óbitos em crianças que nasceram com peso entre 3.000 g e 3.999 g (33,22%) e em gestações a termo (56,72%). O período pós-neonatal concentrou a maioria dos óbitos com 43,01% do total. Quanto à mortalidade neonatal, foram registrados 153 óbitos no período analisado, com maior ocorrência entre nascidos com idade gestacional de 22 a 36 semanas. Os achados indicam que o Rio Grande do Sul apresenta destaque negativo na mortalidade infantil por malformações circulatórias. O predomínio de óbitos em recém-nascidos a termo, com peso adequado e predominantemente no período pós-neonatal, sugere maior relação com a complexidade das cardiopatias e desafios na continuidade do cuidado do que com a vulnerabilidade social, apesar de limitação da análise devido ao alto número de registros com escolaridade materna ignorada.

Área: Cardiologia
PORTO ALEGRE /RS

RELATO DE CASO: MIOCARDITE VIRAL PÓS BRONQUIOLITE POR RINOVÍRUS

Alana Luisa Scherer[1], Amanda Sotoriva[1], Lydia Halmann[1], Maria Zvirtes[1], Caroline Krein[1], Claudia Ferri[1]

1. Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

A miocardite é uma doença inflamatória do miocárdio com muitas etiologias, sendo a maioria infecciosa. A incidência é rara em crianças, com cerca de 1-2 a cada 100.000 crianças/ano. Sexo masculino, 3 meses, internado por quadro de Bronquiolite Viral Aguda com etiologia Rinovirus identificado, com quadro arrastado de esforço respiratório, tiragem subcostal, dependendo de O2, após 10 dias de sintomas, inicia com ausculta cardíaca com ritmo "galope", solicitado ecocardiograma que evidenciou miocardiopatia dilatada, com fração de ejeção de 44%, troponina 33,13ng/L (referência menor que 11ng/L), creatinofosfoquinase fração MB - CKMB 61 U/L (referência 0-24 U/L) creatinofosfoquinase 1102 U/L (referência 55-170U/L). Paciente encaminhado para UTI pediátrica para monitorização, com cuidados de suporte para estabilidade hemodinâmica e tratamento com imunoglobulina. Na Miocardite Aguda os pacientes podem apresentar um amplo espectro de sinais e sintomas que variam desde o subclínico até o choque cardiogênico. A avaliação inicial se concentra em determinar a presença de gravidade da disfunção cardíaca, através de ECG, biomarcadores cardíacos, radiografia de tórax e ecocardiograma. Como também a ressonância magnética cardíaca (RMC), cada vez mais empregada para o diagnóstico de miocardite em crianças e o padrão ouro: biópsia endomiocárdica (BEM). Em situações onde a RMC e o BEM não estão disponíveis, o diagnóstico pode ser feito com base nos achados clínicos. O tratamento durante a fase aguda inclui: cuidados de suporte, monitoramento e tratamento das arritmias e terapia imunomoduladora com imunoglobulina intravenosa (IVIG). Sendo importante ressaltar que embora a infecção viral seja a causa mais comum de miocardite em crianças, a eficácia da terapia antiviral é incerta, não sendo um componente do tratamento. Dada as características específicas em crianças e o impacto potencial da sua saúde ao longo da vida, a miocardite viral aguda pode tornar-se em uma condição cardíaca crônica, que demanda de um acompanhamento cardiológico regular. Conclui-se que a miocardite em crianças continua sendo uma condição desafiadora de diagnosticar e tratar, todavia deve ser lembrada na presença de sintomas sugestivos e quadro infeccioso arrastado, evitando complicações de uma patologia cardíaca crônica.

Área: Cardiologia
MARQUES DE SOUZA/RS

USO DE BICARBONATO DE SÓDIO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA: BENEFÍCIOS VS RISCOS

Giovanna Liberali Magajewski Marchesi[1], Eduardo Lucas Vicentini Pereira[2], Lígia Luana Freire da Silva[3], Letícia Hanna Moura da Silva Gattas Graciolli[4], Yasmin da Silva Moura[5], Lorrane Alves Barbosa[3], Beatriz de Oliveira[4], Emilly Caroline Lopes[1], Catarina Lagasse Mayer[1], Maria Eduarda Manfredini Cardoso[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Universidade de Santo Amaro, 3. Universidade Nove de Julho, 4. Faculdade de Medicina de Jundiaí, 5. Universidade Salvador.

O bicarbonato de sódio ($NaHCO_3$) foi historicamente utilizado durante a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) para correção de acidose metabólica. Contudo, seu uso pode piorar a acidose intracelular (pela geração de CO_3), aumentar osmolaridade/sódio sérico e reduzir a liberação de oxigênio pela hemoglobina, com potencial impacto negativo em desfechos. Avaliar, em crianças com parada cardiorrespiratória, os benefícios e riscos associados ao uso de bicarbonato de sódio durante a RCP, com ênfase em retorno da circulação espontânea (RCE), sobrevida e desfecho neurológico. Revisão sistemática conduzida conforme PRISMA. Bases: PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus e Web of Science (início das bases até 2025). PICO: P = pacientes pediátricos (0–18 anos) em PCR (principalmente intra-hospitalar), I = administração de bicarbonato de sódio durante RCP, C = não uso de bicarbonato/conduta padrão, O = RCE, sobrevida (24h e alta), desfecho neurológico favorável. Incluíram-se apenas coortes e caso-controle (ensaios randomizados não foram identificados para o cenário contemporâneo de PCR pediátrica). PRISMA (síntese): registros identificados, remoção de duplicados, triagem por título/resumo, leitura na íntegra e inclusão final, não houve exclusões motivadas unicamente por conflito de interesse declarado que impedisse a elegibilidade. Três estudos observacionais de grande porte e/ou com ajuste robusto foram incluídos. Em coorte multicêntrica com ponderação por escore de propensão, o uso de bicarbonato associou-se a menor sobrevida à alta e pior desfecho neurológico, sem benefício consistente em RCE (CASHEN et al., 2022). Em registro nacional (GWTG-Resuscitation), bicarbonato associou-se a menor sobrevida em 24h e à alta após ajuste (Raymond et al., 2015). Em coorte recente focada em administração muito precoce (primeiros 5 minutos), não se detectou associação significativa com sobrevida ou RCE após ajuste (DUSTER et al., 2025). A evidência observacional disponível não demonstra benefício clínico consistente do bicarbonato de sódio na PCR pediátrica e sugere associação com piores desfechos em múltiplas coortes, possivelmente por confusão por gravidade e/ou efeitos fisiológicos adversos. O uso deve permanecer não rotineiro, restrito a indicações específicas previstas em diretrizes.

Área: Cardiologia
PORTO ALEGRE/RS