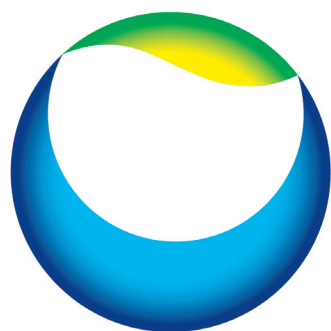


RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXIX CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO



Daiichi-Sankyo



InterCath
Intervenções por cateter

Diretor Científico

Raul Dias dos Santos Filho

Editor-Chefe

Luiz Felipe P. Moreira

Editores Associados

Cardiologia Clínica

José Augusto Barreto-Filho

Cardiologia Cirúrgica

Paulo Roberto B. Evora

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas

Antonio Augusto Lopes

Arritmias/Marcapasso

Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos

Carlos E. Rochitte

Pesquisa Básica ou Experimental

Leonardo A. M. Zornoff

Epidemiologia/Estatística

Lucia Campos Pellanda

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO)
Alfredo José Mansur (SP)
Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho (ES)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
Ana Clara Tude Rodrigues (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (SP)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antônio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Beatriz Matsubara (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cláudio Tinoco Mesquita (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Clerio Francisco de Azevedo Filho (RJ)
Dalton Bertolim Précoma (PR)
Dário C. Sobral Filho (PE)
Décio Mion Junior (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braille (SP)
Edmar Atik (SP)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)
Eulógio E. Martinez Filho (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Gilson Soares Feitosa (BA)
Glaucia Maria M. de Oliveira (RJ)
Hans Fernando R. Dohmann (RJ)
Humberto Villacorta Junior (RJ)
Ínes Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Jarbas Jackson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Pérciles Esteves (BA)
Leonardo A. M. Zornoff (SP)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Lucia Campos Pellanda (RS)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luís Cláudio Lemos Correia (BA)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marcus Vinícius Bolívar Malachias (MG)
Maria da Consolação V. Moreira (MG)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Murilo Foppa (RS)
Nadine O. Clausell (RS)
Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo Andrade Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)

Paulo Roberto B. Évora (SP)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Pedro A. Lemos (SP)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Reinaldo B. Bestetti (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Ricardo Stein (RS)
Salvador Rassi (GO)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sandra Fuchs (RS)
Sergio Timerman (SP)
Silvio Henrique Barberato (PR)
Tales de Carvalho (SC)
Vera D. Aiello (SP)
Walter José Gomes (SP)
Weimar K. S. B. de Souza (GO)
William Azem Chalela (SP)
Wilson Mathias Junior (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho (Portugal)
Ana Maria Ferreira Neves Abreu (Portugal)
Ana Teresa Timóteo (Portugal)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Jorge Ferreira (Portugal)
Manuel de Jesus Antunes (Portugal)
Marco Alves da Costa (Portugal)
Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira (Portugal)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Nuno Bettencourt (Portugal)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)
Roberto José Palma dos Reis (Portugal)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Marcus Vinícius Bolívar Malachias

Vice-Presidente

Eduardo Nagib Gaudi

Presidente-Eleito

Oscar Pereira Dutra

Diretor Científico

Raul Dias dos Santos Filho

Diretora Financeira

Gláucia Maria Moraes Oliveira

Diretor Administrativo

Denilson Campos de Albuquerque

Diretor de Relações Governamentais

Renault Mattos Ribeiro Júnior

Diretor de Tecnologia da Informação

Osni Moreira Filho

Diretor de Comunicação

Celso Amodeo

Diretor de Pesquisa

Leandro Ioshpe Zimerman

Diretor de Qualidade Assistencial

Walter José Gomes

Diretor de Departamentos Especializados

João David de Sousa Neto

Diretor de Relacionamento com Estaduais e Regionais

José Luis Aziz

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Ouvidor Geral

Lázaro Fernandes de Miranda

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Governador do Capítulo Brasil do ACC

Roberto Kalil Filho

Coordenadorias Adjuntas

Coordenador de Relações Internacionais

David de Pádua Brasil

Coordenador da Universidade Corporativa

Gilson Soares Feitosa Filho

Coordenador de Diretrizes e Normatizações

José Francisco Kerr Saraiva

Coordenador de Registros Cardiovasculares

Otávio Rizzi Coelho

Coordenador de Valorização Profissional

Carlos Japhet da Matta Albuquerque

Coordenador de Novos Projetos

Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenadores de Educação Continuada

Marcelo Westerlund Montera e Rui Manuel dos Santos Póvoa

Conselho de Planejamento Estratégico

Andrea Araújo Brandão, Ari Timeman, Dalton Bertolin Precoma, Fábio Biscegli Jatene

Editoria do Jornal SBC

Carlos Eduardo Suaide Silva

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Ferreira de Albuquerque

SBC/AM – Marcelo Mouco Fernandes

SBC/BA – Nivaldo Menezes Filgueiras Filho

SBC/CE – Sandro Salgueiro Rodrigues

SBC/CO – Danilo Oliveira de Arruda

SBC/DF – José Roberto de Mello Barreto Filho

SBC/ES – Bruno Moulin Machado

SBC/GO – Aguinaldo Figueiredo Freitas Jr.

SBC/MA – Márcio Mesquita Barbosa

SBC/MG – José Carlos da Costa Zanon

SBC/MS – Delcio Gonçalves da Silva Junior

SBC/MT – Max Wagner de Lima

SBC/NNE – Claudine Maria Alves Feio

SBC/PA – Sônia Conde Cristino

SBC/PE – Paulo Sérgio Rodrigues Oliveira

SBC/PB – Miguel Pereira Ribeiro

SBC/PI – Wildson de Castro Gonçalves Filho

SBC/PR – Gerson Luiz Bredt Júnior

SBC/RJ (SOCERJ) – Ricardo Mourilhe Rocha

SBC/RN – Maria de Fátima Azevedo

SBC/RO (SOCERON) – João Roberto Gemelli

SBC/RS (SOCERGS) – Gustavo Glotz de Lima

SBC/SC – Maria Emilia Lueneberg

SBC/SE – Sergio Costa Tavares Filho

SBC/SP (SOCESP) – Ibraim Masciarelli
Francisco Pinto

SBC/TO – Andrés Gustavo Sánchez

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – André Arpad Faludi

SBC/DCC – José Carlos Nicolau

SBC/DCC/CP – Maria Angélica Binotto

SBC/DCM – Elizabeth Regina Giunco Alexandre

SBC/DECAGE – José Maria Peixoto

SBC/DEIC – Luis Eduardo Paim Rohde

SBC/DERC – Salvador Manoel Serra

SBC/DFCVR – João Jackson Duarte

SBC/DHA – Eduardo Costa Duarte Barbosa

SBC/DIC – Samira Saady Morhy

SBCCV – Fabio Biscegli Jatene

SBHCI – Marcelo José de Carvalho Cantarelli

SOBRAC – Denise Tessariol Hachul

GAPO – Bruno Caramelli

GECC – Mauricio Wajngarten

GECESP – Daniel Jogaib Daher

GECETI – Gilson Soares Feitosa Filho

GECHOSP – Evandro Tinoco Mesquita

GEICIP – Gisela Martina Bohns Meyer

GEEN – Andréa Maria Gomes Marinho Falcão

GECO – Roberto Kalil Filho

GEECABE – José Antônio Marin Neto

GEECG – Nelson Samesima

GEICPED – Estela Azeka

GEMCA – Álvaro Avezum Junior

GEMIC – Felix Jose Alvarez Ramires

GERCPM – Tales de Carvalho

GERTC – Marcello Zapparoli

GETAC – João David de Souza Neto

GEVAL – Luiz Francisco Cardoso

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 109, Nº 2, Suplemento 2, Agosto 2017

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM),
SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Design

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço:
www.arquivosonline.com.br.



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Resumo das Comunicações

**XXIX CONGRESSO DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
DO ESPÍRITO SANTO**

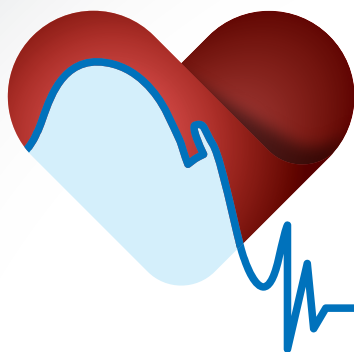
VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO

Neste suplemento dos Arquivos Brasileiro de Cardiologia estão publicados os resumos dos trabalhos selecionados para apresentação no XXIX Congresso da SBC/ES.

Com esta iniciativa, a Diretoria da SBC/ES procura divulgar, amplamente, a produção técnica e científica da cardiologia no Estado do Espírito Santo, além de prover aos autores um instrumento indexado para que possam referir os seus trabalhos em quaisquer outras publicações.

Dr. Bruno Moulin Machado
Presidente da SBC/ES

Dr. Eduardo Giestas Serpa
Diretor Científico da SBC/ES



XXIX

**Congresso da
Sociedade Brasileira
de Cardiologia do
Espírito Santo - SBC/ES**

Pedra Azul • Domingos Martins/ES

17a19
de agosto de 2017

Hotel Eco da Floresta, Pedra Azul, Domingos Martins/ES



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
DO ESPÍRITO SANTO**



49877

Taquicardia ventricular sustentada idiopática com origem no músculo papilar posterior como diagnóstico diferencial de taquicardia fascicular – Relato de caso

AMANDA ALTOÉ SATLHER, DALTON HESPANHOL DO AMARAL, LARA LOUZADA E AMANDA SCALFONI PECEMILLIS

Hospital e Maternidade São José, Colatina, ES, BRASIL - Hospital Santa Rita de Vitória, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A taquicardia ventricular idiopática (TVI) corresponde a 10% das taquicardias ventriculares (TV), sendo, na maior parte das vezes, benigna. Sua classificação se dá pelo local de origem da arritmia, sendo a TV fascicular ou TV Verapamil-Sensível, a apresentação mais comum das TVI com origem no ventrículo esquerdo (VE). Além dos fascículos, outros focos, dentre eles os músculos papilares, também podem, de forma menos frequente, desencadear uma arritmia, que se manifesta na maioria das vezes como TV não sustentada ou ectopias ventriculares. **Objetivo:** Relatar um caso clínico com diagnóstico de TV fascicular, cuja ablação efetiva se deu no músculo papilar posterior. **Método:** Análise retrospectiva de prontuário proveniente de um grupo médico de eletrofisiologia cardíaca. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 37 anos, história de palpitações taquicárdicas frequentes, ausência de cardiopatia estrutural, diagnosticado com TV fascicular e submetido à ablação por corrente de radiofrequência há 15 anos sem sucesso. No último ano, apresentou piora dos sintomas, sendo necessária internação hospitalar e cardioversão elétrica sincronizada. O eletrocardiograma (ECG) altamente sugestivo de TV fascicular, sendo representada pela forma mais comum, manifestando com bloqueio de ramo direito e eixo superior. Foi submetido a estudo eletrofisiológico invasivo e nova ablação por cateter por corrente de radiofrequência. Durante o procedimento guiado por mapeamento eletroanatômico, induziu-se uma TV monomórfica sustentada sem instabilidade hemodinâmica, cuja maior precocidade dos eletrogramas encontrava-se em região pósteroseptal apical do ventrículo esquerdo. Após mapeamento endocárdico, somente a aplicação por cateter irrigado em base do músculo papilar posterior do VE foi capaz de interromper a taquicardia. **Conclusão:** Os achados eletrocardiográficos de taquicardia ventricular com padrão bloqueio de ramo direito e eixo superior em paciente jovem, sem doença estrutural cardíaca, é altamente sugestivo de TV fascicular. A TV sustentada originada no músculo papilar é infrequente e pouco descrito na literatura, contudo, merece atenção como um importante diagnóstico diferencial, principalmente em casos de insucesso e recorrência pós ablação de TV fascicular, tendo em vista, que os resultados através da ablação com radiofrequência guiados por mapeamento eletroanatômico, nesses casos, são altamente satisfatórios.

49955

Aplicação do protocolo de dor torácica: um relato de experiência

BRUNA CHIABAI DO NASCIMENTO, LEANDRO CESAR CAETANO E VAGUINA VIEIRA GONÇALVES

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL.

O Hospital Evangélico de Vila Velha ES (HEVV) é referência em atendimento de cardiologia. Anteriormente o enfermeiro classificador avaliava o paciente conforme a queixa clínica, seguindo o fluxograma de dor torácica de Manchester. Visando garantir a qualidade do atendimento prestado aos pacientes de forma objetiva e rápida, foi elaborado o "Protocolo de dor torácica", com a finalidade de identificar pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Doença Arterial Coronariana (DAC) que poderiam ser liberados com outro diagnóstico. Os riscos no Protocolo de dor torácica são classificados por cores, sendo "risco laranja" atribuído aos pacientes classificados com dor torácica através da demanda espontânea e "risco vermelho" aos pacientes referenciados pelo SAMU, sabidamente identificados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Para classificar o paciente como risco laranja, o enfermeiro classificador deverá identificar dor torácica típica e fatores de risco associados, realizar eletrocardiograma (ECG) em até 10min e encaminhar imediatamente o paciente ao cardiologista. Tratando-se de IAM com supradesnivelamento do segmento ST, o paciente recebe a classificação de risco vermelho, caso contrário, permanece o risco laranja e são realizados exames, monitorização contínua e medicações. No risco vermelho, o ECG é realizado em até 5min para a avaliação do cardiologista, o paciente é monitorizado, estabelecido acesso venoso e medicado com clopidogrel, AAS e sinvastatina; e metoprolol, enalapril e morfina conforme critérios. Existe a "linha vermelha", um ramal direto que contacta com o setor de hemodinâmica, para acionar a emergência e o paciente é direcionado para realização de angioplastia primária. Para esse processo, é preconizado o tempo de porta-balão, o qual compreende o tempo gasto desde a entrada do paciente na porta da emergência até a insuflação do primeiro balão na angioplastia, que deverá ser de até 90 minutos. Quando se trata de feriados, finais de semana e horários não comerciais a equipe da hemodinâmica fica de sobreaviso e é acionada a comparecer na instituição. A aplicação deste protocolo na instituição ainda é recente, desde novembro de 2016, porém teve boa aceitação das equipes do Pronto-Socorro e Hemodinâmica e resultados de sua efetividade já são vistos, no qual o tempo de porta-balão não é extrapolado, representando um ganho para o serviço e principalmente para o paciente, afinal, tempo é músculo.

49968

Canal arterial patente em paciente com 68 anos: relato de caso

JULIA ASSIS PIRES, LAIS VAGO, PAULA GOMES MARTINS E PAULO ROBERTO ANGELETE BERNARDES

Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES, BRASIL.

Introdução: A persistência do canal arterial (PCA) é a terceira anormalidade congênita mais comum. A maioria é diagnosticada e tratada na infância, contudo pode haver casos só detectados na adolescência ou idade adulta. A magnitude do shunt depende da resistência oferecida pelo canal se o canal é pequeno, ou pela resistência vascular pulmonar se o canal é grande. Com a PCA podem surgir algumas complicações, como sobrecarga de átrio e ventrículo esquerdo, fibrilação atrial, alterações vasculares pulmonares (podendo culminar com Síndrome de Eisenmenger), endocardite, pneumonia recorrente, insuficiência cardíaca congestiva, calcificação, aneurisma e raramente ruptura. O fechamento pode ser feito por implante de endoprótese ou por cirurgia aberta. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 68 anos, hipertensa e obesa, encaminhada por des controle pressórico e também por sintomas de dispnéia aos esforços. Ecocardiograma evidenciou ventrículo esquerdo com dilatação moderada e disfunção diastólica grau 2, dilatação importante de átrio esquerdo, insuficiência mitral e tricúspide discretas, hipertensão pulmonar (HP) discreta, dilatação da artéria pulmonar com imagem sugestiva de PCA de 4 mm de diâmetro. Solicitada aortografia torácica e pulmonar que revelou presença de canal arterial patente e artérias pulmonares proximais calibrosas. Angiotomografia de aorta torácica evidenciou tronco pulmonar com dilatação importante, artérias pulmonares direita e esquerda dilatadas em suas porções proximais, PCA com extremidade aórtica 1,0 x 0,9 cm e pulmonar de 0,6 x 0,4 cm, presença de placas calcificadas no arco e na borda inferior do canal. Concluiu tratar-se de miocardiopatia secundária à PCA. Como a paciente manteve-se sintomática mesmo após otimização de medicações para tal, optado por indicar fechamento do defeito. **Conclusão:** A PCA é uma cardiopatia congênita raramente encontrada em adultos. As fases iniciais da doença se manifestam como dispnéia e intolerância aos esforços, sendo que a fase final pode cursar com HP, cianose e inversão do shunt (Síndrome de Eisenmenger), cujo prognóstico é reservado. Quando sintomática, deve ser indicada correção. O implante de endoprótese é um procedimento menos invasivo e com excelentes resultados, devendo ser a primeira escolha, salvo impossibilidade de realização do mesmo.

49975

Forame oval patente como causa de acidente vascular encefálico criptogênico em paciente jovem

BRUNA LUISA FERRÃO LIMA, DANIEL FERNANDES LOPES SILVA, RUBENS FERRAÇO MALANQUINI E KLISSIA FERRAÇO MALANQUINI

Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES, BRASIL.

Introdução: a associação entre Forame Oval Patente (FOP) e acidente vascular encefálico criptogênico (AVEc) vêm de longa data, com os primeiros relatos datados de 1877. Desde então, a relação de causa e efeito dos dois é incerta. A hipótese é de que a passagem de êmbolos a partir da circulação direita através do forame fosse a causa do evento cerebrovascular. Os dados mais consistentes da literatura são a relação de FOP e aneurisma de septo, em que a concomitância aumenta o risco de eventos embólicos. No entanto é discutível se apenas a presença do FOP explicaria a ocorrência de um AVEc. **Relato de caso:** mulher, 52 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e obesidade, apresentou quadro súbito de mal estar associado à parestesia de membro superior esquerdo. Procurou pronto socorro, onde foi constatado em exame de tomografia de crânio imagem compatível com evento vascular isquêmico em região frontal e insular/subinsular à esquerda. Iniciada investigação etiológica, com eletrocardiograma e holter de 24 horas descartando arritmias; ecocardiograma transtorácico com dilatação discreta bi-atrial e função sistólica bi-ventricular preservada; Doppler de Carótidas e Vertebrais normal; ecocardiograma transesofágico mostrou ausência de trombos intracavitários e pequeno forame oval, com inversão de shunt ao teste de microbolhas. No seguimento foi realizada pesquisa de trombofilias hereditárias e provas de autoimunidade, ambas negativas. Portanto, trata-se de uma paciente que sofreu AVEc, e a única alteração após toda investigação foi a presença de FOP com inversão de shunt. **Conclusão:** O FOP quando relacionado a eventos embólicos é considerado diagnóstico de exclusão. Com isso os rastreamentos para estados pró-trombóticos (disfunções hematológicas, doenças autoimunes), fibrilação atrial, aterosclerose carotídea significativa e alterações neurovasculares devem ser realizados nos pacientes antes que diagnóstico definitivo seja firmado. Nesses casos, embora os resultados dos estudos sejam conflitantes, existe tendência para a indicação de fechamento de forame devido risco de outros episódios tromboembólicos.

49990

Segurança do exercício físico supervisionado em pacientes com cardiopatia isquêmica em centro de reabilitação cardiovascular

NATASSIA SOUZA SANTOS CAMPOS GOMES, RENATO GIESTAS SERPA, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROVANA SILVA AGRIZZI, ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR, BRUNA DE DEUS HERRERA, FLÁVIO LUIZ RUA RIBEIRO, BERNARDO BERMOND GUIMARÃES E ALBERTO MONTEIRO NETO

Instituto Habilitar, Vitória, ES, BRASIL - EMESCAM, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: Apesar do crescente acúmulo de evidência científica robusta demonstrando benefício e eficácia da Reabilitação Cardiovascular (RC), sua prescrição ainda é limitada, sendo a insegurança do prescritor uma das explicações. O objetivo do presente estudo é demonstrar a segurança do Exercício Físico Supervisionado (EFS) nos portadores de cardiopatias isquêmicas com intuito de incrementar o universo de pacientes que se beneficiarão da RC. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo por meio de análise de prontuários de centro de RC entre setembro/2016 e Maio/2017 sobre segurança da RC em pacientes com doença coronariana (DC) submetidos a revascularização miocárdica (RM) percutânea ou cirúrgica. A prescrição da intensidade, volume e tipo de exercício foi baseada em avaliação clínica e física, escala de Borg, Teste de Caminhada de 6 minutos, frequência cardíaca (FC) máxima e de reserva e Teste Cardiopulmonar. O planejamento individualizado contemplava exercícios resistidos, aeróbicos, de flexibilidade, equilíbrio e coordenação, além de treinamento de musculatura respiratória. FC, pressão arterial, saturação de O₂ e sintomas foram rigorosamente monitorados em cada sessão de treino. Eventos adversos considerados maiores foram óbito, infarto agudo do miocárdio, arritmia e parada cardiorrespiratória; e os menores, dispnéia ou angina limitante, síncope, desequilíbrio ou queda e elevação aguda da pressão arterial. **Resultados:** Foram analisados 30 pacientes submetidos à RM e encaminhados para RC. Todos tiveram avaliação pré-participação feita pela equipe médica e nenhum considerado inapto. Cada paciente foi individualmente supervisionado por um educador físico, sendo a média de execução de exercício físico realizado de 3.840 minutos no período. Não houve nenhum evento adverso maior que necessitasse de atendimento de emergência. Foram observados 3 eventos menores: queda da própria altura sem trauma, desequilíbrio e angina autolimitada que motivou interrupção do treino. **Conclusões:** A segurança do EFS em pacientes com DC submetidos a RM é elevada quando realizado por profissionais capacitados e em ambiente adequado, e proporciona importante ferramenta de incremento de sobrevida e qualidade de vida. Necessário salientar que são imprescindíveis prévia e criteriosa avaliação médica, correta prescrição do exercício respeitando limites e necessidades individuais, bem como supervisão intensiva com monitoramento dos sinais vitais pela equipe assistente.

49991

Tratamento percutâneo da insuficiência mitral por MitraClip®: relato de caso

NATASSIA S. S. C. GOMES, FELIPE B. CESAR, VINICIUS F. MAURO E RENATO G. SERPA

Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES, BRASIL - EMESCAM, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: a insuficiência mitral acomete 7 a 10% da população com idade superior a 75 anos. A medida que a doença evolui e os sintomas aparecem, o reparo ou troca valvar cirúrgica tornam-se necessários, porém até 85% dos pacientes com idade avançada tem contraindicação cirúrgica pelo alto risco. Neste contexto desfavorável para cirurgia o tratamento percutâneo constitui-se alternativa viável e de recente incorporação na prática. **Descrição do Caso:** paciente de 86 anos, sexo feminino, com Insuficiência Cardíaca e Fibrilação Atrial secundárias a Insuficiência Mitral (IM) apresentava recorrentes internações por descompensação clínica (classe funcional III/IV-NYHA), apesar de terapia medicamentosa otimizada. Ao ecocardiograma transtorácico observou-se aumento de câmaras esquerdas, fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 56%, insuficiência mitral grave, prolapso e "flail" da valva mitral com jato regurgitante apresentando efeito coanda. Correção cirúrgica da IM foi desconsiderada pela equipe médica multidisciplinar assistente devido a fragilidade da paciente e elevada probabilidade de mortalidade e complicações conforme escores de risco cirúrgico (mortalidade 6,12% e 5,3% estimada pelo EUROSCORE e STS, respectivamente; além de 28% risco de morbidade pelo STS). Como alternativa, foi realizado correção percutânea com Mitraclip com sucesso, resultando em jato regurgitante mínimo e estenose mitral com pequeno gradiente transvalvar ao ecocardiograma de controle. A paciente apresentou ótima evolução clínica e melhora funcional significativa. **Conclusão:** o reparo mitral transcater com dispositivo MitraClip mostra-se um tratamento alternativo seguro e eficaz na abordagem de pacientes portadores de IM funcional ou degenerativa gravemente sintomáticos (NYHA CF III/IV), que apresentem favorável expectativa de vida e elevado risco cirúrgico devido a comorbidades ou idade avançada. Tem como grande limitação em nosso meio o seu elevado custo.

49999

Dor torácica na urgência: um relato de caso de insuficiência cardíaca secundária a distrofia muscular de duchenne

DANIELLA MOTTA DA COSTA, FLÁVIA PEZZIN, ASSAD MOGUEL SASSINE, THIAGO RODRIGUES SEQUEIRA, DIOGO OLIVEIRA BARRETO, CARINA LARANJA DE MATTOS, EMILIO PEREIRA DO ROSARIO JUNIOR, LARISSA BRISON BAPTISTA, ROVENNA CASAGRANDE, BRUNELA CROCE E JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA

Hospital Evangélico, Vila Velha, ES, Brasil.

Introdução: A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é a doença neuromuscular de herança genética recessiva ligada ao cromossomo X, mais prevalente no sexo masculino. O comprometimento cardíaco é frequente e o óbito decorrente sobretudo por disfunção ventricular ocorre em cerca de 10% dos casos. Anormalidades eletrocardiográficas são comuns, descritas em até 93% dos casos. Relatamos um caso de um paciente de 25 anos, portador de DMD admitido no serviço de urgência devido dor precordial e insuficiência respiratória, supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma e ecocardiograma com fração de 32%. **Relato de Caso:** Paciente 25 anos, hipertenso, diabético, portador de DMD já em estágio avançado, transferido ao setor de urgência com quadro de dor precordial súbita associado a insuficiência respiratória aguda. Ao exame físico apresentava-se com murmúrio vesicular reduzido, com boa perfusão capilar periférica. Eletrocardiograma com evidência de supradesnivelamento de ST em V1-V3 e AVR. Troponina positiva. Raio X tórax com discreto aumento da área cardíaca. Cineangiogramografia sem evidência de lesões coronarianas obstrutivas. Ecocardiograma mostrou fração de ejeção de 32% – miocardiopatia dilatada. Procedido com tratamento clínico otimizado para insuficiência cardíaca e abordagem posterior para sepse de foco pulmonar. Paciente evoluiu desfavoravelmente apesar das medidas clínicas instituídas, com posterior óbito. **Discussão:** A miocardiopatia dilatada é principal forma de disfunção cardíaca na DMD decorrente do processo fibrótico da parede posterior do ventrículo esquerdo. O supradesnivelamento do seguimento ST está descrito com umas das alterações eletrocardiográficas na DMD, sendo o eletrocardiograma uma importante ferramenta no diagnóstico do comprometimento cardíaco, típico no curso natural da DMD, podendo tais alterações precederem a sintomatologia cardíaca secundária a deficiência de distrofina na contração do músculo cardíaco. Nos pacientes mais jovens a insuficiência cardíaca é principal causa de mortalidade, sendo o manejo clínico fundamental na abordagem desta doença.

50000

Insuficiência cardíaca avançada: relato de transplante cardíaco em um hospital filantrópico

LUIZ RENATO DAROZ, ASSAD MOGUEL SASSINE, FLÁVIA PEZZIN, THIAGO RODRIGUES SEQUEIRA, DIOGO OLIVEIRA BARRETO, GEDEALVARES FRANCISCO DE SOUZA JUNIOR E DANIELLA MOTTA DA COSTA

Hospital Evangélico, Vila Velha, ES, Brasil.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença progressiva, associada a alta morbimortalidade. No Brasil é vista como a quinta causa mais prevalente de internações que representam 39% do custo total com a doença. O transplante cardíaco (TxC) é opção terapêutica considerada em pacientes com IC avançada e refratária ao tratamento otimizado. Relatamos o caso de uma paciente 25 anos, com IC avançada, fração de ejeção reduzida INTERMACS 3, submetida satisfatoriamente ao transplante cardíaco, em acompanhamento pós transplante ambulatorial. **Relato de caso:** DSB, 25 anos, cirurgia prévia e troca valvar mitral – prótese metálica em 2010, provável miocardiopatia periparto em 2011, hipotireoidismo, com evolução para IC avançada (fração de ejeção 24%) e internação hospitalar durante 6 meses em INTERMACS 3/2, episódio de fibrilação ventricular revertida, com posterior recuperação clínica. Listada para transplante cardíaco, Painele imunológico Tipo I > 90% Tipo II 50% com MFI 2000 em 14/03/17. Em 12/04/17 paciente foi submetida ao transplante cardíaco, técnica bicaval, sem complicações Peri ou pós-operatórias. Tempo de isquemia de 4:16 horas. Terapia imunossupressora com micofenolato iniciado pré-operatório com seguimento concomitante com tacrolimus e prednisona. Ecocardiograma 2 pós-operatório com fração de ejeção normal. Biopsia endomiocárdica com padrão 1R no 7, 14 e 30 dias. Alta hospitalar no 22 pós-operatório com terapia imunossupressora, bloqueador de canal de cálcio visando manutenção do nível sérico de tacrolimus dentro do alvo terapêutico, hipolipemiantes oral, acompanhamento regular com endocrinologia/ uso de levotiroxina e realização periódica de exames laboratoriais, de imagem conforme protocolo hospitalar. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências e segue em acompanhamento multidisciplinar ambulatorial. **Conclusão:** A descompensação por IC com hospitalização é um marcador de progressão da doença com curso clínico desfavorável e de grande impacto financeiro, com mortalidade no ano aproximada em 17% com taxa de mortalidade em 60-90 dias pós hospitalização de 15%. O transplante cardíaco é uma efetiva abordagem cirúrgica no tratamento da insuficiência cardíaca refratária. Embora existam dificuldades para realização no Brasil, em especial pela elevada mortalidade em fila de transplante, a sobrevida conforme relato atinge média de 10 anos nos pacientes transplantados.

50002

Efeitos de exercícios aeróbicos e resistivos intradialíticos na qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica: ensaio clínico randomizado

LARISSA GIOVANNETTI LUNARDI, BRENDA SAMILA MENEGARDO, DAYANA MATTOS BAZONI ARMINI, DEOVANI GASPARINI E THAIS TELLES RISSO

Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES, BRASIL - Clínica Capixaba do Rim, Cariacica, ES, BRASIL.

Introdução: A insuficiência renal (IR) tem por definição a incapacidade dos rins em remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar suas funções reguladoras. Essa doença pode influenciar nas dimensões biológica, psicológica, econômica e social dos pacientes, afetando diretamente a qualidade de vida (QV) desses indivíduos. **Objetivo:** Verificar a influência de protocolos intradialíticos de exercícios aeróbicos e resistidos, à nível ambulatorial, na QV de pacientes com IR. **Materiais e métodos:** A QV foi avaliada usando o Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), também foram avaliados outros itens relacionados, como dor, qualidade do sono e depressão. Os voluntários foram divididos aleatoriamente em dois grupos de exercícios: grupo exercício aeróbico (GEA) e grupo exercício resistido (GER). Todos os participantes foram submetidos a duas sessões por semana, em dias alternados, totalizando 10 sessões. Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vila Velha, conforme resolução 196/196, nº 1652400/2016. **Análise estatística:** Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS Statistics V.23.0 para Windows. Os dados foram descritos como média e desvio padrão, ou frequências. O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar as variáveis numéricas obtidas antes e após a intervenção. Para comparação entre os grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para variáveis numéricas e o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas. Foram considerados significativos os valores em que $p < 0,05$. **Resultados:** Os participantes do GEA apresentaram melhora em um dos domínios da QV (GEA antes: 64,78, $\pm 9,74$; depois 76,26, $\pm 14,87$; $p = 0,046$) e da qualidade do sono (GEA antes: 5,00, $\pm 2,74$; depois: 7,33, $\pm 1,51$, $p = 0,026$); com significativa redução do peso corpóreo (GEA antes: 72,70, $\pm 6,13$; depois: 72,03, $\pm 6,04$; $p = 0,046$) e da dor (GEA antes: 5,50, $\pm 1,87$; 1,33, $\pm 2,16$; $p = 0,043$). Já o GER apresentou melhora da qualidade do sono (GER antes: 6,50, $\pm 1,60$; depois: 8,13, $\pm 0,99$; $p = 0,041$) e redução importante da dor (GER antes: 6,25, $\pm 2,55$; 2,25, $\pm 1,28$; $p = 0,017$). **Conclusão:** Os exercícios aeróbicos e resistidos intradialíticos são seguros e eficientes em pacientes com IR.

50003

Selfie pro - experiência inicial com o registro de imagem pelo telefone móvel no diagnóstico das taquiarritmias

JORGE ELIAS NETO, ERICK SESSA MERÇON, GUILHERME MULLER DE CAMPOS FUTURO, MARCIO AUGUSTO SILVA, RICARDO RYOSHIM KUNIYOSHI E DÉBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS

Clínica do Ritmo, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: O registro eletrocardiográfico das taquiarritmias é frequentemente dificultado pela duração e ocorrência esporádica dos episódios arritmicos bem como pelas limitações de acesso aos serviços de saúde. Estas limitações podem comprometer o diagnóstico e a consequente abordagem terapêutica apropriada. Recentemente, tem se tornado amplamente disponível o acesso a aparelhos de telefonia móvel (telefone celular) com capacidade de registro de vídeo. **Objetivo:** Avaliar a possibilidade do diagnóstico de taquiarritmias através de gravação em vídeo, com telefone celular, realizada pelos próprios pacientes. **Métodos:** Pacientes (pcts) ambulatoriais, com queixa de palpitação taquicárdica paroxística recorrente, foram orientados a realizar gravação em vídeo das regiões precordial e cervical, com o telefone celular pessoal, durante e imediatamente após as crises de palpitações. As gravações foram avaliadas considerando-se ou não a presença de taquiarritmias. Foram ainda avaliadas características clínicas e os exames complementares habituais. **Resultados:** Foram avaliados 56 pct., sendo 44 pct. do sexo feminino, com idade média de $37,9 \pm 16,1$ anos, apresentando tempo médio de início dos sintomas até a primeira consulta de $79,2 \pm 96,3$ meses. Quarenta pct. com relato de episódios mensais de taquiarritmia. O ECG basal mostrou-se normal em 49 pct. Um paciente apresentava alterações ecocardiográficas. Quatorze pct. apresentavam atendimento em serviço de emergência sem registro eletrocardiográfico da crise. No intervalo de seguimento clínico de $1,21 \pm 1,41$ mês, 16 pct. conseguiram pelo menos um registro. Em 13 pacientes o registro foi considerado compatível com taquiarritmia. Destes, nove foram submetidos ao EEF com diagnóstico e ablação por radiofrequência de taquicardia por reentrada nodal com sucesso. **Conclusão:** O registro por vídeo da região cervical e precordial com telefone celular, feito pelo próprio paciente, durante as crises de palpitação taquicárdica, é de fácil realização, apresenta alta aderência e é eficaz para o diagnóstico de taquiarritmias paroxísticas. A utilização desta nova abordagem pode colaborar para o diagnóstico precoce das taquiarritmias, com implicações na qualidade de vida dos pacientes e nos custos com o diagnóstico e o tratamento.

50004

Endocardite Infecciosa de valva Tricúspide por agente inusitado

LETICIA PAIVA BARRETO, RENATO GIESTAS SERPA, JOÃO PEDRO RODRIGUES DE MELO E BRUNA DE DEUS HERRERA

Emescam, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Endocardite de valva tricúspide geralmente está relacionada ao uso de drogas endovenosas, acomete valvas sem doença estrutural e tem como agente etiológico o *Staphylococcus aureus*. **Descrição do caso:** Jovem de 25 anos, sem história de uso de drogas ou quaisquer fatores predisponentes para endocardite infecciosa, foi internada no 28º dia de puerpério com febre de origem desconhecida. Ecocardiograma transefagógico demonstrou vegetação em valva tricúspide, além de hemocultura positiva para *Streptococcus pyogenes*. Instituído terapia antimicrobiana com ampicilina na dose de 12 mg/dia. Evoluiu com progressiva melhora clínica, do leucograma e das provas de atividade inflamatória, como exposto na tabela em anexo. Recebeu alta hospitalar após 28 dias de antibioticoterapia, sem evidências clínicas ou laboratoriais de infecção ativa, porém mantendo vegetação de 19 mm em valva tricúspide, cuja proposta de abordagem inicial foi conservadora, apesar do potencial emboligênico. **Conclusão:** Descrição de caso incomum de endocardite de valva tricúspide em puerpério, não relacionada a uso de drogas ilícitas e por agente infeccioso inusitado, com ótima evolução clínica e persistência de vegetação asséptica.

	D1	D20	D35
Tº axilar máxima (°C)	38,1	36,8	35,8
Leucócitos totais	12.070	11.070	8.770
PCR (mg/L)	112,4	29,6	17,5

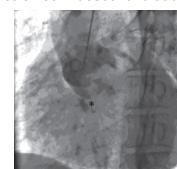
50008

Fístula aorta-átrio direito congênita em paciente adulto: relato de caso

RAYANNE NUNES FEDERICI, SUSAN CAROLINE AZEVEDO AREDES, FERNANDO L. G. TORRES E GERMANO DE FREITAS DAN

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: As Fístulas entre a aorta e o átrio direito são chamadas de Fístulas Aortocamerais, podendo ser congênita ou adquirida. As congênitas são raras anomalias, descritas pela primeira vez em 1980, e têm como diagnóstico diferencial outras cardiopatias, como comunicações interventriculares ou interatriais. A apresentação clínica varia de dispnéia a sobrecarga de câmaras direitas, em geral é oligossintomática. Neste trabalho, relataremos um caso de fístula aorta-átrio direito, de provável etiologia congênita. **Descrição:** N.B., masculino, 53 anos, sem comorbidades, referia dor precordial em aperto e palpitações, auto-limitadas, intermitentes, vários episódios por dia, de curta duração, não relacionada ao esforço físico. Quadro clínico iniciado há 1 ano da admissão. Ao exame físico, apresentava sopro diastólico em borda paraesternal direita. Ao ecocardiograma transtorácico visto aumento discreto de câmaras direitas e septo interventricular com descontinuidade em região perimembranosa, com fluxo turbulento, de alta velocidade direcionado para ventrículo direito e átrio direito. Observado tecido aneurismático entre folheto não coronariano da valva aórtica e folheto septal da valva tricúspide, projetando-se para o AD. Gradiente máximo Aorta/AD calculado em 65 mmHg. Pressão sistólica da artéria pulmonar 35mmHg. Feita cineangiografiografia, a qual evidenciou comunicação entre o AD e a aorta, a partir do seio não coronariano. Indicada a correção cirúrgica da anomalia. **Conclusão:** A comunicação vascular entre a aorta e o átrio direito origina-se de qualquer um dos seios de Valsalva, por provável deficiência de lâmina elástica na parede aórtica. A ecocardiografia transtorácica e transesofágica são, em geral, suficientes para estabelecer o diagnóstico. A aortografia é reservada para confirmação diagnóstica ou exclusão de outras condições clínicas mais comuns, como ruptura fístula coronario-cameral. O diagnóstico precoce é de fundamental importância devido a necessidade de correção o mais breve possível e independente da sintomatologia do paciente, devido ao risco potencial de complicações.



50009

A associação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: uma preocupação importante para os profissionais de saúde

GUSTAVO SILVA SCHAFFASCHECK; LUÍZA GOMES MOREIRA GUEDES

Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

Palavras-Chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus. **Introdução:** a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) foi descrita pela primeira vez na década de 1970, observada em ambos os sexos e em qualquer faixa etária. A prevalência de HAS é duas a três vezes maior nos diabéticos do que na população geral, e cerca de 70% dos diabéticos são hipertensos. **Objetivo:** avaliar um grupo de hipertensos e diabéticos em uma Unidade de Saúde Pública em Vila Velha, Brasil, para mostrar que existe associação entre HAS e DM e verificar se os mesmos estão realizando o tratamento correto para o controle das doenças supracitadas. **Métodos:** Foram utilizados os prontuários de 26 pacientes já diagnosticados com HAS e DM pelos médicos da unidade para ser feita análise da associação entre as doenças, além de verificar o controle das mesmas com os exames de glicemia capilar e o de pressão arterial. **Resultados:** Após análise estatística dos prontuários dos 26 pacientes, sendo 15 diagnosticados pelo médico da unidade com DM e HAS, 8 com HAS e apenas 3 com DM, mostrando que 83% dos pacientes que tinham DM tinham HAS. **Conclusões:** a partir da atividade, ficou evidenciado a associação entre HAS e DM tendo 83% dos diabéticos com hipertensão.

50011

Perfil clínico e seguimento de três anos de pacientes com insuficiência cardíaca

VICTOR DINELLI GUIMARÃES, JOSÉ CARONE FILHO, JULIANA FEU ROSA CARRERA, ROBERTO RAMOS BARBOSA, ANDRESSA CORTELETTI, TIAGO DE MELO JACQUES, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil - Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é considerada um problema epidêmico em progressão, demandando grande utilização de recursos financeiros e apresentando elevada mortalidade. Unidades clínicas com equipes multidisciplinares especializadas no tratamento da IC podem proporcionar melhor adesão terapêutica e resultados clínicos superiores. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil e os desfechos clínicos de pacientes acompanhados ambulatorialmente em uma clínica de IC de um Hospital-Escola de Vitória-ES. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional do tipo registro, que avaliou pacientes adultos com IC acompanhados em serviço especializado, em inclusão consecutiva realizada de 30/04/13 a 19/11/13. Dados clínicos foram obtidos de prontuários médicos, e seguimento clínico de três anos foi realizado, avaliando-se os desfechos morte, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e hospitalizações por IC. Variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta e percentual, e variáveis contínuas, como média e desvio-padrão. **Resultados:** De 121 pacientes inicialmente incluídos, 100 (82,6%) tiveram seu seguimento de três anos concluído e compuseram a amostra avaliada. Na análise do perfil clínico à época da inclusão no registro, a média de idade foi de 65 ± 13 anos, com 48% de pacientes do sexo masculino, 73% de hipertensão arterial, 34% de diabetes mellitus, 41% de dislipidemia, 13% de tabagismo e 22% de doença renal crônica (1% em terapia dialítica). O índice de massa corpórea médio foi de $31,1 \pm 6,2$ kg/m², e a fração de ejeção média foi de $38,8 \pm 11\%$. Fibrilação atrial estava presente em 25%, e a etiologia isquêmica foi a mais prevalente, com 23%. A taxa de uso de betabloqueadores foi de 97%, de inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina foi de 90%, e de espirolactona foi de 79%. Na evolução clínica, 17% apresentaram IAM, 8% AVE, 58% necessitaram de ao menos uma hospitalização devido à IC, e 18% foram a óbito. **Conclusões:** O perfil clínico demonstrado na população estudada foi de alta prevalência de comorbidades, predominância de etiologia isquêmica da IC e alta incidência de eventos adversos no seguimento clínico de médio prazo. Apesar do uso expressivo de terapia farmacológica na IC, diversos fatores podem contribuir para uma evolução adversa em nosso meio.

50012

Associação entre qualidade de vida e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca

LUÍZA DIAS TORRES, MAYARA DA SILVA, CARLA CAMPOS MIRANDA, INGRID ARDISSON COLODETE, ROBERTO RAMOS BARBOSA, ANDRESSA CORTELETTI, TIAGO DE MELO JACQUES, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil - Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Dentre pacientes com insuficiência cardíaca (IC), a redução da qualidade de vida (QV) pode interferir negativamente na evolução das comorbidades e no tratamento da própria doença. O *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) é um escore utilizado para avaliar a QV dos portadores da síndrome, constituído de 21 questões, com intervalo possível de zero a 105, sendo uma pior QV refletida por escore mais alto. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre QV e mortalidade em médio prazo em pacientes portadores de IC com fração de ejeção reduzida. **Métodos:** Estudo prospectivo no qual se aplicou o MLHFQ a pacientes adultos com IC acompanhados em serviço especializado, com preenchimento voluntário e sigiloso entre 10/2012 e 03/2013, em inclusão consecutiva. Após seguimento clínico de três anos, o grupo de pacientes que foi a óbito foi comparado ao grupo de sobreviventes quanto às características clínicas basais e à QV inicial. Foram utilizados teste de qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de *student*, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** De 76 pacientes inicialmente abordados e entrevistados, 74 (97,4%) responderam o questionário e foram acompanhados clinicamente por até 3,5 anos. Na comparação entre os grupos óbito (n=8; 10,8%) e sobreviventes (n=66; 89,2%), não houve diferença quanto a idade ($54,1 \pm 10$ vs $59,7 \pm 12$, p=0,16), diabetes (37,5% vs 37,8%, p=0,29), tabagismo (37,5% vs 18,2%, p=0,15), fibrilação atrial (25,0% vs 33,3%, p=0,30), índice de massa corpórea ($25,6 \pm 4,5$ vs $27,5 \pm 6,3$, p=0,32), fração de ejeção ($39\% \pm 6$ vs $37\% \pm 8$, p=), classe funcional (1,4 vs 1,6, p=0,72), uso de betabloqueador (100% vs 98,5%, p=0,89) ou uso de inibidor da ECA/antagonista do receptor de angiotensina (100% vs 98,5%, p=0,89). O escore médio obtido no MLHFQ basal foi de $40,2 \pm 24$ no grupo que evoluiu a óbito e $40,9 \pm 21$ no grupo de sobreviventes (p=0,94). **Conclusões:** Não foi observada associação entre QV e mortalidade em médio prazo em pacientes portadores de IC com fração de ejeção reduzida. A influência da QV sobre o prognóstico em IC pode ser complexa, e o método ideal de aferição da QV permanece indeterminado.

50028

Preditores de mortalidade em insuficiência cardíaca: dados de um registro unicêntrico do Espírito Santo

JOSÉ CARONE FILHO, JULIANA FEU ROSA CARRERA, VICTOR DINELLI GUIMARÃES, CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO, ROBERTO RAMOS BARBOSA, TIAGO DE MELO JACQUES, ANDRESSA CORTELETTI, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil - Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) apresenta significativa morbimortalidade globalmente, razão pela qual os preditores de desfechos importantes devem ser elucidados em diferentes populações pelo mundo. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar os preditores clínicos de mortalidade em pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente numa clínica especializada de um hospital-escola de Vitória-ES. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional, que avaliou pacientes adultos com IC incluídos consecutivamente entre abril e novembro de 2013, acompanhados por três anos ou até o óbito. Dados clínicos e de exames complementares foram obtidos de prontuários médicos, e o grupo de pacientes que apresentou óbito no seguimento foi comparado ao grupo de sobreviventes quanto às características clínicas iniciais. Foram utilizados teste de qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de *student*, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** Da amostra total de 100 pacientes, 18% foram a óbito no seguimento clínico. Na análise comparativa entre os grupos óbito e sobreviventes, houve diferença significativa quanto a tabagismo atual (38,8% vs 9,7%, p=0,001) e diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (51 ± 6 mm vs 46 ± 11 mm, p=0,01). Diferença marginal foi observada para doença renal crônica (33,3% vs 19,5%, p=0,10), etiologia isquêmica da IC (11,1% vs 26,8%, p=0,09), creatinina sérica ($2,08 \pm 1,4$ mg/dl vs $1,49 \pm 1,0$ mg/dl, p=0,10), uso de aspirina (22,2% vs 41,4%, p=0,07) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo ($34 \pm 10\%$ vs $39 \pm 12\%$, p=0,11). Não houve diferença quanto a sexo, idade, tabagismo interrompido há mais de seis meses, procedimentos prévios de revascularização miocárdica, índice de massa corpórea, hemoglobina sérica, fibrilação atrial, bloqueio de ramo esquerdo ou diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo. **Conclusões:** A persistência do tabagismo e o diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo associaram-se a maior mortalidade no seguimento clínico de médio prazo em pacientes com IC. Outros fatores necessitam de maiores estudos na população local.

50062

Forma variante da miocardiopatia de estresse: síndrome de Takotsubo invertido

MAYARA DA SILVA, ROBERTO RAMOS BARBOSA, MARCELO VAZ DE MELLO DEMIAN E RODOLPHO JACQUES DE MELO FARINAZZO

Hospital da Unimed, Vitória, ES, Brasil - Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A síndrome de Takotsubo é uma entidade rara, com incidência aproximada de 0,5 a 1% dos casos suspeitos de infarto agudo do miocárdio, geralmente acometendo mulheres acima dos 50 anos. Sua etiologia parece residir na liberação catecolaminérgica decorrente de um estresse físico ou emocional, capaz de causar lesão miocárdica aguda e um aspecto típico de balonamento apical do ventrículo esquerdo. O objetivo deste estudo é relatar um caso de síndrome de Takotsubo com acometimento atípico do ventrículo esquerdo. **Descrição do caso:** SMC, sexo feminino, 70 anos, sem fatores de risco cardiovascular, admitida com IAM sem supradesnivelamento de ST em classe Killip I no dia 19/04/17. Apresentava precordialgia com características anginosas, com duas horas de duração, iniciada após estresse emocional. Eletrocardiograma sem alterações significativas, troponina I 3,97 mg/dl (referência < 0,4) e CKMB massa 9,38 mg/dl (referência < 5,4). Medicada com bisoprolol, enalapril, aspirina, ticagrelor, enoxaparina e pantoprazol, com melhora do sintoma. Submetida a cateterismo cardíaco no dia 20/04/17, que demonstrou artérias coronárias angiograficamente normais, sem lesões obstrutivas e, à ventriculografia esquerda, disfunção sistólica com acinesia das porções basais e hiperkinesia das porções apicais, com aspecto compatível com síndrome de Takotsubo invertido (padrão contrátil variante da miocardiopatia de estresse). Mantida em tratamento clínico, apresentou evolução intra-hospitalar satisfatória, sem novos episódios anginosos e sem instabilidade clínica. Ecocardiograma transtorácico evidenciou acinesia das porções médias das paredes anterior, septal, inferior e lateral do ventrículo esquerdo, com hiperkinesia das demais paredes. Fração de ejeção estimada em 39% pelo método de Simpson. Recebeu alta hospitalar em 22/04/17, permanecendo assintomática em seguimento clínico de 30 dias. **Conclusões:** A síndrome de Takotsubo invertido manifesta-se pela inversão do padrão contrátil em relação à forma inicialmente descrita. Esta forma variante é muito rara e descrita como casos isolados na literatura, podendo se associar a feocromocitoma. Geralmente apresenta evolução clínica mais branda, provavelmente pela morfologia e pela dinâmica contrátil do ventrículo esquerdo, facilitando a ejeção pela via de saída apesar da disfunção sistólica.

50206

Insuficiência cardíaca na população geriátrica: dados de um registro unicêntrico do Espírito Santo

JULIANA FEU ROSA CARRERA, VICTOR DINELLI GUIMARÃES, JOSÉ CARONE FILHO, CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO, ROBERTO RAMOS BARBOSA, TIAGO DE MELO JACQUES, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, ANDRESSA CORTELETTI, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil - Santa Casa de Misericórdia, Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) apresenta significativa morbimortalidade, e os idosos representam um grupo de elevada prevalência e maior risco de desfechos adversos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar o perfil clínico e o seguimento clínico de pacientes com IC, comparando a população geriátrica (≥ 65 anos) com o restante da amostra (18 a 64 anos). **Métodos:** Estudo prospectivo observacional, que avaliou pacientes adultos com IC acompanhados ambulatorialmente em clínica especializada de um hospital-escola de Vitória-ES, incluídos consecutivamente entre abril e novembro de 2013, acompanhados por três anos ou até o óbito. Dados clínicos e de exames complementares foram obtidos de prontuários médicos, e o grupo com idade ≥ 65 anos (idosos) foi comparado ao restante da amostra (não-idosos). Foram utilizados teste de qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de *student*, adotando-se nível de significância de 0,05. **Resultados:** Da amostra total de 100 pacientes, 56% eram idosos. Na comparação entre idosos (média 74 ± 7 anos) e não-idosos (média 52 ± 8 anos), houve diferença significativa quanto a doença renal crônica (28,5% vs 13,6%, p=0,04), peso (72,6 ± 16mm vs 80,8 ± 19mm, p=0,02), índice de massa corpórea (28,6 ± 5,7mm vs 32,6 ± 5,9mm, p=0,001) e fibrilação atrial (35,7% vs 11%, p=0,005). Observou-se tendência a maior percentual de homens no grupo idosos (55,3% vs 38,6%, p=0,09), bem como intervenção coronária percutânea prévia (17,8% vs 9,1%, p=0,20), cirurgia de revascularização miocárdica prévia (10,7% vs 4,5%, p=0,16) e bloqueio de ramo esquerdo (28,6% vs 18,2%, p=0,22), e menor prevalência de diabetes (28,5% vs 40,9%, p=0,19), uso menos frequente de digitálico (1,8% vs 6,8%, p=0,18) e menor hemoglobina sérica (11,9 ± 1,5 vs 12,7 ± 1,5, p=0,09), porém sem significância estatística. O uso de betabloqueadores, inibidores da ECA/bloqueadores do receptor de angiotensina e espironolactona não diferiu entre os grupos, assim como os dados ecocardiográficos e a incidência de eventos no seguimento clínico. **Conclusões:** Idosos foram maioria dentre pacientes com IC, e apresentaram maior prevalência de doença renal crônica e fibrilação atrial, além de menor peso e menor índice de massa corpórea. Tais diferenças não resultaram em maior incidência de desfechos adversos na evolução de médio prazo.

50248

Mixoma de átrio direito em prematuro extremo – abordagem diagnóstica e terapêutica

ANDRESSA M SOARES, PAULO J. F. SOARES, RENATA B. PACIFICO E LUIZ D. F. TORRES

Hospital Evangélico, Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil.

Introdução: As massas intracardíacas geralmente representam desafios diagnósticos que necessitam de estar embasados em um contexto clínico associado aos achados de imagem. O diagnóstico destas massas intracardíacas em crianças prematuras é ainda mais complexo devido sua apresentação e raridade. **Objetivo:** apresentar um raro caso de mixoma em átrio direito (AD) com origem na veia cava inferior (VCI) em prematuro extremo contextualizando as dificuldades diagnósticas e abordagem terapêutica. **Descrição do caso:** Prematuro (PMT) extremo de 28 semanas de idade gestacional, peso de nascimento: 1.135g, sexo masculino. Evoluiu com síndrome do desconforto respiratório precoce necessitando de ventilação mecânica prolongada e vários esquemas antibióticos devido a septicemia. Apresentava exame neurológico normal apesar de dilatação de ventrículos laterais ao ultrassom transcraniano, assim como hidronefrose renal à esquerda. Apresentou patência de canal arterial sendo feita oclusão de canal arterial com ibuprofeno. Após cerca de 60 dias de vida houve piora clínica com quadro de bacteremia, hemocultura positiva para *Klebsiella* e enterococo sendo feito novo esquema antibiótico. Ao se repetir o ecocardiograma foi detectado grande massa intracardíaca em AD com origem em VCI medindo cerca de 17x9mm de diâmetro. A massa apresentava uma aparência globular, heterogênea, contínea, áreas ecolúcentes e eco-brilhantes e prolapsava através da valva tricúspide durante a diástole ventricular. Instituto heparinização plena com heparina de baixo peso molecular. Houve melhora clínica com negatização das hemoculturas, porém paciente se mantia taquipnéico e com baixo peso. Como a massa intracardíaca mantinha-se com características inalteradas com risco de embolização e reinfecção, indicado exérese da massa sendo confirmada a origem na VCI. O exame anatopatológico foi sugestivo de mixoma confirmado pelo estudo imuno-histoquímico. A criança teve alta após 20 dias da cirurgia cardíaca e encontra-se clinicamente bem em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Mixoma é tumor de rara incidência em crianças. Mixoma de átrio direito com origem na VCI é ainda mais raro. Sua localização implica em maiores cuidados técnico-cirúrgicos, sobretudo em prematuro com baixo peso. Apesar da raridade, características benignas e baixa recidiva o tratamento cirúrgico do mixoma deve ser o mais agressivo possível e assim sendo, seu diagnóstico deve ser sempre lembrado entre as massas intracardíacas.

50317

Insuficiência cardíaca em neonato por hemangioma hepático: diagnóstico e conduta terapêutica

PAULO J. F. SOARES, ANDRESSA M. SOARES, WILSON S. G. JUNIOR E SAULO A. FERNANDES

Hospital Evangélico, Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil.

Objetivo: Descrever o grave quadro clínico, diagnóstico e condução terapêutica de um recém-nascido (RN) com grande cardiomegalia, desconspensão cardíaca, anúria e instabilidade hemodinâmica precoces. **Relato do caso:** RN a termo, peso de nascimento: 3.950g, sexo masculino, evoluiu com desconforto respiratório sendo observada grande cardiomegalia ao Raio X de tórax. Colocado em ventilação mecânica na admissão e instalado drogas vasoativas devido à instabilidade hemodinâmica, taquicardia e sinais de insuficiência cardíaca (IC) de alto débito. Apresentava-se com grande hepatomegalia, edema e anúria sendo iniciado diálise peritoneal. Ao ecocardiograma apresentava dilatação de veia cava inferior e de câmaras direitas, regurgitação tricúspide moderada com aumento da pressão sistólica de ventrículo direito e canal arterial patente. Ultrassonografia (US) de abdômen com alterações vasculares significativas no fígado. Tomografia de abdômen demonstrando volumoso hemangioma hepático com grande shunt arteriovenoso. Apresentou também plaquetopenia e distúrbios de coagulação durante sua evolução e pequeno hemangioma cutâneo em nuca. Após discussão do caso, devido ao quadro de difícil estabilização clínica e impossibilidade cirúrgica de ressecção do tumor (ocupava 80% do fígado), optou-se pela realização de embolização percutânea com molas, aos 12 dias de vida. Logo após a embolização da artéria hepática direita já pode se observar diminuição do shunt arteriovenoso à angiografia e grande volume de diurese. Visualizado mola bem posicionada ao Raio X de controle. Houve melhora clínica gradativa recebendo alta em uso de propranolol. Encontra-se clinicamente estável aos 12 meses de vida, com bom desenvolvimento cognitivo e ponderal, ainda em seio materno e uso de propranolol. Último US mostra fígado com volume e morfologia preservados e área cicatricial na porção média central. **Conclusão:** Os tumores hepáticos apesar de serem benignos e tenderem a involuir espontaneamente, podem levar a quadros graves de IC e importante distúrbio hemodinâmico com elevada morbi-mortalidade. A embolização percutânea da artéria hepática neste caso foi uma desafiadora alternativa terapêutica que resgatou o RN alterando sobremaneira sua evolução e desfecho.

50330

Fístula coronariana congênita para átrio direito como causa de dor torácica e insuficiência cardíaca: relato de caso

JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, BRUNELA CROCE, DIOGO OLIVEIRA BARRETO E FLÁVIA PEZZIN

AEBES - Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

Introdução: As fístulas de artérias coronárias são comunicações diretas entre a rede coronária e as cavidades cardíacas ou tronco pulmonar, e podem ser de origem congênita ou secundárias a processos traumáticos e inflamações. As fístulas de origem congênita são raras, com incidência de 0,2 a 0,4% dos defeitos cardíacos. Sua apresentação é assintomática na maioria dos casos, mas podem ocasionalmente apresentar isquemia aguda ou crônica do miocárdio, sendo a insuficiência cardíaca (IC) e a angina de peito as complicações mais frequentes. A grande maioria provém da coronária direita, e a drenagem mais comumente se dá para câmaras direitas. **Descrição do caso:** C.K.S.K.B, feminina, 37 anos, admitida no pronto socorro devido dor precordial opressiva com início a 07 horas, associada a forte dispnéia. Trata-se de paciente hipertensa, tabagista e com história familiar positiva para doença arterial coronariana. Referia quadro de infarto agudo do miocárdio a 08 anos sem necessidade de tratamento invasivo. O eletrocardiograma da admissão mostrou distúrbio de condução pelo ramo esquerdo, e a troponina foi negativa. Apresentava-se estável e sem dor precordial no momento da reavaliação. Foi realizado ecocardiograma, que mostrou disfunção ventricular esquerda com fração de ejeção de 39% com dilatação do ventrículo esquerdo (VE) e acinesia apical e médio apical da parede anterior e hipocinesia apical lateral. Foi submetida à cineangiogramiografia, que demonstrou fístula coronária direita para o átrio direito, e ausência de lesões obstrutivas. A paciente permaneceu estável e sem dor precordial após otimização de medicações para IC, e teve alta com encaminhamento para cirurgia de fechamento da fístula. **Conclusão:** As alterações fisiopatológicas das fístulas coronárias dependem da quantidade de sangue que circula pela fístula, da câmara ou vaso que desemboca e do grau de isquemia provocada. Quando se comunicam para as câmaras direitas, comportam-se funcionalmente como um shunt esquerda-direita podendo levar a sobrecarga de volume para o VE. Dependendo do fluxo pela fístula, pode ocorrer também a síndrome de roubo coronário, precipitando isquemia miocárdica. O diagnóstico pode ser suscitado pela ecocardiografia quando se tem dilatação importante da artéria coronária, porém o padrão ouro é o estudo cineangiográfico. O tratamento pode ser feito por cateterismo cardíaco, porém cirurgia para fechamento da fístula deve sempre ser considerada.

50339

Perfil analítico das alterações eletrocardiográficas dos pacientes do ambulatório de ensino de Duque de Caxias

VICTORIA MARINHO GAVA, VALTER GABRIEL MALULY, JULIANA DA SILVA SIMAS, DANIELLE MARCELLO SOARES, JOANNA MARIA FONTAINE DE CARVALHO, ANA ANGÉLICA FONTOURA MAGALHÃES LOBO, MARIA CLARA DE ALCÂNTARA PEDRO, VINICIUS SANTANA PEREIRA E RAYSSA RÚBIA DOS SANTOS VIEIRA

Unigranrio, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

Introdução: O eletrocardiograma (ECG) é um exame de simples realização, reprodutível e de baixo custo que registra os impulsos elétricos que estimulam a contração cardíaca. É uma ferramenta útil para médicos em geral; e o seu domínio necessita de conhecimentos básicos sobre correntes iônicas, potenciais de ação, ondas eletrocardiográficas, anatomia das câmaras cardíacas entre outros. O estudo retrata o perfil dos pacientes de um ambulatório de ensino de Duque de Caxias, no qual os participantes de uma liga acadêmica avaliaram os ECGs e fizeram uma amostra dos laudos de maior relevância naquela população de estudo. **Metodologia:** Estudo retrospectivo transversal que avaliou as cardiopatias observadas no ECG, o qual foi arquivado no Wincardio. Foram realizadas planilhas Excel 2013, incorporando dados do paciente e as alterações observadas e posteriormente confeccionado gráficos para visualização amostral. **Resultados:** Foram avaliados 2389 laudos de ECG no período de outubro/2014 a junho/2016. Destes, 4 alterações eletrocardiográficas foram mais prevalentes, com 144 casos de Hemibloqueio do Anterior Esquerdo (HBAE), seguido de 95 casos de Sobrecarga do Ventrículo Esquerdo (SVE), 94 de Sobrecarga do Átrio Esquerdo (SAE), e 89 casos de Bloqueio do Ramo Direito (BRD) de 1º Grau. Os dados epidemiológicos dos pacientes incluídos no estudo obtiveram a idade média de 53,5 anos. As indicações clínicas eram Hipertensão Arterial (831 casos), seguida de rotina (492 casos), risco cirúrgico (192 casos) e dependência química se apresentando com 183 casos. **Conclusão:** A análise do perfil eletrocardiográfico dos pacientes admitidos no ambulatório de ensino foi realizada pelos alunos da liga acadêmica, onde se aprofundou os conhecimentos sobre este exame e discutiu os resultados obtidos para elaboração de estratégias de intervenção mais efetiva para esses pacientes.



50362

Uso de protocolo de dor torácica em pronto atendimento de hospital de referência cardiológica na Grande Vitória

JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, BRUNELA CROCE, DANIELLA MOTTA DA COSTA, DIOGO OLIVEIRA BARRETO, EMILIO PEREIRA DO ROSARIO JUNIOR, LARISSA BRISON BAPTISTA, JAQUELINE ROSSI MARIM E FLÁVIA PEZZIN

AEBES - Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

Introdução: A doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do DATASUS. Anualmente, milhares de indivíduos procuram serviços de emergência por dor torácica, com o potencial de risco de estarem desenvolvendo uma síndrome coronária aguda (SCA). Entretanto, somente em cerca de um terço desses casos o diagnóstico é confirmado. A identificação ágil e o pronto atendimento a estes pacientes são hoje parte fundamental das atividades dos serviços de emergência, contudo, a avaliação de dor torácica ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica continua sendo um dos maiores desafios para médicos que atuam em serviços de emergência cardiológica. Neste trabalho, visamos verificar o perfil dos pacientes atendidos com queixa de dor torácica no pronto atendimento (PA) de hospital de referência cardiológica na Grande Vitória, assim como a sua evolução. **Métodos:** Foram avaliados 222 pacientes atendidos no PA do Hospital Evangélico de Vila Velha, no período de janeiro a maio de 2017, com quadro de dor torácica ou equivalente anginoso, atendidos via demanda espontânea ou referenciados via SAMU. Foi realizada análise retrospectiva por meio de consulta em prontuários sobre fatores de risco cardiovasculares clássicos, características da dor (típica ou atípica), eletrocardiograma (ECG), troponina, diagnóstico feito à primeira avaliação e o desfecho do caso. **Resultados:** Dos pacientes atendidos, 55% apresentavam doença cardíaca isquêmica, confirmada por ECG, troponina ou cineangiogramiografia. A queixa principal foi dor torácica em aperto, pressão ou queimação (94% dos atendimentos), e o desfecho foi favorável em 96,8% dos casos confirmados como SCA, com 4 óbitos (3,2%) nesses pacientes. **Conclusões:** Apesar da elevada prevalência de dor torácica nos pronto atendimentos, ainda há deficiência na padronização do atendimento aos pacientes, o que pode gerar dificuldade no diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e atraso no tratamento. O uso de protocolos surge como instrumento de otimização da qualidade de atendimento, e estudos recentes têm demonstrado redução de eventos coronarianos, incluindo mortalidade, quando pacientes com SCA são tratados de acordo com as recomendações das diretrizes societárias guiadas por protocolos.

50388

Perfil epidemiológico dos pacientes com bloqueio atrioventricular atendidos em hospital referência

BRUNELA CROCE, JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, DIOGO OLIVEIRA BARRETO, JAQUELINE ROSSI MARIM, EMILIO PEREIRA DO ROSARIO JUNIOR, DANIELLA MOTTA DA COSTA, FLÁVIA PEZZIN E LARISSA BRISON BAPTISTA

AEBES - Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

Introdução: Bloqueios atrioventriculares fazem parte de um conjunto de alterações da condução do impulso elétrico cardíaco e podem ser detectados pelo eletrocardiograma. Como principais causas no adulto: intoxicação por drogas, processos degenerativos, distúrbios hidroeletrólitos, processos infiltrativos e a doença coronária. **Métodos:** Foram avaliados 202 pacientes internados no Hospital Evangélico de Vila Velha, no período de maio de 2015 a maio de 2017, com diagnóstico de bloqueio atrioventricular total. Foi realizada análise retrospectiva por meio de consulta em prontuários analisando características gerais dos pacientes como também os fatores de risco conhecidamente relacionados com doença arterial coronariana a fim de correlacionar a doença aterosclerótica a arritmia apresentada. **Resultados:** Dos pacientes avaliados, foram excluídos do estudo 6,5% da amostra inicial diagnosticados com causas reversíveis relacionados a arritmia, como por exemplo uso de medicamentos, processos infecciosos ou intoxicações exógenas. 126 pacientes (62,5%) foram encaminhados para realização da cineangiogramiografia e somente 23 pacientes (30,6%) apresentavam obstruções significativas no exame. Ressalta-se que 18% dos pacientes estudados por exame invasivo, tinham no máximo até dois fatores de risco. Nos casos onde através do exame, a causa da arritmia foi determinada como a doença aterosclerótica, exibiam três fatores de risco no mínimo, totalizando 87% dos casos. **Conclusões:** Apesar de reconhecida causa de bloqueio atrioventricular total, a doença aterosclerótica é superestimada como causa de tal patologia. Bastante controverso a indicação de estratificação invasiva nesses pacientes deve ser individualizada e minuciosamente avaliada a fim de não submeter o mesmo a exames desnecessários e riscos inerentes do procedimento, assim como evitar onerar o sistema de saúde ou aumentar o tempo de internação. Destaca-se com os resultados acima, número excessivo de exames solicitados em pacientes apresentando probabilidade intermediária para doença aterosclerótica, grande parte assintomáticos do ponto de vista coronariano. A idade e fator que se confunde nas avaliações visto também estar relacionada a processos degenerativos. O estudo em também revelou que os pacientes que apresentavam como causa de fato a doença aterosclerótica, apresentavam múltiplos fatores de risco, mais comumente hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença aterosclerótica previamente conhecida.

A

Alberto Monteiro Neto - 49990
Amanda Altoé Satlher - 49877
Amanda Scalfoni Pecemillis - 49877
Ana Angélica Fontoura Magalhães Lobo - 50339
Andressa Corteletti - 50011, 50012, 50028, 50206
Andressa M. Soares - 50317
Antônio Carlos Avanza Júnior - 49990
Assad Moguel Sassine - 49999, 50000

B

Bernardo Bermond Guimarães - 49990
Brenda Samila Menegardo - 50002
Bruna Chiabai do Nascimento - 49955
Bruna de Deus Herrera - 49990, 50004
Bruna Luisa Ferrão Lima - 49975
Brunela Croce - 49999, 50330, 50362, 50388

C

Camila Carone Ramos Nascimento - 50028, 50206
Carina Laranja de Mattos - 49999
Carla Campos Miranda - 50012

D

Dalton Hespanhol do Amaral - 49877
Daniel Fernandes Lopes Silva - 49975
Daniella Motta da Costa - 49999, 50000
Danielle Marcello Soares - 50339
Dayana Mattos Bazoni Armini - 50002
Déborah Miranda de Vasconcelos - 50003
Deovani Gasparini - 50002
Diogo Oliveira Barreto - 49999, 5000, 50330, 50362, 50388

E

Emilio Pereira do Rosario Junior - 49999, 50362, 50388
Erick Sessa Merçon - 50003

F

Felipe B. Cesar - 49991
Fernando L. G. Torres - 50008

Flávia Pezzin - 49999, 50000, 50330, 50362, 50388
Flávio Luiz Rua Ribeiro - 49990

G

Gedealvares Francisco de Souza Junior - 50000
Germano de Freitas Dan - 50008
Guilherme Muller de Campos Futuro - 50003
Gustavo Silva Schafascheck - 50009

I

Ingrid Ardisson Colodete - 50012

J

Jaqueline Rossi Marim - 50362, 50388
Joanna Maria Fontaine de Carvalho - 50339
João Pedro Rodrigues de Melo - 50004
Jorge Elias Neto - 50003
José Carone Filho - 50011, 50028, 50206
Julia Assis Pires - 49968
Juliana Castiglioni Frizzera - 50206, 50011, 50028
Juliana da Silva Simas - 50339
Juliana Feu Rosa Carrera - 50011, 50028, 50206
Júlio Ferreira Siqueira - 49999, 50330, 50362, 50388

K

Klissia Ferraço Malanquini - 49975

L

Lais Vago - 49968
Lara Louzada - 49877
Larissa Brison Baptista - 49999, 50362, 50388
Larissa Giovannetti Lunardi - 50002
Leandro Cesar Caetano - 49955
Leticia Paiva Barreto - 50004
Luiz D. F. Torres - 50248
Luiz Fernando Machado Barbosa - 49990, 50011, 50012, 50028, 50206
Luiz Renato Daroz - 50000
Luíza Dias Torres - 50012
Luíza Gomes Moreira Guedes - 50009

M

Marcelo Vaz de Mello Demian - 50062
Marcio Augusto Silva - 50003
Maria Clara de Alcântara Pedro - 50339
Mayara da Silva - 50062, 50012

N

Natassia S. S. C. Gomes - 49991
Natassia Souza Santos Campos Gomes - 49990

O

Osmar Araujo Calil - 49990, 50011, 50012, 50028, 50206

P

Paula Gomes Martins - 49968
Paulo J. F. Soares - 50248, 50317
Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes - 49968

R

Rayanne Nunes Federic - 50008
Rayssa Rúbia dos Santos Vieira - 50339
Renata B. Pacifico - 50248
Renato Giestas Serpa - 49990, 50004, 50011, 50012,
50028, 50206
Ricardo Ryoshim Kuniyoshi - 50003
Rodolpho Jacques de Melo Farinazzo - 50062
Roberto Ramos Barbosa - 50011, 50012, 50028, 50062,
50206
Rovana Silva Agrizzi - 49990
Rovenna Casagrande - 49999
Rubens Ferraço Malanquini - 49975

S

Saulo A. Fernandes - 50317
Susan Caroline Azevedo Aredes - 50008

T

Thais Telles Risso - 50002
Thiago Rodrigues Sequeira - 49999, 50000
Tiago de Melo Jacques - 50011, 50012, 50028, 50206

V

Vaguina Vieira Gonçalves - 49955
Valter Gabriel Maluly - 50339
Victor Dinelli Guimarães - 50011, 50028, 50206
Victoria Marinho Gava - 50339
Vinicius F. Mauro - 49991
Vinicius Santana Pereira - 50339

W

Wilson S. G. Junior - 50317

AstraZeneca



biolab
FARMACÊUTICA



Boehringer
Ingelheim

Equipe
Dr. Schariff Moysés

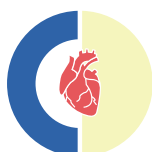


CLÍNICAS DE
MEDICINA NUCLEAR
ES

EMILCARDIO



de cardiologia do ES



CARDIA

Diagnóstico por Imagem em Cardiologia



MEDCARDIO LTDA
Cirurgiões Cardiovasculares do ES



