



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

### **Relatório UTI Neonatal - Projeto Cardiopatia Congênita**

EQUIPE:

Coordenador: José Luiz Muniz Bandeira Duarte

Medicina Intensiva Neonatal: Lúcia Helena Wagner e Soraia da Silva Rocha Esteves

Cardiologista Pediátrica: Sérgio Alexandre Pereira Gonçalves e Talita Nolasco

Cirurgia Cardíaca Infantil: Andrey José de Oliveira Monteiro e Alvaro Assed Estefan Nametala

Hemodinamicista: Dr. Rafael Agostinho

Em agosto de 2020 foram retomadas as consultas ambulatoriais para atendimento e marcação de procedimentos cirúrgicos para portadores de Cardiopatia Congênita.

Segue relatórios conforme solicitados dos pacientes assistidos pelo projeto Cardiopatia Congênita no período de 1 de Janeiro de 2022 à 31 de Março 2022, a Unidade Neonatal atendeu 117 pacientes, 16 encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal portadores de Cardiopatia Congênita.

Todos assistidos conforme protocolo de assistência neonatal, com avaliações sistemáticas e rotina junto a equipe multidisciplinar, bem como orientações a alta.



## Relatório dos pacientes atendidos pelo Projeto no período de Janeiro à Março de 2022.

**01-REG – 2331359** – Dta nasc.: 09/08/2021, Dta inter.: 13/10/2021, PN: 1830g, Parto: cesárea, Sexo: Fem, IG: 34 semanas + 3 dias, Diagnósticos: PMT + Gemelaridade+ Persistência do canal arterial.

Atendimento 1645925 Leito: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Admissão: 17/01/2022 10:40 Pela Cardiopediatria DN: 09/08/21 Realizado ecocardiograma dia 01/11/2021 na UTI Neo com PCA moderado medindo 3 mm com shunt E para D, sem sobrecarga esquerda, no momento em uso de medicação e após dose de ibuprofeno. Aorta ductal apresenta aumento da velocidade sistólica (co gradiente de 50 mmHg) com reforço diastólico e com imagem sugestiva de prateleira em seu interior (coarctação?). Angio TC no HUPE e no INCL não mostrou CoAo. Está em uso de furosemida, captopril e espirolactona (mãe não trouxe receita) Hoje: BEG. tiragem subcostal. Sopro contínuo Conduta: solicito eco encaixe e programar, provavelmente fechamento do canal arterial. Eco encaixe marcado para 04/02/22 e retorno para 07/02

17/01/2022 GONCALVES - CRM 52479191 / PEDIATRIA CRM 52479191 SERGIO ALEXANDRE PEREIRA GONCALVES.

**02- REG -2333838** - Dta nasc.: 11/10/2021, Dta inter.:03/11/2021, PN: 2798G, Parto: Cesárea, Sexo: Fem., IG: 38 semanas e 6 dias. Diagnóstico : Síndrome do coração esquerdo hipoplásico

Ecocardiograma (04 /11 ): Situs solitus. Septo interatrial de 5 a 6 mm com shunt não restritivo. Hipoplasia grave de VE com mitral hipoplásica e regurgitação mínima. Atresia valvar aórtica com aorta hipoplásica com diâmetro de 2 mm, aproximadamente até TBC e fluxo retrógrado. Ventrículo direito com função preservada e valva tricúspide normofuncionante. Artéria pulmonar com 14 mm de diâmetro emergindo do Vd com valva normofuncionante. Ramos pulmonares confluentes RE 6 mm e RD 5 mm. Canal arterial com diâmetro de 7 mm e extensão de 14 mm com shunt da AP para Ao descendente que apresenta fluxo retrógrado próxima ao TBC. VCI de aspecto típico. Cd: Reduzir furosemida e observar

Ecocardiograma (11/11): Hipoplasia de cavidades esquerdas com mitral hipoplásica, VE diminuto e aorta ascendente hipoplásica com 2 mm de calibre médio até tronco braquiocefálico. VD com função preservada. VT normofuncionante. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo, no momento. Canal arterial com shunt bidirecional, predominante da AP para AO.

Extremidade pulmonar de 7 mm e extensão de 8 mm. VCI normal. Conduta: saturação alvo de 85%. Podemos tolerar acima de 75% desde que sem acidose. Rever fossa oval um dia antes do procedimento híbrido. Ecocardiograma (16/11): Hipoplasia de VE, Função preservada com medicações. Canal pequeno 3mm. Shunt E>D pela FO. ECO(20/11): Mantém disfunção. Stent pérvio e bandagens efetivas. Ausência de derrames. Ecocardiograma (23/11): Hipoplasia de cavidades esquerdas com mitral hipoplásica, VE diminuto e aorta ascendente hipoplásica com 2 mm de calibre médio até tronco braquiocefálico. VD com função preservada. VT normofuncionante. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo, no momento. Stent no Canal arterial com shunt da AP para AO. Bandagem da AP com gradiente 35 mmHg, subestimada pela disfunção ventricular moderada evolutivamente melhor. Hipocinesia de parede livre de VD.

ECO (30/11): Disfunção ventricular moderada a grave com shunt normofuncionante. ECO (07/12): Hipoplasia de cavidades esquerdas com mitral hipoplásica, VE diminuto e aorta ascendente hipoplásica com 2 mm de calibre médio até tronco braquiocefálico. VT normofuncionante e IM leve. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo, no momento. Stent no Canal arterial com shunt da AP para AO. Bandagem da AP com gradiente 65 mmHg (RD) e 40 mmHg em (RE).

ECO (07/12): Hipoplasia de cavidades esquerdas com mitral hipoplásica, VE diminuto e aorta ascendente hipoplásica com 2 mm de calibre médio até tronco braquiocefálico. VT normofuncionante e IM leve. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo, no momento. Stent no Canal arterial com shunt da AP para AO. Bandagem da AP com gradiente 65 mmHg (RD) e 40 mmHg em (RE)

ECO (04/01): Hipoplasia de cavidades esquerdas com mitral hipoplásica, VE diminuto e aorta ascendente hipoplásica com 2 mm de calibre médio até tronco braquiocefálico. VT normofuncionante e IM leve. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo, no momento. Stent no Canal arterial com shunt da AP para AO. Bandagem da AP com gradiente 47 mmHg (RD) e 77 mmHg em (RE). Observada Prega cumarínica na entrada da veia pulmonar superior esquerda, sem significado patológico. ECO (11/01): Função de VD preservada, VE hipoplásico. Atresia valvar aórtica e hipoplasia mitral. Stent pérvio no canal arterial com shunt bidirecional. Valva tricúspide com IT leve. FOP com shunt algo restritivo com velocidade máxima de 2,4 m/ s. Ramos pulmonares com Grad. 45 RD e 70 RE, aproximadamente.

ECO (11/01): Função de VD preservada, VE hipoplásico. Atresia valvar aórtica e hipoplasia mitral. Stent pérvio no canal arterial com shunt bidirecional. Valva tricúspide com IT leve. FOP com shunt algo restritivo com velocidade máxima de 2,4 m/ s. Ramos pulmonares com Grad. 45 RD e 70 RE, aproximadamente.

ECO (24/02): Sem imagens sugestivas de vegetação. Stent pérvio no canal arterial com fluxo retrogrado para aorta para coronária. VD com função ventricular preservada com amins. FOP algo restritiva.

ECO (08/03): Piora da função ventricular. VD com disfunção moderada. VT normofuncionante e IM leve. Septo interatrial medindo 6 mm não restritivo. Stent no canal arterial com shunt da AP para AO, fluxo normal sem obstrução. Bandagem dos ramos da AP.

Angio TC (19/01): LAUDO EM ANEXO

Em 19/11/2021- PELA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO HÍBRIDO SOB ANESTESIA GERAL EM SALA HÍBRIDA. REALIZADA BANDAGEM DE ARTÉRIA PULMONAR PELA QUIPE DA CIRURGIA CARDÍACA COM PTFE 5MM COM SUCESSO. IMPLANTADO STENT DE ARTÉRIA RENAL 7X15MM NO CANAL ARTERIAL COM SUCESSO. LAUDO SERÁ COLOCADO COMO ANEXO AO PRONTUÁRIO.

Pela cardiologia:

Por Hérica Falci, CRM 52,96415-8 Relato retrospectivo: 22h: Recebo paciente proveniente do centro cirurgico após procedimento híbrido. Cirurgia sem intercorrências. Realizada troca de TOT (TOT 4,0 posição 9,5) após o procedimento. Chegou a necessitar de adrenalina durante a anestesia, chegando a 0,3mcg/Kg/min, reduzida e suspensa no final do procedimento. Diurese em CC = 200ml. Recebe: HV TH 87 SG 7,5% TIG 4,5 Na 2,5 Precedex 1,0 mcg/Kg/h Fentanil 2,0 mcg/Kg/h Dobutamina 5,0 mcg/Kg/min Heparina 10 U/Kg/h Vancomicina, cefepime e fluconazol Furosemida ACM Omeprazol Ao exame: Paciente sedado, RASS -4, corado, hidratado. AR: MVUA, sem RA. Entregue à VMI com 15 + 7 x 30 x 0,5 x 100% - SatO2 90% ACV: RCR, BNF, SS 2+/6+ BEE, pulsos palpáveis. Perfusão 2 seg. FC: 150 bpm, PA 77x27 (44) mmHg Abd: globoso, ascite. Curativo limpo, dreno de mediastino oscilante. PAI em femoral esquerda. Colho exames de admissão: Gaso 7,34/41,5/66,4/22,8/-3,1/91,7% lac 1,4 Gli 81 De 22h-24h: Diurese 45ml = 6,4ml/Kg/h SOG 11ml BH: -14,7ml Reduzo FiO2. Mantendo SatO2 75-85% com 30% FiO2. 00h: Apresentou hipotensão importante. Iniciada adrenalina 0,2 mcg/kg/min até estabilização. Ecocardiograma mostra: bandagens efetivas, gradiente máximo 35-40mmHg, stent pérvio, fluxo livre. Disfunção leve. Ausência de derrames. Reduzo dose progressivamente de acordo com a tolerância. 2h = 0,15mcg/Kg/min. Óbito em 21/03/2022.

**03-REG – 2336298** – Dta nasc. 21/11/2021, Dta inter.: 21/11/2021, PN: 3385g, Sexo: Fem, Parto: Cesárea, IG.: 35semanas + 5 dias, Diagnóstico: GIG, Prematuridade tardia , Coartação da aorta + CIV pequena muscular

Diagnóstico: Coartação de aorta + CIV pequena muscular Medicação: Prostin 0,01mcg/Kg/min, dobutamina 5mcg/kg/min Ecocardiograma (02/09): CIV muscular pequeno; coartação de aorta? Ecocardiograma (18/11): Hipertrofia assimétrica leve Ecocardiograma (21/11): coartação de aorta + CIV muscular pequena + valva aortica bicuspid. ecocardiograma (24/11): Ecocardiograma:Situs solitus, levocardi e levoapes. Conexões concordantes. SIA com fossa oval patente ampla.SIV com CIV muscular pequena trabecular alta no SIV com shunt da esquerda para direita.

Aumento de cavidades direitas. Raiz da aorta medindo 6 mm. Artéria pulmonar sem alterações. Canal arterial com fluxo da AO para a AP predominante. Insuficiência tricúspide moderada ,porém superestimada pelo fluxo da CIV ,gradiente VD/AD-44mmHg, PSAP 49mmHg e refluxo mitral leve. Coarctação da aorta com aorta após carótida esquerda medindo 3,5 mm e com extensão de 6,5 mm da cce até SCE medindo 3 mm com fluxo com reforço diastólico sem gradiente pressórico significativo, no momento. Função preservada canal de bom tamanho. Conduta: mantida (prostin 0,01 e dobuta 5).

Ecocardiograma (01/12): ECO com CIVs musculares, CoAo de 3 mm, próxima SCE se estendendo até carótida esquerda com 4 mm. Fluxo com reforço diastólico. Sobrecarga de VD e IT e IM. Canal arterial amplo. Função ventricular preservada com septo retificado.

Ecocardiograma (13/12): Mantendo quadro de CoAo com CIV muscular, IM e IT leve, função ventricular (20/12) ECO: fluxo amortecido em Ao abdominal, cava normovolêmica, IT e IM leves, disfunção leve. Sobrecarga de ventrículo direito. Duas CIVs musculares altas e uma CIV muscular baixa mínima. Região ístmica sem gradiente significativo (gradiente máximo 8 mmHg). Não observo fluxo em topografia de canal arterial (13/01) ECO: FOP e 2 CIVs musculares pequenas. Septo IV retificado. VCI aspecto normal. Sobrecarga de VD e aumento de AP. IT leve com gradiente de 70 mmHg. IM leve. PSAP de 75 a 80 mmHg. Região da aortoplastia sem gradiente pressórico residual significativo.

**Realizado aortoplastia em 20/12**, estável hemodinamicamente, estava em desmame de sedação porem em 09/01 apresentou abstinência sendo indicada dose extra de metadona. Por falta de metadona, foi realizado de dose de morfina 0,05mg/kg/dose. Avaliada pela cardio com novo ECO que indicou sildenafil e aumento da iECA.

(13/01) ECO: FOP e 2 CIVs musculares pequenas. Septo IV retificado. VCI aspecto normal. Sobrecarga de VD e aumento de AP. IT leve com gradiente de 70 mmHg. IM leve. PSAP de 75 a 80 mmHg. Região da aortoplastia sem gradiente pressórico residual significativo.

RN pré-termo tardio, portador de coarctação de aorta + CIV muscular, filho de mãe portadora de DM2 + HAS, GIG, pélvico, nascido de parto cesáreo, de difícil extração manual, necessitou de manobras de reanimação. Evoluiu com infecção de coto umbilical tratada inicialmente com oxacilina e amicacina, trocado para cefepime e vanco após piora clínica. Tentativa de extubação 28 e 29/11 sem sucesso (estridor). Realizado aortoplastia em 20/12, estável hemodinamicamente, estava em desmame de sedação porém em 09/01 apresentou abstinência sendo indicada dose extra de metadona. Por falta de metadona, foi realizado de dose de morfina 0,05 mg/kg/dose. Avaliada pela cardio com novo ECO que indicou sildenafil e aumento da iECA. Lactente apresentou agitação, vomito e sudorese nas últimas 24h, após tentativa de redução da metadona.

(08/02): FOP e CIVs musculares. Septo IV retificado. VCI aspecto normal. Sobrecarga de VD e aumento de AP. IT leve com gradiente de 64mmHg. IM leve. PSAP de 70mmHg. Região de aortoplastia sem gradiente pressórico residual significativo. CD: mantido sildenafil e captopril. Discutido inciar milrinona devido a piora vclínica do paciente.

ECO(22/02): Função ventricular preservada CIVs com gradiente pressórico de 30 mmHg e PSAP de 60 mmHg. Sobrecarga de cavidades direitas. FOP com shunt da E para D. ECO (03/03): Função ventricular preservada. CIVs com gradiente pressórico de 33 mmHg e PSAP de 50 mmHg. Sobrecarga de cavidades direitas. Arco aórtico com gradiente de 20 mmHG no local da aortoplastia devido CoAo. FOP com shunt da E para D. Não visualizado imagens sugestivas de vegetação.

ECO (03/03): Função ventricular preservada. CIVs com gradiente pressórico de 33 mmHg e PSAP de 50 mmHg. Sobrecarga de cavidades direitas. Arco aórtico com gradiente de 20 mmHG no local da

aortoplastia devido CoAo. FOP com shunt da E para D. Não visualizado imagens sugestivas de vegetação.

**04-REG – 2338368** – Dta Nasc. 06/12/2021, Dta interna.: 06/12/2021, PN: 3560g, IG.: 39 semanas ,  
Sexo: Masc. Parto: Cesarea

Diagnóstico :Ventriculo único do tipo direito com dupla via de entrada e saída + hipoplasia de valva mitral + coarctação da aorta

(06/12): Situs solitus, levoapex e levocardia. Septo interatrial com fossa oval medindo 5,5 mm com fluxo não restritivo, no momento. Seio coronariano dilatado. Não consegui visualizar veia cava superior esquerda persistente. Dupla via de entrada em ventrículo único tipo direito com hipoplasia mitral com regurgitação mitral. Valva tricúspide normofuncionante. Função ventricular preservada. Dupla via de saída de ventrículo único com vasos paralelos com pulmonar mais anterior e a esquerda. Músculo septal infundibular entre artéria aorta e pulmonar. Anel pulmonar medindo 14 mm com fluxo normal Anel aórtico medindo 9 mm com sinais de calcificação em sua parede sem sinais de estenose. Ramos pulmonares confluentes (RD com 5,8 mm e RE com 5 mm). Canal arterial amplo com extremidade pulmonar de 6 mm e extensão de 7 mm, no momento com shunt bidirecional. Aorta ascendente medindo 7,3 mm até TBC e 3,5 mm após e com 2,0 mm em região justa ductal. (Coarctação extensa). Fluxo com reforço diastólico em aorta descendente. Impressão: cardiopatia complexa com ventrículo único. (14/12) Ventrículo único tipo direito com vasos em transposição, aorta anterior à direita e pulmonar à esquerda. Canal arterial amplo (com prostin) e aorta descendente hipoplásica. Função preservada. (21/12): Ventrículo único tipo direito com vasos em transposição, aorta anterior à direita e pulmonar à esquerda. Canal arterial amplo (com prostin ) e aorta descendente hipoplásica .Função preservada. angio TC (10/12) Nota-se estreitamento da aorta ao nível do istmo, iniciando-se após a emergência da artéria subclávia esquerda e continuando por cerca de 5 mm, onde atinge diâmetro mínimo de 4 x 2 mm, compatível com coarctação. Persistência do canal arterial, que mede cerca de 7 x 6 mm e se continua com a aorta descendente de calibre preservado.

(14/12) Ventrículo único tipo direito com vasos em transposição, aorta anterior à direita e pulmonar à esquerda. Canal arterial amplo (com prostin) e aorta descendente hipoplásica. Função preservada. (21/12): Ventrículo único tipo direito com vasos em transposição, aorta anterior à direita e pulmonar à esquerda. Canal arterial amplo (com prostin ) e aorta descendente hipoplásica .Função preservada. angio TC (10/12) Nota-se estreitamento da aorta ao nível do istmo, iniciando-se após a emergência da artéria subclávia esquerda e continuando por cerca de 5 mm, onde atinge diâmetro

Ventriculo único do tipo direito com dupla via de entrada e saída + hipoplasia de valva mitral + coarctação da aorta // **Atriosseptostomia 29/12/21 Aortoplastia, Bandagem da artéria pulmonar e ligadura do canal arterial ( 13/01/22)** Ecocard:17/01 (Perinatal): Ventriculo único tipo D com dupla via de saída e vasos malrelacionados. Atresia mitral . CIA restritiva. Aorta sem sinais de obstrução pós aortoplastia e BAP co gradiente 70-80 mmHg

Eco Perinatal (17/01): Ventriculo único tipo D com dupla via de saída e vasos mal relacionados. Atresia mitral . CIA restritiva. Aorta sem sinais de obstrução pós aortoplastia e BAP gradiente 70-80 mmHg ECO

(26/01): Ventrículo único tipo D com dupla via de entrada (com hipoplasia valva mitral) e dupla via de saída. Ventrículo com diâmetro aumentado e função sistólica preservada. CIA restritiva (não foi abordada devido HIC e não possibilidade de heparinização plena para CEC). Bandagem da AP com gradiente de 44 mmHg. Aortoplastia devido CoAo com gradiente de 52 mmHg. Canal arterial foi ligado. VCI aspecto com leve aumento. - Impressão: aumento do pós carga ao ventrículo único devido CoAo residual e bandagem da AP. CIA restritiva com aumento da pressão venocapilar pulmonar. ECO (28/01): Ventrículo único tipo direto com dupla via de entrada (com hipoplasia valva mitral) e dupla via de saída. Ventrículo com diâmetro aumentado e função sistólica preservada. CIA restritiva (não foi abordada devido HIC e não possibilidade de heparinização plena para CEC) 2m/s. Bandagem da AP com gradiente de 34 mmHg. Aortoplastia devido CoAo com gradiente de 26 mmHg. Canal arterial foi ligado. VCI aspecto com leve aumento. Impressão: aumento do pós carga ao ventrículo único devido CoAo residual e bandagem da AP. CIA com aumento da velocidade de fluxo ( 2m/s).

ECO (08/03): Visualizado stent pérvio em CIA restritiva com shunt da esquerda para direita sem gradiente significativo. Ventrículo único tipo direito com dupla via de entrada (com hipoplasia valva mitral) e dupla via de saída. Ventrículo com diâmetro aumentado e função sistólica preservada. Bandagem da AP com gradiente máximo de 54 mmHg. Aortoplastia devido CoAo com gradiente máximo de 20 mmHg. VCI aspecto com leve aumento. ECOTT (15/02): sem novas alterações. Óbito em 21/03/2022.

**05--REG – 2338159** – Dta Nasc.: 02/12/2021, Dta inter.: 02/12/2021, PN: 475g , Parto: Cesárea, IG.: 26 semanas e 3 dias , Diagnóstico: prematuridade extrema + PIG + Doença de Membrana Hialina.

Fez 5 dias de Furosemida 0,5 mg/kg/dose de 12/12h (16/12 - 20/12) Ecocardiograma (17/12): coração estruturalmente e funcionalmente normal. Canal Arterial patente (PCA) ou ductus arteriosus patente amplo medindo 2,3mm com repercussão hemodinâmica. Função preservada. Ecocardiograma (28/12): canal arterial pérvio com Shunt E-D. Leve sobrecarga de VE. Função ventricular preservada. Sem sinais de HAP

Ecocardiograma (11/01): Ausência de defeitos estruturais. Canal Arterial funcionalmente fechado. FOP com shunt da esquerda para direita. Sem outras alterações. Ecocardiograma (18/01): discreta hipertrofia de ventrículos, FOP com shunt da E->D

ECO funcional (23/1): derrame pericárdico, função cardíaca preservada.

# IMPRESSÃO: Prematuro extremo de baixo peso sob VMI, instável. PCA resolvido com Ibuprofeno + Furosemida. Durante a internação, apresentou infecção relacionada ao cateter com S. coagulase negativo em hemocultura, já resolvida. Apresentou falha de extubação em 08/01, e piora clínica em 09/01, sendo novamente rastreado. Evolui ao longo da semana passada com hipoglicemia, sendo necessário aumentos seriados da TIG pela NPT, e 1 episódio de equivalente convulsivo. Após ajuste de glicemia e introdução de fenobarbital, RN não apresentou novas crises. Rastreio infeccioso na urina com crescimento de Candida e iniciado fluconazol. Em 12/01 apresentou fratura em terço distal do úmero, já avaliada pela ortopedia, com indicação de imobilização do membro, a principio de bom prognostico. Houve piora do padrão respiratório pela manhã de hoje, com melhora após intervenção da fisioterapia. Iniciado

anfotericina em 21/01 PIORA CLÍNICA ONTEM. QUADRO CLÍNICO SUSPEITO DE SEPSE.  
INFORMADO OS RESPONSÁVEIS DA GRAVIDADE DO QUADREO

**06- REG 2340087** – Dta nasc. : 14/12/2021, Dta inter,: 20/12/2021, PN: 3060g, Parto: Cesarea, Sexo: Fem, IG.: 39 semanas + 5 dias, Diagnóstico: Tumoração Região Sacrococigea - Teratoma.

Ecocardiograma (16/12 - HO): FOP MÍNIMO, CANAL ARTERIAL PÉRVIO MÍNIMO SEM REPERCUSSÃO

*Eco funcional (17/01): FE 77% | PSAP 50 Ecocardiograma color Doppler (18/01): ausência de alterações estruturais.* Função ventricular preservada. Ausência de trombos ou vegetações. Ausência de sinais de HAP pelo método.

**07- REG 2339203-** Dta Nasc: 11/12/2021, Dta inter.: 11/12/2021, PN: 2800g, Sexo: Fem , Parto: Cesárea, IG: 38semanas+ 2dias, Diagnósticos: Transposição de Grandes Vasos. Transferido para Clinica Perinatal para realizar cirurgia Jatene em 29/12/21, e retonar oara Hupe em 05/01/2022 para Dara continuidade ao tratamento.

Ecocardiograma (11/12): Situs solitus, levocardia e levoapex. Septo interatrial com presença de pseudoaneurisma de fossa oval com aspecto restritivo com discreto shunt da esquerda para direita. Concordância atrioventricular. Discordância ventrículo arterial com artéria pulmonar emergindo do VE e aorta do VD com vasos em paralelo. Não existe obstrução nas vias de saída ventriculares. Valvas arteriais de aspecto normal sem estenose. Presença de CIV muscular pequeno com shunt, predominante do VE para o VD, no momento. Arco aórtico à esquerda sem áreas de coarctação. Presença de canal arterial medindo 3,4 mm na extremidade pulmonar e 6 mm de extensão com shunt bidirecional (canal moderado). Função ventricular preservada. VCI leve contração.

Ecocardiograma (13/12): TGA com FO restritiva, CIV muscular pequeno e PCA extremidade pulmonar 4,3 mm com shunt bidirecional.

ECO (03/01 - PERINATAL): Função biventricular preservada. FOP com shunt esq-dir, 2 CIV musculares não abordados, com shunt esq/dir. Via de saída de VD e VE sem sinais de obstrução. Regurgitação mitral e tricuspide leves ao color. Fluxo turbilhonar no tronco da art. pulmonar, com gradiente máximo de 26 mmHg. Não consigo visualizar os ramos.

ECO (06/01): Pós operatório de cirurgia de Jatene. Função ventricular preservada com vasos arteriais em vias de saída em paralelo sem sinais de estenose. Presença de 2 CIVs musculares pequenas. Presença de discreto shunt residual no SIA da E para D. Função ventricular preservada. IT e IM leve. VCI de aspecto normal.

ECO (12/01): VCI cheia, função preservada, taquicardia improtante, sem sinais de ponta de cateter em AD ECO (18/01): flutter atrial, FC 192bpm. AUSEÊNCIA DE TROMBOS.

ECG (13/01): Presença de flutter atrial com FC atrial de 430 e ventricular de 210. Função ventricular preservada. Ausência de trombos.



ECG: ( 14/01) - Ritmo sinusal ,condução 1:1 ,FC- 120, precórdio calmo. Função ventricular preservada. Ausência de trombos. Fazer ECG / Holter ? ( melhor avaliação da arritmia).

RN com diagnóstico de transposição de grandes vasos, corrigida em 29/12, síndrome colestática e nefropatia a esclarecer. Já realizou cariótipo e colangiografia, aguarda resultados. Em 13/01 apresentou taquiarritmia, com necessidade de cardioversão química + elétrica, com melhora após, sustentando frequências aceitáveis com uso de amiodarona infusão contínua. Foi submetida à cirurgia de Kasai em 17/02, evoluindo com descompensação infecciosa em 18/02, sendo levantada a hipótese de colangite pós operatória, com drenagem pela FO, sendo retirada bolsa de colostomia em 25/02. Estava aceitando bem progressão da dieta, porém evoluiu com distensão abdominal ao atingir dieta plena, sendo suspensa dieta e colocada HV. No momento tolerando progressão lenta da dieta, com distensão abdominal e taquipneia transitória durante a infusão.

**08- REG 2341155** – Dta nasc.: 06/01/2022, Dat inter.: 06/01/2022, PN : 3075g, Sexo: Fem, Parto: Cesárea. Diagnóstico: Hipoplasia de VE+ CIA + CIV/ Atresia Valva aórtica e mitral/ Hipoplasia aorta ascendente CIA amplo.

Diagnóstico: Hipoplasia de VE + CIA + CIV / Atresia valvar aórtica e mitral / Hipoplasia aorta ascendente / CA amplo Medicação: - Prostin 0,01 mcg/kg/min Ecocardiograma (06/01): CIA seio venoso (6mm) relacionado a VCS. Veia pulmonares drenam para o AE. Hipoplasia do VE com CIV apical.VD com leve aumento + função preservada. Valva tricúspide normofuncionante com IT leve. Atresia valvar aórtica e mitral. Hipoplasia da aorta ascendente com 2 mm até TBC. Fluxo retrógrado na aorta descendente. CA amplo 10 mm de extensão e 8 mm na extremidade pulmonar com shunt bidirecional. Ramos pulmonares confluentes RD e RE medindo 4,5 mm., óbito 19/01/2022.

RN AT/AIG, portador de cardiopatia congênita, em uso de Prostin, com indicação de correção cirúrgica. RN apresentou uma intercorrência pela manhã, com piora do estado hemodinâmico e dessaturação, sendo indicado intubação orotraqueal. Submetido a IOT com tubo nº3, porém apresentou escape de ar importante e foi necessário trocar o tubo para nº4. Após o procedimento, encontra-se confortável em VM. No momento, suspenso o procedimento por instabilidade clínica.

**09- REG 2341563** – Dta nasc.: 01/01/2022, Dta inter.: 10/01/2022, PN: 860g, Sexo: Fem, Parto: Cesárea, Diagnóstico: PCA amplo.

Diagnóstico: PCA AMPLO Medicação: Furosemida 0,5 mg/kg/dose de 6/6h (DI:11/01) \*Fez 3 dias de ibuprofeno (19/01-21/01)

Ecocardiograma (04/01): FOP, PCA amplo com IT leve, orientando PSAP dentro da normalidade e sem sobrecarga e sem disfunções.

Ecocardiograma (11/01):FOP, PCA amplo 3,5 mm de extremidade pulmonar com shunt predominantemente de Ao para Ap, sobrecarga significativa de cavidades esquerdas

Ecocardiograma (18/01): SIA com fossa oval patente com shunt da esquerda para direita. SIV de aspecto íntegro. Arco aórtico de aspecto normal à esquerda. Função ventricular preservada. Sobrecarga

significativa de cavidades esquerdas. PCA amplo com 4,0 mm de extremidade pulmonar com shunt predominante da Ao para Ap. Relação AE/AO > 1,5

Evidenciado canal arterial amplo com sobrecarga de cavidades esquerdas realizada tentativa de fechamento farmacológico com ibuprofeno com sucesso parcial. Fez segundo ciclo de Ibuprofeno com maior fechamento do canal porém sem fechamento total do mesmo. Realizando 3 ciclo de ibuprofeno. Segue em CPAP confortável.

**10- REG- 2342068-** Dta nasc.: 13/01/2022, Dta inter.: 13/01/2022, Parto: cesárea, PN: 1465g, IG: 32semanas + 2dias , Diagnósticos: Prematuridade moderada.

CARDIOLÓGICO/HEMODINÂMICO: Diagnóstico: PMT Medicação:--- Ecocardiograma (17/01): normal

**11- REG- 2342141** – Dta nasc.: 27/09/2021, Dta intern.: 17/01/2022, Pn: 965g, Sexo: Masc., Parto: Normal, IG.: 28semanas + 4dias, Diagnóstico: Prematuridade extrema + Extremo baixo peso - Broncodisplasia - Desnutrição - Retinopatia da prematuridade / D3 de injeção de anti-VEGF - HPV GRAU II Direita / Grau I Esquerda - FOP / PCA - Colestase / Fibrose Cística ? - Hernia inguinal bilateral - Colonizado por ESBL - HO -Sepse por S.epidermidis

Diagnóstico: HAP grave x PCA amplo sem repercussão Medicação:Furosemida 2 mg/kg/dia ECO (18/01): Canal Arterial amplo medindo 3 mm, aparentemente tipo E. Aumento de cavidades direitas. Hipertrofia leve de ambos os ventrículos. Refluxo VD/AD gradiente 42mmHg, PSAP 48 mmHg. Função ventricular preservada. FOP com shunt bidirecional. Hipertensão arterial pulmonar moderada com sobrecarga direita .Canal amplo sem repercussão no momento devido à HAP.

10/02): Ausência de defeitos estruturais cardíacos. Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada. Canal arterial ocluído. Arco aórtico normal. VCI aspecto normal.

Lactente desnutrido grave, transferido para infusão de Anti VEGF intra ocular, realizada em 19/01. Fotocoagulação por laser, em 10/02 . Paciente sindrômico com insuficiência pancreática exógena, macroglossia e hipoglicemia em investigação. No momento clinicamente estável, mantém-se em CPAP alternando com AA. Teste genético 09/02 negativo para fibrose cística, com alfafetoproteína elevada, sugestiva de Sd. de Beckwith Wiedemann. CONTINUA INTERNADO EM 30/03/2021

**12- REG – 2342141-** Dta nasc.: 27/09/2021, Dat inter.: 17/01/2022, PN: 965g, IG.: 28 semanas + 4 dias, Parto: Normal , Sexo: Masc., Diagnóstico: Prematuridade Extrema + Broncodisplasia

Diagnóstico: HAP grave x PCA amplo sem repercussão

ECO (18/01): Canal Arterial amplo medindo 3 mm, aparentemente tipo E. Aumento de cavidades direitas. Hipertrofia leve de ambos os ventrículos. Refluxo VD/AD gradiente 42mmHg, PSAP 48 mmHg. Função

ventricular preservada. FOP com shunt bidirecional. Hipertensão arterial pulmonar moderada com sobrecarga direita. Canal amplo sem repercussão no momento devido à HAP.

13-REG – 2343812- Dta nasc.: 25/01/2022, Dta intern.: 25/01/2022, PN: 3135g, Sexo: Masc, IG.: 37 semanas +2 dias, Diagnóstico: Transposição de Grandes Vasos+ Exposição ao Sifilis . RN transferido em 31/01/2022 para Clínica Perinatal Barra para cirurgia de Jatene +Fechamento do PCA e Ampliação da Artéria Pulmonar e Timectomia. Retorna da Clínica Perinatal e m 09/02/2022 para continuidade do tratamento.

Ecocardiograma (26/01): itus solitus, levocardia, levoapex,ordenação segmentar concordante. SIA com fop medindo 4,5 mm com shunt da esquerda para direita sem caráter restritivo, no momento. SIV de aspecto íntegro sem shunts ao color Doppler. Artéria pulmonar emerge do VE com valva de aspecto normal sem estenoses em VSVD e AP. Aorta emerge do VD paralelamente a AP. Valva de aspecto normal sem estenoses em VSVE e Aorta. Arco aórtico à esquerda sem áreas de coarctação. Canal Arterial pérvio aspecto cônico com extremidade pulmonar de 5 mm e extensão de 7 mm com shunt bidirecional, no momento. Diâmetros cavitários normais com função ventricular preservada. ECO (28/01): Situs solitus, levocardia, levoapex,ordenação segmentar concordante. SIA com fop medindo 4,5 mm com shunt da esquerda para direita sem caráter restritivo, no momento. SIV de aspecto íntegro sem shunts ao color Doppler. Artéria pulmonar emerge do VE com valva de aspecto normal sem estenoses em VSVD e AP. Aorta emerge do VD paralelamente a AP. Valva de aspecto normal sem estenoses em VSVE e Aorta. Arco aórtico à esquerda sem áreas de coarctação. Canal Arterial pérvio aspecto cônico com extremidade pulmonar de 5 mm e extensão de 7 mm com shunt bidirecional, no momento. Diâmetros cavitários normais com função ventricular preservada.

ECO (04/02): Drenagem venosa normal ao AE. SIA residual de CIA 3 mm, com shunt E>D. Valva tricúspide com regurgitação leve. Grad max pela IT 30 mmHg. Não visualizo regurgitação pela valva mitral. SIV íntegro. Do VD sai a neo pulmonar. VSVD livre de obstruções. Valva pulmonar normofuncionante, apresenta fluxo turbilhonar em tronco pulmonar, mas gradiente máximo de 20 mmHg. Ramos confluentes. Do VE sai a noe aorta. VSVE livre de obstruções. Valva aortica normofuncionante. Arco aórtico com fluxo laminar. Disfunção sistólica leve do VE. Função do VD preservada neste momento. Presença de derrame pleural leve a moderado a direita. Derrame pericárdico pequeno. Veia cava inferior congesta. Conclusão: bom resultado cirúrgico. Otimizar diurético para balanço hídrico negativo.

ECOTT (11/02/22): IA OS pequena com shunt esquerda para direita, visualizado patch ocluindo CIA principal. Vias de saída sem obstrução. Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada. IT leve. Ramos pulmonares com RE (gradiente pressórico de 39 mmHg) e RD (gradiente pressórico de 27 mmHg) ECOTT (24/02): Disfunção ventricular moderada a grave - FE 35%. IT gradiente de 45 mmHg - PSAP estimada em 50mmHg Regurgitação pulmonar moderada a grave. ECOTT (03/03): Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada com FE do VE de 73%. Regurgitação tricúspide leve. Grad.pres RD art.pulm. com 19 mmHg e RE com 28 mmHg. Conduta: programar reduzir dobuta para 5 e iniciar captopril de 0,5 mg/Kg/dia VO de 8/8h ECOTT (24/03): Disfunção ventricular diastólica restritiva (VE) com fração de ejeção preservada. Conduta: aumentar dose do captopril para 1,5 mg/kg/dia, manter espironolactona em 0,5 mg/kg/dia e suspender alta para reavaliar ECO em uma semana.

**13-REG- 2344807-** Dta nasc.: 31/01/2022, Dta intern. : 01/02/2022, Sexo: Fem, Parto: Cesárea, PN: 3142g

Diagnóstico: Hipoplasia de cavidades esquerdas - Atresia de esôfago

- D33 Pós-operatório de esofagoplastia + ligadura de fístula traqueoesofágica ( 03/02)

- Alteração de coluna vertebral (hemivertebbras + escoliose)

- Hiponatremia resolvida - reposição de NaCl 3% em 02/02

Ecocardiograma ( 02/02 - laudo verbal): Hipoplasia de VE + Canal arterial amplo com função ventricular preservado. (08/02): Hipoplasia grave de VE, atresia mitral, atresia valvar aórtica. Leve hipoplasia do AE. VD aumentado com trabéculas bem pronunciadas lembrando miocárdio não compactado. Função sistólica do VD preservada. Regurgitação tricúspide moderada com gradiente pressórico máximo de 87 mmHg com PSAP de 95 mmHg. Aorta ascendente hipoplásica (2,4 mm) até TBC. Fluxo retrógrado pela aorta descendente. Canal arterial com 4 mm de extremidade pulmonar com fluxo bidirecional, predominantemente da AP para a Ao. com gradiente pressórico na aorta justa ductal de 54 mmHg. (10/02): Hipoplasia de cavidades esquerdas em pós operatório D8 de fístula traqueoesofágica e atresia esofágica. VD com aspecto não compactado com função sistólica preservada, no momento. CoAo justa ductal interrogada, contudo com alargamento após aumento do prostin. Melhora da HP cpm miorrinona e aumento do prostin;

15/02): Situs solitus, levocardia. Ordenação segmentar concordante. SIA com fossa oval ampla não restritiva com shunt predominante da esquerda para direita. Hipoplasia grave de VE, atresia mitral, atresia valvar aórtica. Leve hipoplasia do AE. VD aumentado com trabéculas bem pronunciadas sugestivo de miocárdio não compactado. Função sistólica do VD preservada. Regurgitação tricúspide leve sem gradiente pressórico significativo. Aorta ascendente hipoplásica (2,4 mm) até TBC. Região justa ductal apresentando imagem prévia sugestiva de coarctação evidenciada em exame anterior, com leve melhora após aumento da dose da prostaglandina. Fluxo retrógrado pela aorta descendente. Artéria Pulmonar com leve aumento e ramos medindo RE 5,9 mm e RD 5,6 mm Canal arterial com 5,5 mm de extremidade pulmonar com fluxo bidirecional, predominantemente da AP para a Ao sem gradiente pressórico significativo. (03/03): Hipoplasia de cavidades esquerdas em pós operatório de fístula traqueoesofágica e atresia esofágica. VD com aspecto não compactado com função sistólica preservada, no momento. CoAo justa ductal interrogada, contudo com alargamento após aumento do prostin.

RN grave com hipoplasia de cavidade esquerda e pós operatorio de atresia de esôfago, estavel clinicamente, em uso de sedoanalgesia continua + Prostin. No momento, com melhora da HP com aumento do prostin e milrinona (milrinona ja suspenso). Aguarda transferencia para realização de cirurgia de Norwood Sano. Iniciou amicacina devido a URC com bastonete gram neg, porém suspensa em 04/03 após URC de controle negativa. Programação cirúrgica para 09/03. URC 23/02 positiva para Acineto sensível a Poli B.

(23/03- pós op): Hipoplasia grave de VE, atresia mitral e valvar aórtica, leve hipoplasia do AE. VD com função preservada. regurgitação tricuspide leve. Aorta ascendente hipoplasica. bandagem de ramos arteria pulmonar com gradiente máximo 65 mmhg direita e 61 mmhg a esquerda. Canal arterial com 5 mm.

(24/03): Função ventricular preservada e gradiente pressórico no RE de 68 mmHg e RD de 44. Canal arterial com shunt bidirecional.

**14-REG - 2345710** – Dta nasc.: 07/02/2022, Dta Inter.:07/02/2022, PN: 1985g, Sexo: Masc., parto: Cesárea

Diagnóstico: Prematuridade x AIG Medicação, alta no dia 10/03/2022 encaminhado para ambulatório.

Ecocardiograma (25/02): normal

**15-REG- 2343812** – Dta nasc.: 25/01/2022, Dta inter.: 25/01/2022, PN: 3135g, Sexo: Masc. , Parto : cesárea,

IG.: 37 semanas + 2 dias , Transferido para Perinatal Barra em 31/01/2022, retornou 09/02/2022.

Diagnóstico: Transposição de grandes vasos + CIA restritivo + SIV íntegro + PCA pequeno -- Corrigido - **Cirurgia de Jatene em 03/02** + correção da CIA + fechamento do PCA e ampliação da artéria pulmonar e timectomia. - Exposição a Sífilis (VDRL 1:8 em 14/02) (PL normal - VDRL no LCR neg)

Ecocardiograma (26/01): itus solitus, levocardia, levoapex,ordenação segmentar concordante. SIA com fop medindo 4,5 mm com shunt da esquerda para direita sem carater restritivo, no momento. SIV de aspecto íntegro sem shunts ao color Doppler. Artéria pulmonar emerge do VE com valva de aspecto normal sem estenoses em VSVD e AP. Aorta emerge do VD paralelamente a AP. Valva de aspecto normal sem estenoses em VSVE e Aorta. Arco aórtico à esquerda sem áreas de coarctação. Canal Arterial pérvio aspecto cônico com extremidade pulmonar de 5 mm e extensão de 7 mm com shunt bidirecional, no momento. Diâmetros cavitários normais com função ventricular preservada.

ECO (11/02/22): IA OS pequena com shunt esquerda para direita, visualizado patch ocluindo CIA principal. Vias de saída sem obstrução. Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada. IT leve. Ramos pulmonares com RE (gradiente pressórico de 39 mmHg) e RD (gradiente pressórico de 27 mmHg) ECO (24/02): Disfunção ventricular moderada a grave - FE 35%. IT gradiente de 45 mmHg - PSAP estimada em 50mmHg Regurgitação pulmonar moderada a grave. ECO (03/03): Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada com FE do VE de 73%. Regurgitação tricúspide leve. Grad.pres RD art.pulm. com 19 mmHg e RE com 28 mmHg. Conduta: programar reduzir dobuta para 5 e iniciar captopril de 0,5 mg/Kg/dia VO de 8/8h.

ECOTT (03/03): Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada com FE do VE de 73%. Regurgitação tricúspide leve. Grad.pres RD art.pulm. com 19 mmHg e RE com 28 mmHg. Conduta: programar reduzir dobuta para 5 e iniciar captopril de 0,5 mg/Kg/dia VO de 8/8h

ECOTT (24/03): Disfunção ventricular diastólica restritiva (VE) com fração de ejeção preservada. Conduta: aumentar dose do captopril para 1,5 mg/kg/dia, manter espirolactona em 0,5 mg/kg/dia e suspender alta para reavaliar ECO em uma semana.

**16-REG- 2346348** – Dta nasc.: 10/02/2022, Dta intern. 10/02/2022, PN: 1160g, Sexo: Masc. Parto: Cesarea, IG.: 30semanas + 1dia , Diagnóstico: Prematuridade extrema.

Ecocardiograma (15/02): Laudo verbal --> CA de 1,2 mm sem repercussão, sem outras alterações com função preservada. Ecocardiograma - (18/02): Canal arterial mínimo medindo 0,09 mm. Fossa oval patente.

**17-REG - 2347492** – Dta nasc.: 17/02/2022, Dta Inter.: 17/02/2022, PN: 720g , Sexo: Fem , Parto : Cesáreo, IG: 26 semanas + 1 dia , Diagnóstico : Prematuridade Extrema

Diagnóstico: Prematuridade x Choque septicó Medicação: - Em uso de dobutamina 5 mcg/ kg/ min - Fez Hidrocortisona por 7 dias - 1 mg/ kg/ dose (25 - 03/03) e Nora (25/02 - 03/03) Eco ( 22/02 ): Ausência de defeitos estruturais. PCA amplo com 2,5 mm, com shunt E para D. FOP com shunt da E para D. Eco ( 24/02 ): prematuridade extrema com canal ocluído funcionalmente e FOP

ECO (10/03): Canal arterial pérvio com extremidade pulmonar de 4,7 mm com shunt esquerda para direita. ECO (15/03): Canal arterial pérvio com extremidade pulmonar de 3,8 mm com shunt esquerda para direita. FOP com shunt da E para D.

**18-REG -2347808** – Dta nasc.: 21/02/2022, Dta interr.: 21/02/2022, PN: 3770g , Sexo : masc., Parto: cessárea, Diagnóstico: Transposição de Grandes vasos

ECO (22/02): Ordenação segmentar atrioventricular concordante e ventriculo arterial discordante. Drenagem das veias pulmonares para o AE. Septo interatrial com fossa oval não restritiva, no momento com shunt da esquerda para direita Septo interventricular de aspecto íntegro. VE se conecta a artéria pulmonar e VD se conecta a aorta. Valva pulmonar de aspecto típico e normofuncionante. Valva aórtica com leve espessamento e regurgitação mínima, sem estenose. Arco aórtico à esquerda sem áreas de coarctação. Canal arterial amplo com 5,2 mm de extremidade pulmonar e extensão de 7 mm, com shunt bidirecional ,da aorta para pulmonar predominante. Conduta: manter prostin 0,03 , tolerar saturação de 80 a 90%, desde que sem acidose. Regular para cirurgia de Jatene e reavaliar na evolução.

ECO Transesofágico (07/03 em CC após saída de CEC): CIA tipo OS de 4 mm, com shunt (E > D), deixado aberta, CIA pré-op era de 5 mm com fluxo não restritivo. Valva tricúspide com leve regurgitação e mitral também com leve regurgitação (disfunção do VE). CIV íntegro. Do VD sai a neo pulmonar. Fluxo livre de obstrução laminar em VSVD e fluxo normal por valva pulmonar. região supralvar pulmonar com fluxo turbilhonar ( APP tracionada), com gradiente máximo de 27 mmHg. Do VE sai a neo aorta. Fluxo Laminar livre de gradientes em VSE. VAO tricúspide, com fluxos normais. Região supralvar de tamanho normal com fluxos normais.

**19-REG - 2348539** – Dta nasc.:05/02/2022, Dta inter.:24/02/2022, PN: 2945g, Sexo: Masc. Parto: cesárea , IG: 37 semanas + 2 dias, Diagnóstico: DSAVT desbalanceado

Diagnóstico: Cardiopatia congênita// DSAVT desbalanceado Medicação:Furosemida 2 mg/kg/dia + Captopril 0,5 mg/kg/dia Ecocardiograma (24/02): DSAVT, CIA primum funcionando como átrio único (03/03): Situs solitus, levocardia e levoapex. Septo interatrial com ampla CIA primum (praticamente átrio único) Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação moderada.CIV via de entrada ampla (7mm, aproximadamente) com gradiente 14 mmHg Predomínio de VE (DSAV desbalanceado) com folheto ponte inserido no topo do SIV. VD medindo 7,5 mm em seu corpo, na diástole. (z score - 0,45) subjetivamente hipoplásico. (08/03): Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação leve. Situs solitus, levocardia e levoapex.Rastelli tipo I.Septo interatrial com ampla CIA primum (praticamente átrio único) Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação leve. CIV via de entrada ampla.Predomínio de VE (DSAV desbalanceado)Aorta e pulmonar sem alterações.

(03/03): Situs solitus, levocardia e levoapex. Septo interatrial com ampla CIA primum (praticamente átrio único) Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação moderada.CIV via de entrada ampla (7mm, aproximadamente) com gradiente 14 mmHg Predomínio de VE (DSAV desbalanceado) com folheto ponte inserido no topo do SIV. VD medindo 7,5 mm em seu corpo, na diástole. (z score - 0,45) subjetivamente hipoplásico. (08/03): Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação leve. Situs solitus, levocardia e levoapex.Rastelli tipo I.Septo interatrial com ampla CIA primum (praticamente átrio único) Defeito do septo atrioventricular na forma total com valva única e perfuração única com regurgitação leve. CIV via de entrada ampla.Predomínio de VE (DSAV desbalanceado)Aorta e pulmonar sem alterações.

**20-REG - 2348560** – Dta nasc.: 24/02/2022, Dta inter. : 24/02/2022, PN: 2980g, Sexo: Fem , parto : cesárea , IG: 38 semanas , Diagnóstico: Desconforto Respiratório Precoce

Ecocardiograma (25/02): Comunicação interventricular pequena. Canal Arterial patente (achado esperado para a idade). Ecocardiograma (08/03): Comunicação interventricular pequena. Canal Arterial patente (achado esperado para a idade).

**21-REG 2348911**- Dta nasc.: 03/03/2022, Dta inter.: 04/03/2022, Parto: Cesárea , Sexo: Fem, IG.: 37 semanas , Diagnóstico: Desconforto Respiratório Precoce / Síndrome Down

ECOTT (04/03): Sem defeitos estruturais. Hipertrofia assimétrica leve de VE, hipertensão pulmonar leve. FOP com shunt E -> D, PCA pequeno com shunt E -> D. Função VE preservada. Sem condutas específicas.

**Total de atendimentos Unidade Terapia Intensiva Neonatal e Unidade Tratamento Intensivo Pediátrico:**

Total dos atendimentos Prestados no período de Janeiro à Março 2022.

Cirurgia Neonatal	07
Cirurgia Pediatrica	02
Consulta Ambulatorial	123
Eletrocardiograma	31
Ecocardiograma Transtoracica - Ped.	139
Eco Fetal	43
Total geral	345

Atenciosamente,

*José Luiz M. B. Duarte*  
Vice-Diretor HUPE / UERJ  
Matr. 5027-8 / ID: 2551035

**José Luiz Muniz Bandeira Duarte**

**Coordenador Projeto Cardiopatia Congênita**

**Matric.: 5027-8 / ID: 2551035**