



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

Segue relatórios conforme solicitados dos pacientes assistidos pelo projeto Cardiopatia Congênita no período de 01 de Abril de 2022 à 30 de Junho 2022, a Unidade Neonatal atendeu 113 pacientes, 06 encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal portadores de Cardiopatia Congênita.

No momento nossa Unidade continua a atender 06 crianças com cardiopatia congênita que continuam internadas, pós cirurgias e continuidade ao tratamento.

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 Abril à Junho

01-REG - 2336298 - Dta nasc. 21/11/2021, Dta inter.: 21/11/2021, PN: 3385g, Sexo: Fem, Parto: Cesárea, IG.: 35semanas + 5 dias , Coartação da aorta + CIV pequeno a 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.. 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.

Prematuro tardio - Cardiopatia (coarctação de aorta + CIV pequena muscular) - Síndrome da Regressão caudal? - Megaureter a esquerda - displasia renal? - Síndrome genética em investigação - Pós operatório de aortoplastia + fechamento de CA (20/12) - Sd de abstinência - PCR 11/02 - Piora infecciosa 20/02 (atelectasia + febre + ICC + diarreia) - Pós op traqueostomia (canula 4) + Gastrostomia a Stamm + funduplicatura a Nissen 360 (17/03) - Piora em 25/03/22 com Atelectasia em todo HTXE e 1/3 sup do HTXD, com aumento dos parametros, melhora pos fisio - Celulite em MSD (31/03) - Extravasamento de secreção salivar e dieta pela GTT e hiperemia no óstio R - Clostridium difficile nas fezes.

Atendimento 1556468 Leito: 3306-LEITO02 SUS - INTERNACAO Plano: SUS INTERNACAO

Pela Cardiopediatria Realizado ecocardiograma para avaliar PSAP a pedido da pneumologia. Ecocardiograma: CIV muscular pequena, função ventricular preservada e IT com gradiente de 40 mmHg e PSAP de 45 mmHg. Cd: discutido com a neonatal EVOLUÇÃO: 2415444 (FECHADO) Data/Hora do Documento: 21/06/2022 13:47 Prestador(a) Responsável: SERGIO ALEXANDRE PEREIRA GONÇALVES.

Convênio: Atendimento 1556468 Leito: 3306-LEITO02 SUS - INTERNACAO Plano: SUS INTERNACAO

Pela Cardiopediatria Melhora clinica evolutiva. VMI com FIO2 23% saturando 98%. Ecocardiograma: CIVs pequenas, função ventricular preservada e IT com gradiente de 42 mmHg e PSAP de 47 mmHg. Cd: sugiro manter sildenafil apenas, no momento, considerando melhora clinica evolutiva. EVOLUÇÃO: 2234918 (FECHADO) Data/Hora do Documento: 19/04/2022 13:25 Prestador(a) Responsável: SERGIO ALEXANDRE PEREIRA Data de Referência: 19/04/2022 GONCALVES - CRM 52479191 / PEDIATRIA CRM 52479191 SERGIO ALEXANDRE PEREIRA GONCALVES.

02-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): Ventrículo 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.

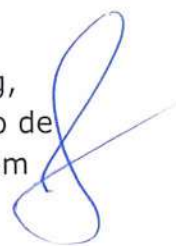
Ventrículo único do tipo direito com dupla via de entrada e saída + hipoplasia de valva mitral + coarctação da aorta - Retirada de STENT de CIA + Atriossepectomia em 11/04/22 - Aortoplastia + Bandagem da artéria pulmonar + ligadura do canal arterial (13/01/22)- não houve CEC CIA restritiva não abordada por contraindicação a heparinização plena pela HIC - HIC grau IV (USTF da Perinatal em 07/01) // Progressão para leucomalácia (USTF 28/01) - Taquicardia supraventricular ---> resolvida - Stent em CIA em 02/02 - Obstrução do stent interatrial (08/03) - Pós operatorio de traqueostomia + gastrostomia + fundoaplicatura - CHOQUE SEPTICO RESOLVIDO foco urinário por BGN - SARA resolvida - Piora clínica em 13/05.

Cardiopediatria Realizado ecocardiograma para afastar presença de vegetação. VU, Função preservada sem imagens sugestivas de vegetação. Cd: aguardar término de ATB para CATE para avaliar Resistência pulmonar. EVOLUÇÃO: 2385815 (FECHADO) Data/Hora do Documento: 09/06/2022 12:46

Cateterismo Cardíaco

Pela Cardiologia Intervencionista: Realizado cateterismo cardíaco no laboratório de hemodinâmica sob anestesia geral. Através de punção de femoral esquerda com introdutor 5Fr, realizamos cateterismo diagnóstico, com teste de reatividade pulmonar com sucesso, sem intercorrências. Laudo oficial será anexado ao prontuário após o cálculo de resistência pulmonar. Recomendo: Retirar curativo compressivo após 24hrs. Observar pulsos femorais. FORA DE CLÍNICA ENFERMARIA DESTINO: Data da Evolução: 17/06/2022 13:52 RAFAEL FERREIRA AGOSTINHO CRM: 52881848

03- 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 Clínica Perinatal para realizar cirurgia Jatene em 29/12/21, e retornar para Hupe em 05/01/2022 para dar 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 tricuspíde 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. Ausência 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, precordio calmo. Função ventricular preservada. Ausência de trombos. Fazer ECG / Holter ? (melhor avaliação da arritmia).

ECO (17/05): Disfunção leve do VE ,diminuição da contração em parede septal. Hipertensão pulmonar moderada PSAP 40 mmh. Comunicação interventricular muscular pequena sem repercussão. Ausência de derrame ,ausência de vegetações. Ausência de trombos. Conduta: paciente com bradicardia sinusal e dieta zero: suspendo propranolol e amiodarona.

Cardiopediatria Lactente grave, ictérico em VMI e ascite volumosa. Realizado Ecocardiograma; Função ventricular preservada, insuficiência aórtica leve, CIV muscular pequeno, presença de trombo em ponta de cateter na entrada da Veia Cava superior com 0,4 cm de área. Conduta avaliar uso de clexane e Risco ASA IV para cirurgia para transplante hepático. EVOLUÇÃO: 2415475 (FECHADO)
Data/Hora do Documento: 21/06/2022 13:51

04- 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 em 09/02/2022 para continuidade do tratamento.

Ecocardiograma (26/01): 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 (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 aórtica 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 50 mmHg 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.

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, sugestiva de Sd. de Beckwith Wiedemann. Em 07/05 apresentou descompensação, com 2 apneias, não tolerando AA. Diagnosticada ITU por klebsiela pneumonie, sendo iniciada amicacina. URC controle mostra baixo crescimento de Enterococcus sensível à Ampicilina.

ECO (31/05): Hipertensão arterial pulmonar moderada com sobrecarga direita. Função normal. Conduta: neste momento tratar a HAP.

05-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 (hemivertebras + 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 operatório de atresia de esôfago, estável clinicamente, em uso de sedoanalgesia contínua + Prostin. No momento, com melhora da HP com aumento do prostin e milrinona (milrinona já suspenso). Aguarda transferência 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 Acinetobacter 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 tricúspide leve. Aorta ascendente hipoplásica. bandagem de ramos artéria 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.

Portador de síndrome do coração esquerdo hipoplásico e atresia de esôfago. Está no pós operatório tardio de atresia de esôfago e procedimento híbrido (Bandagem da artéria pulmonar (23/03) e colocação de stent em canal arterial em 15/04/22). Apresenta escara em região occipital, em acompanhamento com a Comissão de Curativos. Clinicamente estável, com câmara gástrica possivelmente atribuível ao uso prolongado de prostin, melhor evolutivamente no US de abdome após suspensão. No entanto ainda com dieta por BIC com tempo de infusão prolongado, e último RX com dilatação gástrica. NPT suspensa em 02/05. Está com dieta via enteral, aceitando transição da dieta para pregomin. Foi suspensa a seriografia. Em cateter nasal de O2 desde 13/05, evoluindo com aumento de necessidade de O2. Em 21/05 ao Rx foi avaliada como tendo cardiomegalia, somada ao aumento de

necessidade de O2, infiltrado pulmonar foram considerados como sobrecarga e aumentado diurético. Óbito em 29/05/22.

LAUDO DE CATETERISMO CARDÍACO

Data do exame: 15/04/2022 Idade: 2 meses Indicação: Hipoplasia de cavidades esquerdas Técnica: Exame realizado sob anestesia geral em sala de hemodinâmica. Prostaglandina venosa suspensa ao início do procedimento. Puncionada com auxílio de ultrassonografia artéria carótida direita com cateter arterial 3Fr para monitorização de pressão invasiva, medida de gradientes e como acesso de urgência caso necessário. Puncionada também artéria femoral esquerda utilizando introdutor 5Fr e veia femoral direita com introdutor 6Fr. Através da bainha venosa foram realizadas angiografias do canal arterial com cateter MPA2 5Fr, e, após tentativa de estabilização de guia 0,035 hidrofílica na aorta descendente para passagem de cateter guia, o paciente apresentou importante instabilidade hemodinâmica, sendo necessárias manobras de reanimação, ainda que por curto período de tempo



Sendo assim, optamos por passagem de guia 0,014 através da bainha arterial, estabilizada em ramo pulmonar distal e sobre ela implantado stent Biotronik® Renal Dynamic 7x19mm com sucesso no canal arterial. Avaliada aorta retrógrada angiograficamente e por medidas de pressões antes e após o implante do stent, não sendo observada indicação de intervenção no momento, com bom enchimento, bom aspecto angiográfico e queda do gradiente. Técnica do procedimento sem complicações. Retiradas as bainhas ainda em sala e realizado curativos compressivos. Pressões em mmHg: Local Pré implante Pós implante Aorta Transversa 66/36(46) 56/27(36) Aorta Abdominal 89/40(56) 76/31(47) Ventrículo Único 94/0/12 84/0/12 Angiografias: 1) Arteriografia pulmonar em perfil esquerdo pré e pós implante de stent: canal arterial medindo 5,8mm no seu extremo pulmonar e 6,2mm no extremo aórtico. Injeção de controle com stent bem posicionado no canal arterial. Fluxo preservado através de aorta reversa mesmo após implante do stent, com bom enchimento dos vasos cefálicos e coronárias. Não observamos imagens sugestivas de coarctação de aorta retrógrada. Conclusão: 1) Hipoplasia de cavidades esquerdas. 2) Bandagem de ramos pulmonares realizada em procedimento prévio. 3) Stent em canal arterial implantado com sucesso. 4) Segundo tempo de procedimento híbrido de Giessen realizado com sucesso. Rafael F. Agostinho

Obito em 29/05/2022.

06-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 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 (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.

ECOTT (31/03): Disfunção diastólica --> orientado aumentar captopril para 2, furosemda para 1 e espiro para 2

ECOTT (02/04): FE 47%, disfunção sistólica global leve, PSAP 35, com regurgitação tricúspide leve

ECOTT (07/04): melhora da função sistólica e diastólica, FE de 48% (disfunção leve). Disfunção diastólica grau II tipo pseudonormal. Leve aumento de VE. CD: manter milrinona suspensa, aumentar captopril para 3, espironolactona 2 e furosemida 2.

Pela Cardiopediatria Na UTI Neo, após curso de miorinona e VMI devido piora clínica. No momento, em ar ambiente, boa atividade, saturando 99%, precórdio calmo. Ecocardiograma evidenciando melhora da função sistólica e diastólica. FE de 48% pelo Teichholz e planimetria (disfunção sistólica leve) Disfunção diastólica Grau II tipo pseudonormal. Leve aumento de VE. Conduta: manter miorinona suspenso, aumentar captopril para 3 mg/Kg/dia (8/8h), espironolactona 2 e furosemida 2. Rever em 5 a 7 dias. EVOLUÇÃO: 2202828 (FECHADO) Data/Hora do Documento: 07/04/2022 14:31 Prestador(a) Responsável: SERGIO ALEXANDRE PEREIRA Data de Referência: 07/04/2022 GONCALVES - CRM 52479191 / PEDIATRIA CRM 52479191 SERGIO ALEXANDRE PEREIRA GONCALVES. Alta hospitalar em 01/06/2022.



07-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 laminas 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 tamaho normal com fluxos normais.

ECO (24/03): Função ventricular preservada. Regurgitação da valva ventriculoarterial esquerda mínima. VCI aspecto normal.

ECO (12/04): diâmetros cavitários normais, função ventricular preservada, gradiente pressórico de 15 mmHg na artéria pulmonar. CIA pequena.

ECG (12/04): normal

Alta em 30/05/2022.

08-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 levoápex.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 alteações.

RN com fenótipo de Síndrome de Down com cardiopatia congênita (DSAVT) em uso de furosemida e captopril (espironolactona suspensa em 05/04 por hipercalemia). Teve sepse tardia por staphylo epidermidis (tratada). No momento, confortável em AA, estável hemodinamicamente. Avaliado pela genética que solicitou USGTF e USG abdominal (normais) e cariotipo que já foi colhido em 08/03 (aguardo resultado). Apresentou um episódio de apneia em 18/03, resolvido com estímulo tátil. Evoluiu com aproveitamento de 100% mamadeira, com retirada de SOG 03/04. Seguirá em acompanhamento pela cardiologia ambulatorialmente para programação cirúrgica posterior. Fez aplicação de 1 dose de palivizumabe (08/04). Realizado testes de triagem neonatal - EOA satisfatório no reteste, mas encaminhado ao BERA, aguardo resultado do teste do pezinho. Encaminhado para ambulatório de sd. Down (amb Down), cardiologia e fixo R1.

Pela Cardiopediatria Em ar ambiente, eupneica, saturando 86% com sopro sistólico +++/6+ em foco pulmonar. PA normal. Ecocardiograma. Situs solitus, levocardia, levoapex, ordenação segmentar concordante. septo interatrial com CIA ostium primum ampla. Defeito do septo atrioventricular forma total com folheto ponte se inserindo no topo do septo interventricular. CIV via de entrada ampla 8 mm. Valva AV única com 1 perfuração. Forma desbalanceada com VD hipoplásico com corpo medindo 4 mm, aproximadamente, razoável via de entrada e saída. Hipoplasia pulmonar com tronco pulmonar medindo 5,7 mm com EP com gradiente pressórico de 45 mmHg. RD 3,6 mm e RE 5,7 mm Cd: acompanhamento ambulatorial. Manter furosemida 2 e captopril 1. Me contactar para eu marcar ecocardiograma ambulatorialmente. Alta em 29/06/2022, acompanhamento cardiológico ambulatorial.

09- REG -2357238- Dta nasc. 07/05/2022, Dta inter.: 08/05/2022, PN: 2290g, Sexo: Masc., IG.? 37 semanas e 1 dia, Parto: cesárea. Diagnóstico: Taquiarritmia Supraventricular.

Diagnóstico: - Taquiarritmia supraventricular com cardioversão química com Adenosina e amiodarona/ Parada cardíaca e Choque cardiogênico (10/05)
Medicação: -- - Fez Milrinona 0,1 mcg/kg/min (DI 10/05 - 16/05) - Fez Noradrenalina (DI 10/05 - 13/05) - Fez Hidrocortisona 1 mg/kg/dose de 8/8h (DI 10/05-13/05) - Recebeu Dobutamina (09/05 - 10/05) - Recebeu adenosina 2x (0,1 mg/kg e 0,2 mg/kg) - Recebeu amiodarona ataque 5 mg/kg Ecocardiograma (10/05): - Realizado ecocardiograma: laudo verbal - disfunção biventricular grave, sem tamponamento cardíaco ECOCARDIOGRAMA (12/05): Ausência de defeitos

estruturais. Função ventricular preservada (melhora importante em relação ao dia 10/05 após miorinona e noradrenalina). Canal arterial pequeno com shunt E > D. FOP com shunt E > D. VCI normal. - Realizo ECG: múltiplas arritmias com bloqueio de ramo direito e extrasístoles atriais - afastar distúrbio metabólico. Continua internada em nossa unidade em 30/06/2022.

10- REG - 2358322- Dta nasc: 14/05/2022, Dta inter.:14/05/2022, PN: 3360g, Parto:cesárea, Sexo: Masc. , Diagnóstico: EHI moderada/Grave

Diagnóstico: EHI moderada/grave

Recebeu Dobutamina 5 mcg/kg/min (suspenso 18/05)

Ecocardiograma (17/05): Coração sem alterações estruturais , Função preservada. Ausência de derrame .Cava com variação respiratória normal.

Pela cardiologia: Ecocardiograma color Doppler: Coração sem alterações estruturais. Função preservada . Ausência de derrame . Cava com variação respiratória normal. Cd:segue conduta. Dra Talita Nolasco.

11- REG 2357888- Dta nas.:16/02/2022, Dta inter.12/05/2022, PN:895g , Sexo: Fem, IG: 25 semanas , Diagnóstico: PCA realizado em 14/05/2022.

Ecocardiograma (09/05): PCA moderado a amplo com repercussão hemodinâmica (12/05): FOP + PCA (26mm)

Pela Cardiopediatria Lactente foi recebido nesta unidade para fechamento do canal arterial. Lactente 2m 24 dias em VMI FIO2 30% saturando 95 %. Acianótico, precórdio calmo, sopro contínuo em BEE alta. Pulsos normais. Ecocardiograma: Situs solitus, levocardia, levoapex, ordenação segmentar concordante. SIA com FOP pequena com shunt E > D SIV de aspecto íntegro. Leve aumento do VE. Regurgitação tricúspide mínima. Função ventricular preservada. Arco aórtico à esquerda sem sinais de coarctação. Canal arterial com shunt E > D e extremidade pulmonar medindo 26 mm. Sem sinais de Hipertensão pulmonar significativa. Conduta: programado fechamento cirúrgico do canal arterial amanhã (13/05/22)

PELA CARDIOLOGIA: Ecocardiograma color Doppler: Canal fechado . Estenose Pulmonar valvar leve gradiente TAP/AP-28mmhg Função preservada. Cava normal. cd-segue conduta. Em 17/05/2022. Retorno para hospital de origem em 19/05/2022.

12- REG - 2359403- Dta nasc. 20/05/2022 , Dta intern.:20/05/2022, PN: 2860g ,
Sexo: Fem , Parto: Vaginal, IG: 39 semanas e Diagnóstico: Asfixia neonatal

Medicação: -- - Recebeu Dobutamina 10 mcg/kg/min (DI 21/05 - 23/05)

Ecocardiograma (26/ 05): Situs solitus, levocardia, levoapex Ordenação segmentar concordante. Ausência de defeitos estruturais FOP com shunt da E > D Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada. Regurgitação tricúspide leve com gradiente pressórico.

13-REG - 2358490 - Dta nasc.: 16/05/2022 , Dta inter.: 16/05/20222, PN: 1740g
, Sexo: Masc. , Parto: Cesárea, IG: 37 semanas

Diagnóstico: CIV ampla + Coarctação de aorta + PCA Medicação: - Prostin 0,01
mcg/kg/min (DI: 16/05) - 0,005mcg/kg/min em 26/05 - Adrenalina 0,3
mcg/kg/min (DI 26/05) - Dobutamina 15 mcg/kg/min (DI 26/05)

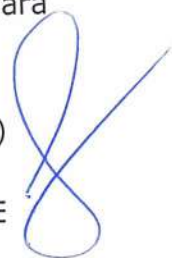
*Fez uso de dobutamina 5 mcg/kg/min (DI: 16/05 - suspensa em 18/05) *ECOTT
(16/05 e 17/05): em anexo ANGIO TC (25/05): Aguarda laudo ECOTT (26/05): CIV
(7,5 mm); FOP; Valva aórtica bicúspide com rafe. Arco aórtico apresentando área
de estreitamento após subclávia esquerda medindo 3mm e mais importante em
região justa ductal sem gradiente significativo. Canal arterial amplo com
extremidade pulmonar de 5 mm com shunt bidirecional. VCI algo dilatada. ECO
Funcional (28/05): Cava com bom volume e Função ventricular preservada.

14- REG- 2365109 -Dta nasc. : 27/06/2022, Dta inter. 27/06/2022, PN: 3575g,
Sexo: Masc. , Parto:

Cesarea, Diagnóstico: CIV

Pela Cardiopediatria RN AT em CPAP com 21% O2 saturando 98% em MSD e 89 %
em MID Acianótico, precórdio calmo, pulsos presentes. ACV RR 2T BNF sem sopros.
Pulmões com boa entrada de ar. Ecocardiograma TT Situs solitus, levocardia e
levoapex Ordenação segmentar concordante. SIA com discreta FOP SIV com CIV
moderada em região via de entrada para trabecular medindo 0,45 cm,
aproximadamente, com shunt bidirecional. Regurgitação tricúspide leve sem

gradiente pressórico significativo (gradiente de 32 mmHg contaminado pela CIV) Diâmetros cavitários normais. Função ventricular preservada (VE e VD) VE medindo 1,36 cm Arco aórtico para esquerda (com fluxo anterógrado, com raiz da aorta medindo 0,5 cm, anel aórtico medindo 0,75 cm, aorta ascendente proximal medindo 0,50 cm e 0,36 cm mais distalmente pré TBC, aorta após TBC medindo 0,25 cm e 0,18 cm próxima a região istmica com fluxo anterógrado. Canal arterial amplo (0,75 cm) com fluxo bidirecional, predominante da artéria pulmonar para aorta descendente. Impressão: Coarctação da aorta grave pós TBC até região istmica. com hipoplasia da aorta ascendente e raiz da aorta. CIV via de entrada para trabecular moderada com shunt bidirecional. Canal arterial amplo. Demais parâmetros normais. Conduta: manter prostin, solicitar Angio TC. EVOLUÇÃO: 2436689 (FECHADO) Data/Hora do Documento: 28/06/2022 13:03 Prestador(a) Responsável: SERGIO ALEXANDRE PEREIRA Data de Referência: 28/06/2022 GONCALVES - CRM 52479191 / PEDIATRIA CRM 52479191 SERGIO ALEXANDRE PEREIRA GONCALVES.



Angio-TC (29/06/2022): "Aorta ascendente de calibre reduzido, medindo 7 mm. Sinais de interrupção do arco aórtico com opacificação do segmento descendente da aorta a partir da persistência do canal arterial. A aorta ascendente dá origem a duas artérias, provavelmente braquiocefálica e carótida comum esquerda. A artéria subclávia direita encontra-se opacificada, porém não se identifica a sua origem (provavelmente a partir da braquiocefálica). A artéria subclávia esquerda se origina da porção descendente da aorta junto ao canal arterial. Aumento do calibre da artéria pulmonar, medindo 12mm. O canal arterial tem calibre de 5 mm e a porção descendente da aorta torácica 9 mm. NOTA: Opacidades em vidro fosco na porção posterior dos pulmões. Não há evidência de linfonodomegalias e de derrame pleural." Impressão: Coarctação da aorta grave pós TBC até região istmica. com hipoplasia da aorta ascendente e raiz da aorta. CIV via de entrada para trabecular moderada com shunt bidirecional. Canal arterial amplo. Conduta: RN necessita realização de Angiotomografia da aorta para programar cirurgia cardíaca imediata. Cirurgia será Aortoplastia para estabelecimento de fluxo sistêmico pela aorta e ventrículosseptoplastia para fechar a CIV. Conduta: manter prostin.

15-REG - 2364159 - Dta inter. 21/06/2022, Dta inter.: 21/06/2022, PN: 3000g, IG.: 41 semanas + 2 dias, Sexo: Feminino, Diagnóstico: Bradicardia

Ecocardiograma- ausência de defeitos estruturais diâmetros cavitários normais, funções ventricular preservada.

Arco aórtico normal, canal arterial ocluidos FOP, regurgitação tricúspide com PSAP em 45mmHg., VCI contraída. Conclusão AV mecânica 1;1 com PR mecânica de

155m, Hipertensão pulmonar leve , FOP, Aspecto de BAV primeiro grau , sugiro realizar ECG.

16-REG - 2361285 - Dta nasc.: 01/06/2022, Dta inter.: 01/06/2022 , PN: 3205g , Sexo: Feminino , Parto: Cesarea, IG.: 39 semanas , Diagnóstico: Asfixia Perinatal

Ecocardiograma- (02/06) - Insuficiência moderada , veia vaca contraída , função ventricular preservada.

17- REG - 2363177- Dta nasc.: 13/06/2022, Dta inter: 13/06/2022, PN.: 3185g, Sexo: Masc., IG : 37 semanas + 4 dias , Diagnóstico: RN AT AIG - Desconforto respiratório.

ECG - (18/06) - sem alteração

Ecocardiograma (17/06) - Forame oval patente fisiológico.

18- REG - 2363222- Dta nasc.: 16/06/2022, Dta inter.: 16/06/2022, PN: 3385g , Sexo: Masc. , Parto : Vaginal , IG: 39 semanas + 5 dias , Diagnóstico: Asfixia perinatal.

Ecocardiograma(18/06) - Situs solitus , VCI contraída , com pouca variação aos movimentos respiratório. Septo IA e IV ntegros , canal arterial fechado, sinais indiretade HAP - FE 60% (com aminas) sem alterações em 4 semanas, arco aórtico sem obstruções aparentes.


19- REG - 2362228- Dta nasc.: 07/06/2022 , Dta inter.: 07/06/2022, PN: 3170g , Sexo: Masc., Parto: Cesárea, IG.:36 semanas+ 4 dias, Diagnóstico: Asfixia grave

Ecocardiograma (08/06): Situs solius . Ordenação segmentar concordante. Diâmetros cavitários dentro da normalidade. Valvas AV normais. Refluxo Mitral leve, Refluxo tricúspide leve, gradiente VD/AD-22 mmHg.PSAP 27 mmHg. Drenagem venosa pulmonar ao AE. Forame oval patente (FOP) Septo interventricular normal. Arco aórtico normal. Canal arterial patente medindo 2,3cm Função ventricular sistólica preservada, FE-87% Função de VD normal.TAPSE 26mm. Ausência de derrame. Cava normo destendida.

20- REG - 2352693- Dta nasc.: 25/03/2022, Dta inter.: 25/03/2022, PN.: 1880g, Sexo: Masc. , Parto: Vaginal, IG.: 33 semanas + 1dia , Diagnóstico: PCA

Ecocardiograma (26/04): ausência de outros defeitos estruturais cardíacos, função ventricular preservada, FOP, Canal Arterial 2,5 mm. Shunt E > D , em sobrecarga cavitária esquerda, no momento. Restante do exame normal. Conduta: Indicamos o fechamento cirúrgico do canal arterial.

ECO (17/05): ausência de defeitos estruturais, função ventricular preservada, diâmetros cavitários normais, FOP, Canal Arterial fechado (cirurgicamente). Estenose relativa de ramo esquerdo pulmonar.



21- REG- 2362849- Dta nasc.: 10/06/2022 , Dta inter.: 10/06/2022 , PN: 1320g , Sexo: Fem , Parto: Cesárea, IG: 32 semanas + 6 dias , Diagnóstico: PMT

Diagnóstico: Prematuridade x PIG Medicação:-- Ecocardiograma (24/06): Estenose relativa de ramo esquerdo pulmonar e FOP. Sem conduta específica.

22- REG- 2360433 - Dta nasc: 28/05/2022, Dta inter.: 28/05/2022, PN: 2730g, Sexo: Fem, Parto: Vaginal , Diagnóstico: CIA + Hiperfluxo pulmonar

Ecocardiograma (31/05): aguardo laudo oficial, presença de FOP de aprox 0,5 cm. ECO (07/06): Velocidade discretamente aumentada em ramos pulmonares. Cava dilatada. Aumento de cavidades direitas. Refluxo tricúspideo importante, gradiente VD/AD 45mmHg. PSAP 55mmhg .=hap GRAVE. TAPSE 12mm=Disfunção de VD evolutivamente normal. Função sistólica de VE 70% =normal. (09/06): Sobrecarga de cavidades direitas. Regurgitação tricúspide leve com PSAP de 50 a 54 mmHg. Função ventricular esquerda preservada. VCI algo dilatada. Impressão: piora da

Hipertensão pulmonar. Aspecto de BAV segundo grau no ecocardiograma. (15/06): Sobrecarga de cavidades direitas. Regurgitação tricúspide leve com PSAP de 40 mmHg. Função ventricular esquerda preservada e VD com (TAPSE de 14 mm normal) Veias pulmonares drenando para AE. VCI algo dilatada.

Total de atendimentos Unidade Terapia Intensiva Neonatal:

Total dos atendimentos Prestados no período de Abril à Junho:

Cirurgia Neonatal	04
Consulta Ambulatorial	136
Eletrocardiograma	15
Ecocardiograma Transtoracica - Ped.	143
Eco Fetal	43
Total geral	341

Atenciosamente,



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

José Luiz Muniz Bandeira Duarte

Coordenador Projeto Cardiopatia Congênita

Matric.: 5027-8 / ID: 2551035



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

**Relação de Avaliações e Exames Realizados pela Equipe do Projeto Cirurgia Cardíaca/ UTI
Pediátrica Abril a Junho/ 2022**

Coordenação: Rosana Andrade Flintz e Raquel de Seixas Zeitel
Medicina Intensiva Pediátrica/ plantão: Bruno Bohme
Cardiologia Pediátrica/ plantão e ambulatório: Ana Tereza Antunes Monteiro de Souza
Cirurgia Cardíaca Infantil: Andrey José de Oliveira Monteiro e Alvaro Assed Estefan Nametala

Neste trimestre tivemos, em nossa unidade, internações prolongadas, com tempo de permanência elevado e cronicidade de pacientes. Desta forma, não tivemos leitos disponíveis para a demanda de pós operatório de cirurgia cardíaca na UTI Pediátrica.

Total de Pacientes avaliados no período de abril a junho 2022

Procedimentos realizados = 220
Cirurgia realizada = 1
Avaliações cardiológicas = 92
Ecocardiograma transtoracico = 96
Eletrocardiograma = 31

Relação de Pacientes avaliados:

APL 2361551

Diagnóstico: Pioventriculite em pós operatório
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação clínica + ECO = 2

BMP 1930104

Diagnóstico: Meningocele em C1 e comunicação com espaço muconasofaríngeo
Avaliação cardiológica: leve dilatação de cavidades esquerdas
//na UTIP: avaliação clínica + ECO = 2

ARM 2304609

Diagnóstico: Síndrome de Cimitarra + PO embolização de colateral Ao-Pulmonar + PO tardio ligadura canal arterial + hemorragia digestiva alta + sepse + 4 PCR
Avaliação cardiológica: sobrecarga pressórica do VD, disfunção biventricular, inicialmente moderada, leve em exames de controle
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 3

HVV 2352977

Diagnóstico: múltiplas malformações + PO tardio pela Urologia + sepse grave
Avaliação cardiológica: leve dilatação de cavidades esquerdas e função normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 3

LSF 2361734

Diagnóstico: choque séptico pulmonar + embolia séptica + PO tromboembolictomia
Avaliação cardiológica: disfunção ventricular grave (FEVE 35%), inicialmente, com melhora gradativamente, (56% → 65%)
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 3

JPAS 2349834

Diagnóstico: choque séptico em neutropenia febril (LMA M4) + distúrbio metabólico
Avaliação cardiológica: disfunção ventricular leve + intervalo QTc prolongado
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 3

GMVMS 2322136

Diagnóstico: Coma + hiponatremia grave + encefalopatia em investigação
Avaliação cardiológica: normal.
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 1

MGBL 2362964

Diagnóstico: pneumonia grave + nefrite lúpica + hipotireoidismo + trombose
Avaliação cardiológica: disfunção ventricular leve + HVE concêntrica + IM moderada e IT leve → derrame pericárdico leve
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 3

HLI 2354999

Diagnóstico: tetralogia de Fallot + PO de shunt sistêmico pulmonar + sepse
Avaliação cardiológica: tetralogia de Fallot com estenose pulmonar grave
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 4; ECO = + 5 (total =9)
//Cirurgia Cardíaca realizada em 04/05/2022: shunt sistêmico pulmonar TBC/ APD

MAS 2345178

Diagnóstico: Hipertermia maligna
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 2

MERM 2356768

Diagnóstico: pneumonia grave + hipocalemia
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 2

COR 2336063

Diagnóstico: choque séptico abdominal + ICS + LLA Ph+
Avaliação cardiológica: disfunção ventricular quando sepse, melhora gradativa
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 3
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECG + ECO + 1

HCSG 2357430

Diagnóstico: pneumonia grave + Síndrome Hemolítico Urêmica
Avaliação cardiológica: leve dilatação de cavidades esquerdas e disfunção ventricular leve
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 2

BWM 2358320

Diagnóstico: pneumonia grave com empiema hipertensivo
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

AOL 2319162

Diagnóstico: tumor cístico ponto bulbar
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 1

GGF 2358754

Diagnóstico: asma e Influenza B
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

LFP 2324123

Diagnóstico: Bronquiolite por VSR + PO tardio de ventriculosseptoplastia
Avaliação cardiológica: discreto aumento de cavidades esquerdas + função ventricular normal + imagem sugestiva de endocardite/ trombo intracardiaco
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 4

IVO 2359539

Diagnóstico: pneumonia necrotizante + sepse + hemorragia pulmonar
Avaliação cardiológica: leve dilatação de cavidades esquerdas e função ventricular normal, evolutivamente disfunção ventricular moderada
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 4

SSD 2353399

Diagnóstico: ventriculite
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

PLP 2359845

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

LIS 2359844

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia
Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

SRFS 1907588

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia

Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

YMN 1936958

Diagnóstico: asma grave + pneumonia

Avaliação cardiológica: trombo em extremidade de cateter venoso central

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 4

AFJP 2361824

Diagnóstico: bronquiolite por adenovirus + pneumonia

Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

LRLS 2331359

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia + PO tardio ventriculoseptoplastia

Avaliação cardiológica: PO tardio ventriculoseptoplastia sem shunt residual

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 3

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 2

SMC 2653163

Diagnóstico: pneumonia com derrame pleural

Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

JLM 2353972

Diagnóstico: bronquiolite VSR

Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

TSV 2354305

Diagnóstico: sepse abdominal e distúrbio eletrolítico

Avaliação cardiológica: hipertensão arterial pulmonar leve

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 3

LEAS 1799017

Diagnóstico: cardiopatia congênita cianótica complexa

Avaliação cardiológica: cardiopatia congênita cianótica complexa

//no ambulatório Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 3

HAS 2294700

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia

Avaliação cardiológica: normal

//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

MHS 2303894

Diagnóstico: estenose pulmonar valvar moderada

Avaliação cardiológica: estenose pulmonar moderada
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

GBG 2352167

Diagnóstico: bronquiolite + pneumonia
Avaliação cardiológica: comunicação interatrial pequena
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

MSM

Diagnóstico: síndrome edemigênica
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

JLS 2280822

Diagnóstico: PO feocromocitoma + HAS com HVE
Avaliação cardiológica: normal
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

DCVV 2333334

Diagnóstico: Sd. Down + comunicação interatrial
Avaliação cardiológica: normal
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

AMA

Diagnóstico: meningoencefalite + sepse
Avaliação cardiológica: normal
//na UTIP: avaliação cardiológica + ECO = 1

ACM 2358178

Diagnóstico: lactente sibilante
Avaliação cardiológica: normal
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

JGPC 2352793

Diagnóstico: atrofia muscular de Duchenne
Avaliação cardiológica: leve HVE concêntrica e disfunção diastólica do VE
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 3

YYPC 2332040

Diagnóstico: Lupus + pericardite com tamponamento cardiaco
Avaliação cardiológica: leve dilatação VE e pericárdio discretamente espessado sem derrame
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

BLCN 2358348

Diagnóstico: estenose aórtica
Avaliação cardiológica: estenose aórtica moderada
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 2

YBGM 2361535

Diagnóstico: comunicação interventricular pequena

Avaliação cardiológica: comunicação interventricular pequena
//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 2

CLRG 2324358

Diagnóstico: coarctação de Aorta

Avaliação cardiológica: coarctação de Aorta com gradiente de 20mmHg

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECG + ECO = 1

DJSC 2347524

Diagnóstico: insuficiência aórtica moderada

Avaliação cardiológica: insuficiência aórtica moderada a significativa

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

VMS 2295729

Diagnóstico: síndrome inflamatória multissistêmica associada a Covid-19

Avaliação cardiológica: disfunção ventricular leve do VE

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

ACSV 2364700

Diagnóstico: triagem protocolo profilaxia Tuberculose / FIOCRUZ

Avaliação cardiológica: normal

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 1

BOS 2317539

Diagnóstico: PO tardio ligadura canal arterial

Avaliação cardiológica: canal arterial fechado sem shunt residual

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 2

SST 2364759

Diagnóstico: triagem protocolo profilaxia Tuberculose / FIOCRUZ

Avaliação cardiológica: normal

//no ambulatório de Cirurgia Cardíaca: avaliação cardiológica + ECO = 2


Ana Tereza Antunes M. de Souza
Cardiologia Pediátrica
Terapia Intensiva Pediátrica
CRM 52.75077-8
Mat. HUPE/UERJ 36059-4


Tereza Antunes M. de Souza
Terapia Intensiva Pediátrica
CRM 52.64948-1