



ABC Cardiol
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • c
Volume 115, Nº 4, Suplemento 2, Outubro 2020

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXXII CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO

The infographic is set against a light blue background with a large, abstract red and blue shape on the right side. It is organized into several white rounded rectangular boxes. At the top, the text 'Patrocinadores:' is written in a dark red font. Below this, the 'Diamante:' category features the AstraZeneca logo (a stylized orange and yellow 'A' next to the text 'AstraZeneca') and the Bayer logo (a green circle with 'BAYER' in white). The 'Ouro:' category includes the Boehringer Ingelheim logo (a blue circle with a white building icon) and the Servier logo (a blue star-like shape with the word 'SERVIER' in blue). The 'Prata:' category shows the Boston Scientific logo (the text 'Boston Scientific' in blue) and the Merck logo (the word 'MERCK' in yellow). A second 'Patrocinadores:' section lists Centrocor (a red circle with a white heart icon), Philips (the word 'PHILIPS' in blue), Signus (a blue 'S' with 'SIGNUS' in blue), Socor (the word 'SOCOR' in red), and Unimed (a green square with 'Unimed' in white). An 'Apoio:' section features the SBC logo (a blue heart with 'SBC' in white) and the text 'SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA'. At the bottom, a large logo for 'SBC - ES' is displayed, featuring a stylized white heart and pulse line on a blue and red background, with the text 'SBC - ES' in white. Below this logo, the full name 'SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO' is written in blue capital letters.

Patrocinadores:

Diamante:

AstraZeneca

BAYER

Ouro:

Boehringer Ingelheim

SERVIER

Prata:

Boston Scientific

MERCK

Patrocinadores:

CENTROCOR

PHILIPS

SIGNUS

SOCOR

Unimed

Apoio:

SBC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

SBC - ES

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO



Diretor Científico Fernando Bacal	Editores Associados	Vitor C. Guerra	Marcio Sommer Bittencourt
Editor-Chefe Carlos Eduardo Rochitte	Cardiologia Clínica Gláucia Maria Moraes de Oliveira	Arritmias/Marca-passo Mauricio Scanavacca	Hipertensão Arterial Paulo Cesar B. V. Jardim
Coeditor Internacional João Lima	Cardiologia Cirúrgica Alexandre Siciliano Colafranceschi	Métodos Diagnósticos Não-Invasivos João Luiz Cavalcante	Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca Ricardo Stein
Editor de Mídias Sociais Tiago Senra	Cardiologia Intervencionista Pedro A. Lemos	Pesquisa Básica ou Experimental Marina Politi Okoshi	Primeiro Editor (1948-1953) † Jairo Ramos
Editor de Consultoria Chinesa Ruhong Jiang	Cardiologia Pediátrica/Congênitas Ieda Biscegli Jatene	Epidemiologia/Estatística	

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES – Brasil

**Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa – Instituto Dante Pazzanese de
Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil**

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

**Andrei Carvalho Sposito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP – Brasil**

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração Incor Hc Fmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Armênio Costa Guimarães – Liga Bahiana de Hipertensão e Aterosclerose, Salvador, BA – Brasil

**Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),
Rio de Janeiro, RJ – Brasil**

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP – Brasil

**Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE – Brasil**

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

**Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),
Porto Alegre, RS – Brasil**

Carlos Eduardo Rochitte – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (InCor HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Celso Amodeo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cleonice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Précoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Domingo M. Braile – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, SP – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emilio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Buffolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Exposito E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB),
Salvador, BA – Brasil

Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Gilson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Glaucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – ASSIST. MEDICA INTERNACIONAL LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil

Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/ Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP – Brasil

Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração Incor Hc Fmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil

José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil

José Pérciles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil

Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil

Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/ Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ) São Paulo, SP – Brasil

Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil

Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil

Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Max Grinberg – Instituto do Coração do Hcfmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP –

Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil

Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Roberto S. Brofman – Instituto Carlos Chagas (FIOCRUZ/PR), Curitiba, PR – Brasil

Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do Hcfmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil

Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil

Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HC FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Silvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil

Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil

Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil

William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Alan Maisel – Long Island University, Nova York – Estados Unidos

Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Cândida Fonseca – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina

James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – Estados Unidos

João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – Estados Unidos

John G. F. Cleland – Imperial College London, Londres – Inglaterra

Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal

Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes	Coordenadora de Ciência, Tecnologia e Inovações Ludhmila Abrahão Hajjar	SBC/CE – Gentil Barreira de Aguiar Filho
Vice-Presidente Celso Amodeo	Coordenador de Educação Médica Continuada Brivaldo Markman Filho	SBC/DF – Alexandra Oliveira de Mesquita
Diretor Financeiro Ricardo Mourilhe Rocha	Coordenadora de Acompanhamento da Gestão e Controle Interno Gláucia Maria Moraes de Oliveira	SBC/ES – Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich
Diretor Científico Fernando Bacal	Coordenador de Compliance e Transparência Marcelo Matos Cascudo	SBC/GO – Leonardo Sara da Silva
Diretor Administrativo Olga Ferreira de Souza	Coordenador de Assuntos Estratégicos Hélio Roque Figueira	SBC/MA – Mauro José Mello Fonseca
Diretor de Qualidade Assistencial Sílvio Henrique Barberato	Editor do ABC Cardiol Carlos Eduardo Rochitte	SBC/MG – Henrique Patrus Mundim Pena
Diretor de Comunicação Harry Corrêa Filho	Editor do IJCS Claudio Tinoco Mesquita	SBC/MS – Gabriel Doreto Rodrigues
Diretor de Tecnologia da Informação Leandro Ioschpe Zimerman	Coordenador da Universidade do Coração Evandro Tinoco Mesquita	SBC/MT – Marcos de Thadeu Tenuta Junior
Diretor de Relações Governamentais Nasser Sarkis Simão	Coordenador de Normatizações e Diretrizes Brivaldo Markman Filho	SBC/NNE – Nivaldo Menezes Filgueiras Filho
Diretor de Relação com Estaduais e Regionais João David de Souza Neto	Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais SBC/PA – Dilma do Socorro Moraes de Souza	SBC/PB – Lenine Angelo Alves Silva
Diretora de Departamentos Especializados Andréa Araujo Brandão	SBC/AL – Carlos Romerio Costa Ferro	SBC/PE – Fernando Ribeiro de Moraes Neto
Diretor de Pesquisa David de Pádua Brasil	SBC/AM – Kátia do Nascimento Couceiro	SBC/PI – Luiz Bezerra Neto
	SBC/BA – Gilson Soares Feitosa Filho	SBC/PR – Raul DAurea Mora Junior
		SBC/RN – Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva
		SBC/RN – Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva
		SOCERJ – Wolney de Andrade Martins
		SBC/RN – Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva
		SOCERON – Daniel Ferreira Mugarabi
		SOCERGS – Mario Wiehe
		SBC/SC – Amberson Vieira de Assis

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – Antonio Carlos Palandri Chagas	SBC/DIC – Carlos Eduardo Rochitte	DEIC/GEICPED – Estela Azeka
SBC/DCC – Bruno Caramelli	SBCCV – Eduardo Augusto Victor Rocha	DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões
SBC/DCC/CP – Klebia Magalhães Pereira Castello Branco	SOBRAC – Ricardo Alkmim Teixeira	DERC/GECESP – Clea Simone Sabino de Souza Colombo
SBC/DCM – Celi Marques Santos	SBHCI – Ricardo Alves da Costa	DERC/GECN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira
SBC/DECAGE – Izo Helber	DCC/GAPO – Danielle Menosi Gualandro	DERC/GERCPM – Carlos Alberto Cordeiro Hossri
SBC/DEIC – Evandro Tinoco Mesquita	DCC/GECETI – Luiz Bezerra Neto	GECIP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira
SBC/DERC – Gabriel Leo Blacher Grossman	DCC/GECO – Roberto Kalil Filho	GEECG – Carlos Alberto Pastore
SBC/DFCVR – Antoinette Oliveira Blackman	DCC/GEMCA – Roberto Esporcatte	DCC/GETA – Carlos Vicente Serrano Junior
SBC/DHA – Audes Diógenes de Magalhães Feitosa	DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro	

Volume 115, Nº 4, Supl. 2, Outubro 2020

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
abccardiol.org

Departamento Comercial
Telefone: (11) 3411-5500
e-mail: comerciaisp@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.*



APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia



Resumo das Comunicações

XXXII CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO



TEMAS LIVRES - 22, 23, 29 E 30/10/2020
APRESENTAÇÃO PÔSTER ELETRÔNICO



Congresso da Sociedade Brasileira
de Cardiologia do Espírito Santo
VIRTUAL

22 e 23, 29 e 30 de Outubro de 2020



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
DO ESPÍRITO SANTO



57412

IMPACTO PROGNÓSTICO DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA DESCOMPENSADA

CAROLINE FEU ROSA CARRERA, LAYANE BONFANTE BATISTA, GABRIELLA MARTINS CURCIO, PIETRO DALLORTO LIMA, LUCAS CRESPO DE BARROS, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROBERTO RAMOS BARBOSA e LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA , VITORIA, ES, BRASIL.

Introdução: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) configura quadro grave com elevado risco de óbito. Neste contexto, a insuficiência renal aguda (IRA) tem relação bilateral de causa e efeito, podendo piorar significativamente o prognóstico. Contudo, a interação entre IRA e ICD é pouco estudada em nosso meio. Este estudo teve como objetivo avaliar a ocorrência de IRA em pacientes internados por ICD e analisar seu impacto prognóstico durante a hospitalização. Métodos: Estudo prospectivo observacional unicêntrico que incluiu pacientes internados por ICD em um hospital-escola de nível terciário, realizado entre julho de 2017 e janeiro de 2020. Foram comparados os pacientes que desenvolveram IRA durante a internação com os que não a desenvolveram. Definiu-se IRA como o aumento sérico da creatinina maior ou igual a 0,3 mg/dl em 48 horas, aumento de 1,5 vezes na creatinina basal em 7 dias ou volume urinário < 0,5 ml/kg/h por seis horas, de acordo com o critério Acute Kidney Injury Network (AKIN). Os desfechos analisados foram óbito, necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e tempo de internação. Análise estatística: Foram utilizados os testes de Wilcoxon, Mann-Whitney e t de student não-pareado. Resultados: Foram incluídos 99 pacientes, com média de idade 65,4 ± 14 anos, sendo 47 (47,5%) do sexo masculino e 52 (52,5%) do sexo feminino. Fração de ejeção reduzida foi observada em 77,8% dos pacientes, e 22,8% tinham diagnóstico de IC com fração de ejeção preservada. Os perfis de descompensação foram A=7 (7,1%), B=72 (72,7%), C=15 (15,1%) e L=5 (5,1%). A fração de ejeção média foi de 38,3% ± 15. IRA foi observada em 22 pacientes (22,2%). Na comparação entre os pacientes que evoluíram com e sem IRA, observou-se diferença significativa em relação à mortalidade (36,4% vs 10,4%, p=0,004) e à necessidade de VMI (54,5% vs 13%, p=0,0001). Não houve diferença em relação ao tempo de internação entre os grupos (22,9 ± 19 vs 18,8 ± 16 dias). Conclusões: A ocorrência de IRA foi frequente em pacientes internados por ICD, sendo observada em aproximadamente um a cada cinco pacientes. Esta complicação se associou significativamente com aumento de mortalidade e da necessidade de VMI durante a internação hospitalar

57636

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA
DA UNIREDENTOR

ADAUTO G P NETO, RONNY S M LOPES, VITOR S MACHADO e MATTHEWS B PAULA

UNIREDENTOR, ITAPERUNA, RJ, BRASIL.

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica está diretamente relacionada ao estilo de vida e, diante disso, o estudante de Medicina devido as incumbências está suscetível ao contexto da doença. Em decorrência, há uma divergência entre o discurso dos futuros profissionais médicos e a sua prática de estilo de vida. Métodos: A amostra de estudantes da Uniredentor, buscando avaliar critérios como: Sedentarismo, Alcoolismo, uso de Tabaco e o Índice de Massa corporal(IMC). Diante disso, a massa corporal foi sabida em relação a última pesagem dos pesquisados. O IMC foi obtido pela equação: peso (Kg) / quadrado da altura (m). Para a obtenção dos dados sobre a atividade física, foi avaliado o ponto de corte mínimo de 150 minutos semanais, abaixo sendo considerado com o fator de risco e acima sem o fator de risco. A história tabagística foi coletada pelo Questionário de Tolerância de Fagëstrom. Por fim, a identificação do padrão de consumo de álcool, foi usado o instrumento Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT. Resultados: A análise dos dados adquiridos pelo questionário AUDIT, constata-se o escore médio dividido por períodos do Centro Universitário Redentor, sendo este de 4,5 para o primeiro período; 5,6 para o segundo; 4,2 para o terceiro; 2,8 no quinto; 5,4 no sétimo; 3,8 no nono período; e 7 no décimo. Com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), também levado em consideração como fator preditor de risco, observou-se que a média, em mesma ordem de períodos, variou, sendo 25,03 para o primeiro período; 24,06 par o segundo; 23,04 para o terceiro; 21,16 para o quinto; 20,29 em relação ao sétimo; 22,72 para o nono; e 25,02 para o décimo. A escala de Fagëstrom, por sua vez, explicitou a baixa prevalência de discentes fumantes, totalizando-se apenas dois indivíduos durante os períodos já citados. Em relação à atividade física, é possível verificar seu tempo médio com relação aos períodos, sendo este de 138 minutos semanais para com o primeiro período; 100 minutos semanais para com o segundo; 72 minutos semanais com relação ao terceiro; 127 minutos semanais para o quinto; 202 minutos semanais no sétimo período; 90 minutos semanais para com o nono; e 144 minutos semanais em relação ao décimo período. Conclusão: inexistente discrepância dos fatores de risco em relação às médias brasileiras e a progressão do curso.

57650

APLICAÇÃO DE TERAPIA COM ECMO PARA TRATAMENTO DE TEMPESTADE
ELÉTRICA PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ASSAD M SASSINE, ARI ANTONIO STEIN LIMA JUNIOR, VICTOR MONTEIRO DIAS SAADEH, ELISA ITO MENDES, TAYS SILVA DE ARAUJO STEIN e RAMON OTT VARGAS

CIRCULAES, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL EVANGÉLICO VILA VELHA, VILA VELHA, ES, BRASIL - FACULDADE BRASILEIRA - MULTIVIX, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: A Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO) vem se tornando prática comum no suporte de indivíduos com disfunção cardíaca e/ou pulmonar. A ECMO venoarterial (VA) é frequentemente utilizada com sucesso para estabilização de pacientes pós infarto agudo do miocárdio, parada cardiorrespiratória e dificuldade de desmame de Circulação Extracorpórea. Neste relato é apresentado o caso de um paciente que recebeu terapia com ECMO VA para suporte hemodinâmico durante fibrilação ventricular refratária. Descrição de caso: Homem, 62 anos, tabagista, etilista e sedentário, deu entrada em serviço de referência cardiológica com dor torácica típica e eletrocardiograma evidenciando supradesnivelamento de segmento ST há 5 horas. Na admissão realizado angioplastia de coronária direita. Apresentou instabilidade hemodinâmica no 3º dia de internação, submetido à cateterismo que revelou oclusão de artéria coronária direita em óstio, ocasião em que foi recanalizada. Apresentava ainda lesões importantes em descendente anterior e circunflexa. Evoluiu com arritmias ventriculares malignas no 8º e 11º dia de internação. Submetido a novo cateterismo para tratamento das lesões citadas. Manteve fibrilação ventricular persistente, apesar de desfibrilação elétrica e uso de antiarrítmicos. Solicitada avaliação por equipe de suporte circulatório que procedeu implante de ECMO-VA com canulação jugulo 23 e femoral 15, com perfusão de membro, para suporte de ventrículo direito. O manejo ocorreu com paciente extubado, acordado, participativo, com fisioterapia e nutrição ativas. Houve remissão imediata das arritmias, e melhora de função ventricular gradativa. Foi realizado ecocardiograma seriado e teste hemodinâmico com boa evolução permitindo o desmame da ECMO-VA no 25º dia de internação e decanulação no 26º. Paciente evoluiu sem intercorrências ou novas arritmias até a alta hospitalar. Conclusão: A ECMO se mostrou uma excelente ferramenta para o suporte hemodinâmico ao paciente com fibrilação ventricular refratária após infarto agudo do miocárdio neste caso. Foi demonstrada segurança e efetividade da terapia até estabilização elétrica do miocárdio atordado. Corrobora assim a importância da ECMO e o manejo com o paciente extubado, participativo, com fisioterapia e nutrição ativa.

63103

COMPARAÇÃO ENTRE AS VIAS DE ACESSO FEMORAL, RADIAL NO PROCESSO
ESTILOIDE E RADIAL NA TABAQUEIRA ANATÔMICA EM PROCEDIMENTOS
CORONÁRIOS INVASIVOS

RAMON CHIABAI MOURA, INGRID ARDISSON COLODETE, PIETRO DALLORTO LIMA, VITOR MARTINELLI BATISTA ROLIM, RENATO GIESTAS SERPA, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA e ROBERTO RAMOS BARBOSA

(1) ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓ, VITÓRIA, ES, BRASIL - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: O emprego da via de acesso radial na cardiologia intervencionista vem crescendo nos últimos anos por proporcionar menor índice de complicações vasculares. A punção da artéria radial ao nível da tabaqueira anatômica consiste numa técnica recentemente descrita, com potenciais benefícios adicionais. Este estudo teve como objetivo analisar as complicações relacionadas à via de acesso utilizada em procedimentos coronários diagnósticos e terapêuticos. Métodos: Estudo prospectivo observacional unicêntrico realizado entre 12/2018 e 01/2020, com coleta de dados acerca da via de acesso arterial utilizada em procedimentos de cineangiocoronariografia e intervenção coronária percutânea (ICP). As vias de acesso femoral, radial no processo estiloide e radial na tabaqueira anatômica foram comparadas quanto a complicações do sítio de punção e transição da via de acesso (crossover). Foram utilizados os testes do qui-quadrado, de Fisher, ANOVA e t de student. Resultados: Dos 748 procedimentos realizados, 388 (51,9%) foram por via radial no processo estiloide (RPE), 208 (27,8%) por via femoral (FEM) e 152 (20,1%) por via radial na tabaqueira anatômica (RTA). Foram realizadas 541 (72,3%) cineangiocoronariografias, 128 (17,1%) ICPs e 79 (10,5%) procedimentos combinados de cineangiocoronariografia + ICP. A proporção de pacientes do sexo masculino foi de 56,7% no grupo RPE, 47,6% no grupo FEM e 70,4% no grupo RTA (p=0,01). A média de idade foi de 64,3 ± 11 no grupo RPE, 67,6 ± 13 no grupo FEM e 63,0 ± 10 no grupo RTA (p=0,12). A taxa de crossover foi de 6,2% no grupo RPE, 1,0% no grupo FEM e 9,9% no grupo RTA (p=0,001), e a incidência de complicações foi de 0,5% no grupo RPE, 2,9% no grupo FEM e 0% no grupo RTA (p=0,008). As complicações observadas foram: 2 hematomas locais no grupo RPE; 4 hematomas locais, 1 pseudoaneurisma e 1 sangramento ativo no grupo FEM. Conclusões: O acesso radial com punção na tabaqueira anatômica foi realizada em homens numa maior proporção do que as demais vias de acesso, e não houve diferença de idade quanto às vias RPE, FEM e RTA. Apesar da maior taxa de crossover, o grupo RTA apresentou menor incidência de complicações do sítio de punção quando comparado aos grupos FEM e RPE. Esta via de acesso, quando factível, parece ser atraente quanto à segurança, com rara ocorrência de complicações locais.x

63240

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: O IMPACTO DA SUSPENSÃO DOS MEDICAMENTOS CRÔNICOS REDUTORES DE MORTALIDADE

THALES SCHWARTZ DUARTE MARTINS, INGRID ARDISSON COLODETE, GABRIELA LIRA DEVENS, MATEUS DAROZ GONÇALVES, PIETRO DALLORTO LIMA, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROBERTO RAMOS BARBOSA E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: O manejo clínico ambulatorial de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) é fundamental para redução de mortalidade relacionada a esta doença. Na IC descompensada é recomendada a manutenção das drogas redutoras de mortalidade, porém é frequente a suspensão das mesmas. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da suspensão das medicações redutoras de mortalidade na IC durante internação por descompensação. Métodos: Estudo prospectivo observacional unicêntrico realizado entre 14/12/2016 e 01/02/2020 com inclusão de pacientes internados por IC descompensada. Foram excluídos os pacientes sem diagnóstico prévio de IC e sem uso das medicações recomendadas para aumento da sobrevida. Os pacientes foram comparados quanto à suspensão ou não das drogas redutoras de mortalidade na IC (betabloqueadores, IECA/ BRA ou sacubitril/valsartana, espironolactona) durante a hospitalização. Foram analisados como desfechos a ocorrência de óbito intra-hospitalar, insuficiência renal aguda (IRA), necessidade de ventilação mecânica (VM) durante a internação e tempo de internação. A análise estatística utilizou os testes de Wilcoxon, Mann-Whitney e t de student não-pareado. Resultados: Foram incluídos 99 pacientes, 47,5% do sexo masculino, média de idade 65,4 ± 14 anos, fração de ejeção média 38,3 ± 15%. Do total, 62 pacientes (62,6%) constituíram o grupo em que as medicações de uso crônico foram mantidas vs 37 pacientes (37,4%) o grupo em que os fármacos foram suspensos. O perfil C ou L foi observado em 11,3% no grupo manutenção vs 32,4% no grupo suspensão (p=0,008). Em relação aos desfechos a comparação entre os grupos suspensão vs manutenção dos medicamentos demonstrou mortalidade de 9,7% vs 27% (p=0,02), IRA 35,5% vs 29,7% (p=0,55), tempo médio de internação 16,8 dias vs 20,6 dias (p=0,15) e necessidade de VM 14,5% vs 35,1% (p=0,01). Conclusão: A descontinuação do tratamento medicamentoso da IC na descompensação se associou a aumento de mortalidade intra-hospitalar, da incidência de IRA e da necessidade de VM. Houve maior proporção de descompensações em perfil C ou L no grupo suspensão, mas com maioria de perfil B em ambos os grupos. Devem ser mantidos os medicamentos redutores de mortalidade durante o quadro de descompensação sob o risco de aumento da morbimortalidade e a necessidade de suspensão deve ser encarada como marcador de mau prognóstico.

63246

RASTREIO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM UMA POPULAÇÃO DE ADULTOS JOVENS NO CENTRO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – ESTUDO LAPARC

SÁVIO FERREIRA RIBEIRO, LARA PESSANHA MAROTI, PEDRO JULIO PACHECO VELASCO, LUIZA ARAUJO NOGUEIRA, STEPHANIE SI MIN LILIENWALD OEI, FERNANDA COSTA BARRADAS, RAMON NARDE SIMÃO, LETÍCIA ZARUR JUNQUEIRA DE ANDRADE, RODRIGO EUGÊNIO VINUTO BORGES, ANA LUISA MALLET e ELIZABETH SILAID MUXFELDT

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) está relacionada ao risco cardiovascular (CV), porém pouco se sabe sobre diagnóstico e rastreo de AOS para populações mais jovens. Objetivo: Avaliar o risco para AOS, o melhor método de rastreo e suas associações com fatores de risco CV em uma população jovem assistida na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio de Janeiro. Materiais e Métodos: Estudo populacional transversal que incluiu adultos entre 20 e 50 anos registrados na ESF/Lapa. Foram obtidas as características sociodemográficas, antropométricas e os fatores de risco CV. Foi aferida a pressão arterial de consultório (PAC) e todos foram submetidos à MRPA e à avaliação de perfil glicídico e lipídico. O risco de AOS foi avaliado pelos questionários STOP-BANG (SB) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Pacientes com alto risco por pelo menos um dos questionários foram submetidos à polissonografia de noite inteira. Resultados: 391 indivíduos foram analisados [38,9% homens; idade média de 38,9 ± 8,8 anos], dos quais 96 (25%) tiveram alto risco para AOS pelo SB e 143 (37%) pelo ESE. Indivíduos com alto risco pelo SB são mais velhos, com maior prevalência de obesidade, hipertensão e valores mais altos de PAC e MRPA. Por outro lado, indivíduos com alto risco pelo ESE são mais obesos com circunferência abdominal aumentada, maior prevalência de dislipidemia e síndrome metabólica. No entanto, não houve diferença quanto à PA nesse grupo. Dentre os indivíduos submetidos à polissonografia, 46% tiveram diagnóstico de AOS (IAH ≥ 5/ hour) e 23% de AOS moderada a grave (AHI>15/hour). O melhor preditor de AOS foi o SB, positivo em 100% dos indivíduos com AOS moderada a grave, enquanto a ESE, foi positiva em apenas 20%. Discussão: Enquanto o SB se correlacionou com fatores de risco CV e níveis pressóricos elevados, com alta especificidade para o rastreo da Apneia do Sono, a ESE se associou a um pior perfil metabólico, não parece ser um bom método de rastreo para AOS nesta população. Conclusão: A população estudada apresentou alta prevalência e risco para AOS. O rastreo positivo pelo ESE está associado a um perfil metabólico adverso e o SB a níveis pressóricos elevados e este parece ser um melhor preditor para AOS moderada a grave nessa população.

63252

CONCORDÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO PELA PRESSÃO ARTERIAL DE CONSULTÓRIO E PELA MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESTUDO LAPARC

CARLOS AUGUSTO PAREDE MACEDO MOURA, ANA CAROLINA ANTÃO, CLARA MARIA DA COSTA, GABRIELA GIRÃO ALBUQUERQUE, VINICIUS LEIRIA TEIXEIRA LOUZADA, VITÓRIA FLUMIGNAN, FELIPE REY COSTA TOSTES, PEDRO HENRIQUE PIMENTA DINIZ, RODRIGO SILVA E INAH MARIA DRUMMOND PECLY

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Fundamento: Diretrizes recentes recomendam a medida da pressão arterial (PA) fora do consultório para melhorar a acurácia do diagnóstico da Hipertensão Arterial (HA). OBJETIVO: Avaliar a concordância entre o diagnóstico de HA pela medida de consultório (PAC) e pela MRPA em uma população de adultos jovens em uma unidade de Estratégia Saúde da Família. MÉTODOS: Estudo populacional transversal com adultos entre 20 e 50 anos registrados na Estratégia Saúde da Família no centro do município do Rio de Janeiro. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. Na entrada do estudo são registradas as características sociodemográficas, antropométricas e os fatores de risco CV. A PAC foi determinada calculando o valor médio de 2 medidas consecutivas em 2 ocasiões (Omron-705CP) e a MRPA seguiu o protocolo de 7 dias com 2 medidas pela manhã e 2 à noite (28 medidas). Foi considerado normal a PA <135 x 85 mmHg na MRPA e PAC <140 x 90mmHg. Classificou-se os indivíduos em 4 grupos: Normotensão (PAC e MRPA controladas); HA do jaleco branco (PAC não controlada e MRPA controlada); HA mascarada (PAC controlada e MRPA não controlada) e HA sustentada (PAC e MRPA não controladas). Resultados: Foram avaliados 389 indivíduos (37,3% sexo masculino; idade média: 39,8±8,6 anos). Sedentarismo (43%), dislipidemia (38%) e obesidade (26%) foram os principais fatores de risco CV identificados. A prevalência de Hipertensão pela PAC foi de 15,5% enquanto pela MRPA foi de 18%, porém o coeficiente kappa de correlação entre as 2 medidas foi baixo (kappa=0,385). Depois da MRPA, 68 indivíduos (17,5%) mudaram o diagnóstico, sendo 39 (10%) com HA mascarada e 29 (7,5%) com HA do jaleco branco. As variáveis que se associaram independentemente com diagnóstico pela PAC foram sexo masculino (OR 2,20 (1,20-4,04) e a síndrome metabólica (OR 4,82 (1,98-11,73). E as que se associaram ao diagnóstico pela MRPA foram a síndrome metabólica (OR 3,83 (1,65-8,88), circunferência cervical aumentada (OR 3,02 (1,19-7,71) e idade (OR 1,83 (1,03-3,25). Discussão: Apesar de se tratar de uma população mais jovem a prevalência de HA foi elevada e se associou fortemente à obesidade. Este estudo aponta para a importância da medida fora de consultório para o diagnóstico de HA nesta população. Conclusão: A concordância entre PAC e MRPA foi baixa nesta população de adultos jovens, com 17,5% dos indivíduos mudando o diagnóstico após a MRPA.

63258

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA EM BIFURCAÇÕES: ANÁLISE ATUAL SOBRE TÉCNICAS, DOSE DE RADIAÇÃO E VOLUME DE CONTRASTE UTILIZADOS

MATEUS DAROZ GONÇALVES, LUÍSA ZAMPERLINI PAQUINI, THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA, THALES SCHWARTZ DUARTE MARTINS, PIETRO DALLORTO LIMA, VITOR MARTINELLI BATISTA ROLIM, OSMAR ARAUJO CALIL, RENATO GIESTAS SERPA, ROBERTO RAMOS BARBOSA E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: A abordagem percutânea de lesões em bifurcações coronárias está relacionada a procedimentos complexos e a maior risco de complicações precoces e tardias. Embora a estratégia provisional com um stent seja a mais comum, sendo recomendada na maioria dos casos e apresentando menor taxa de reestenose intrastent, a abordagem de lesões mais desafiadoras exigindo técnicas com dois stents é cada vez mais frequente. Este estudo teve como objetivo analisar as intervenções coronárias percutâneas (ICPs) em bifurcações quanto às técnicas utilizadas, e compará-las com dados de ICPs em lesões não-bifurcação. Métodos: Estudo prospectivo observacional unicêntrico realizado entre 05/12/2018 e 07/01/2020 por meio da análise de dados de ICPs. Foram comparados os casos considerados lesões em bifurcações (envolvimento de ramo lateral com diâmetro >2,0mm) com casos não-bifurcação. As variáveis analisadas foram tempo total de fluoroscopia, dose total de radiação, volume de contraste utilizado e via de acesso escolhida. O grupo bifurcação foi analisado quanto às técnicas utilizadas. Análise Estatística: compreendeu os testes do qui-quadrado, de Fisher e t de student. Resultados: Foram realizados no total 785 procedimentos, dos quais 227 (28,9%) foram ICPs, sendo 58 delas (25,5%) em bifurcações. Na comparação entre bifurcação e não-bifurcação, observou-se sexo masculino em 70,7% vs 66,9% (p=0,58), média de idade 68,5 ± 11 vs 65,6 ± 12 anos (p=0,14), tempo de fluoroscopia 22,8 ± 13 vs 11,6 ± 8 minutos (p<0,001), dose de radiação 13,809 ± 9,018 vs 7,633 ± 5,217 mGy (p=0,001), volume de contraste 203 ± 125 vs 136 ± 92 ml (p=0,004). Observou-se diferença entre os grupos em relação à escolha da via de acesso (femoral = 48,3% vs 31,4%, radial/ulnar = 51,7% vs 68,6%, p=0,02). A técnica de ICP em bifurcações mais empregada foi a provisional com um único stent (67,2%). As demais técnicas utilizadas foram a T and Protrusion (TAP) (12,1%), Double-Kissing Crush (8,6%), T-stent (5,2%), V-stent (5,2%), Mini-Crush (3,4%), e Culotte (1,7%). Conclusões: As ICPs em lesões tipo bifurcações resultaram em maior dose de radiação, maior tempo de fluoroscopia, maior volume de contraste e menor uso do acesso radial/ulnar em relação a lesões não-bifurcação. A técnica de ICP em bifurcações mais empregada foi a provisional com um stent. Diversas técnicas com dois stents foram também utilizadas, porém em menor proporção.

63250

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, ESTILO DE VIDA E DETERMINANTES SOCIAIS EM UM ESTUDO POPULACIONAL TRANSVERSAL – ESTUDO LAPARC

RODRIGO EUGÊNIO VINUTO BORGES, DÉBORA DE CASTRO ROCHA WANDERMUREM, FELIPE REY COSTA TOSTES, JOÃO VICTOR HOLLANDA, FLAVIA CAMPOS FERREIRA LIBORIO, LETÍCIA ZARUR JUNQUEIRA DE ANDRADE, FERNANDA DO VALLE KANGUSSU, LUCAS ANTEQUERA, FERNANDA COSTA BARRADAS, SÁVIO FERREIRA RIBEIRO E ANA CRISTINA TENÓRIO DA COSTA FERNANDES

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Fundamento: A influência de fatores socioeconômicos sobre o risco cardiovascular frequentemente é subestimada em estudos epidemiológicos. Objetivo: Avaliar a relação entre os principais fatores de risco cardiovascular e indicadores socioeconômicos em uma população de adultos entre 20 e 50 anos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no centro do município do Rio de Janeiro. Estudo LapARC. Métodos: Estudo transversal populacional que incluiu adultos entre 20 e 50 anos residentes na área de abrangência da ESF da Lapa no do Rio de Janeiro. Estudo aprovado pelo CEP da instituição. No cadastro inicial são registrados dados demográficos (sexo, idade e estado civil), socioeconômicos (escolaridade, profissão, vínculo empregatício), fatores de risco CV tradicionais (tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipertensão, diabetes, dislipidemia). Todos são submetidos a exames laboratoriais para avaliar o perfil metabólico. Consideramos baixa escolaridade aqueles que estudaram somente até o ensino médio completo. Resultados: Foram cadastrados 604 indivíduos [39,1% gênero masculino, idade média: 38,8 (9,0) anos] A mediana de escolaridade foi de 12 anos, sendo que 170 (28,1%) indivíduos tinham alta escolaridade, sendo 57 (24,2%) do sexo masculino e 113 (30,7%) do feminino. Um total de 102 (16,9%) não estudam nem trabalham, sendo 19,6% entre as mulheres e 12,7% entre os homens. Mulheres com baixa escolaridade tiveram maior risco para tabagismo (OR 2,69 (1,31-5,50)), obesidade (OR 1,71 (1,02-2,87)) e hipertensão (OR 1,93 (1,09-3,43)) e entre as de alta escolaridade o maior risco de sedentarismo (OR 1,65(1,08-2,52)). Entre os homens, a baixa escolaridade dobrou o risco de sedentarismo (OR 2,23 (1,23-4,02)) e de hipertensão (OR 1,96 (1,05-3,67)). Quanto à ocupação laboral, entre os homens não trabalhar aumentou o risco de tabagismo (OR 3,15 (1,33-7,49)) e hipertensão (OR 3,21 (1,39-7,41)). Entre as mulheres, não trabalhar não se relacionou a nenhum fator de risco CV. Discussão: O estudo sugere que fatores sócio econômicos como baixa escolaridade e a falta de ocupação produtiva influenciam o risco CV, afetando diferentemente homens e mulheres, apontando para a necessidade de políticas públicas que revertam este quadro. Conclusão: Nesta população, encontramos uma associação inversa entre condições socioeconômicas e a prevalência de fatores de risco CV. Mulheres e homens são afetados pela baixa escolaridade, enquanto somente os homens pela sua ocupação laborativa

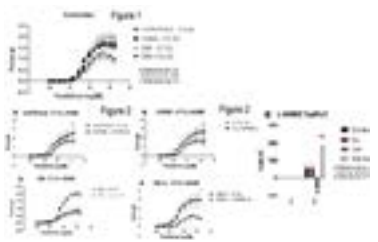
63251

REATIVIDADE VASCULAR DE AORTAS EM RATOS DIABÉTICOS EXPOSTOS À SOBRECARGA DE COBRE

JULIA ANTONIETTA DANTAS DA SILVA, DALTON VALENTIM VASSALLO e KAROLINI ZUQUI NUNES

UFES, Vitória, ES, BRASIL.

O diabetes mellitus está associado com diversos eventos cardiovasculares como o aumento da rigidez arterial. Além disso ocorre um aumento da concentração plasmática de cobre, fato característico em indivíduos diabéticos. Até o momento o mecanismo fisiopatológico das complicações cardiovasculares desenvolvidas em indivíduos diabéticos relacionados aos efeitos do cobre ainda não está completamente elucidado. Dessa forma, o presente estudo busca investigar o efeito da sobrecarga crônica de cobre sobre a reatividade vascular em segmentos isolados de aorta torácica de ratos diabéticos. Para tal, utilizamos ratos Wistar de 12 semanas, com aproximadamente 200g. Os protocolos experimentais foram aprovados pela CEUA – UFES No 22/2019. Os animais foram divididos em quatro grupos experimentais: CT; Cu; DM; DM+Cu. A diabetes tipo 1 foi induzida por injeção única de estreptozotocina 50mg/kg/i.v. e os animais foram tratados com o dobro da dose recomendada diária de cobre (1.8mg/kg). Nossos principais resultados demonstraram uma redução na reatividade vascular no grupo DM+Cu (fig.1), provavelmente causada por aumento de fatores vasodilatadores, como o óxido nítrico. Foi demonstrado um aumento da biodisponibilidade de óxido nítrico nos vasos dos animais diabéticos suplementados com cobre (fig.2). Dessa forma, concluímos que a sobrecarga de cobre em ratos diabéticos causa uma redução na reatividade vascular da artéria aorta.



63261

MIOCARDITE EOSINOFÍLICA COM REMISSÃO ESPONTÂNEA EM PACIENTE FEMININA: RELATO DE CASO

ISABELA FAVARATO BENEDITO, NAYARA ZANETTI COMERIO e PAULO ROBERTO ANGELETE ALVAREZ BERNARDES

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO, COLATINA, ES, BRASIL.

Introdução: A miocardite eosinofílica é uma afecção incomum que consiste em infiltrado eosinofílico miocárdico, necrose e perda estrutural, podendo ser desencadeada por doenças autoimunes, infecções, neoplasias ou como parte de uma síndrome hipereosinofílica(SH). Há variação entre quadros subclínicos assintomáticos até manifestações fulminantes. O diagnóstico inicial se dá com métodos não invasivos, e a confirmação por biópsia endomiocárdica. O tratamento envolve suporte terapêutico e terapia específica imunossupressora, quando indicada. Descrição de caso: Paciente 42 anos, feminina, sem antecedentes, deu entrada no Hospital Maternidade São José com dor precordial intensa, com 15 dias de evolução, associada à dispneia. Na propedêutica, eletrocardiograma normal, troponina alterada e ecocardiograma mostrando edema miocárdico e disfunção sistólica bi-ventricular importante. Hemograma com leucocitose eosinofílica. Evoluiu com bloqueios avançados intermitentes, com crises convulsivas associadas e tomografia computadorizada de crânio normal, compatível com síndrome de Stoke Adams. Iniciado tratamento de suporte, com implante de marcapasso provisório e início de vasodilatadores. Tomografias de tórax e abdome normais. Realizada ressonância magnética do coração, que evidenciou realce tardio com padrão mesocárdico e multifocal, sugestivo de lesão miocárdica não aterosclerótica. Além disso, progrediu com hepatite, leve icterícia e alteração de enzimas hepáticas. Feita hipótese de SH com acometimento hepático e cardíaco. Biópsia de medula óssea excluiu eosinofilia primária. Sorologias virais e anticorpos anti-cardiolipina e anti-dsDNA normais. Cateterismo evidenciou artérias coronárias sem aterosclerose. Não foi realizada biópsia endomiocárdica, por dificuldades logísticas. Paciente evoluiu com melhora do quadro, recuperação das funções hepática, ventriculares e diminuição do edema miocárdico. Dessa forma foi associado beta-bloqueador(BB) e não houve necessidade de imunossupressão. Conclusão: Em vista dos achados clínicos e exames complementares, foi proferido diagnóstico de miocardite e hepatite decorrente de SH. Paciente apresentou boa evolução com tratamento de suporte, BB e vasodilatadores. Não foi possível realizar a biópsia endomiocárdica por sérias dificuldades logísticas inerentes ao sistema público de saúde.

63306

DESFECHO INTRA-HOSPITALAR NO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR EM UM HOSPITAL DE VILA VELHA-ES NO ANO DE 2019

ASSAD MOGUEL SASSINE, E RAFAEL OLIVEIRA DE SOUSA

HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA, VILA VELHA, ES, BRASIL.

Introdução: : As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no país, podendo apresentar desfechos críticos que necessitem de abordagem cirúrgica. Frente a isso, é de elevada significância para qualquer serviço cirúrgico, em especial o de Cirurgia Cardiovascular, identificar e ponderar sobre os indicadores de resultado do trabalho desempenhado ao longo do tempo. De acordo com a última atualização da Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery, no ano de 2017 foram realizados 292.500 procedimentos cirúrgicos cardíacos. Foram analisados sete procedimentos principais: cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), troca valvar aórtica (TVA), troca valvar mitral (TVM), reparo de valva mitral (VM), TVA + CRVM, TVM + CRVM e reparo de VM + CRVM. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo observacional do tipo transversal retrospectivo realizado através da coleta de dados de prontuário eletrônico de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular no ano de 2019. Foram incluídos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico, que não apresentem qualquer critério de exclusão (pacientes que não tenham EuroSCORE II e STS Score calculados; que óbito tenha ocorrido após reinternação; ou que procedimento cirúrgico consista em algum tipo de suporte/assistência circulatória primária). Resultados: Foram analisados e revisados 640 prontuários, referentes aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica pelo Serviço de Cirurgia Cardiovascular de um hospital Vila Velha em 2019. Registrou-se 37 óbitos intra-hospitalares (taxa de mortalidade global = 5,78%). Possuíam EuroScore II e STS Score calculados 201 pacientes, com 3 óbitos registrados dentro dessa amostragem, representando uma taxa de mortalidade de 1,492%. A média da taxa de mortalidade do EuroScore ficou em 3,491% enquanto a do STS Score ficou em 1,907%. Conclusões: É de elevada significância ponderar sobre os indicadores aqui descritos e deliberar sobre futuras condutas pré e pós cirúrgica, sendo propiciado cenário ideal para a autocritica da equipe de cirurgia e análise das atuais resoluções do serviço.



63384

CUSTO EFETIVIDADE DA TROMBOELASTOMETRIA (MÉTODO ROTACIONAL) NO MANEJO DO SANGRAMENTO EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA COM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO.

CAROLYNNE FERREIRA MACHADO, AMANDA CAVALCANTE LOZER, CAROLINA MÁRCIA JADIJSKY TONANI, DÉBORAH DELLABIANCA BENTO, INGRED VIEIRA BARCELOS THULER, THIAGO RODRIGUES SEQUEIRA E ASSAD MOGUEL SASSINE

FACULDADE MULTIVIX , VITÓRIA , ES, BRASIL - HOSPITAL ESTADUAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA, VILA VELHA, ES, BRASIL.

A hemorragia grave com necessidade de transfusão sanguínea e componentes é uma associação frequente à cirurgia cardíaca. Esse sangramento está relacionado com aumento da morbimortalidade e do tempo de internação e sabe-se que a transfusão de plasma fresco congelado no pós-operatório aumenta em pelo menos três vezes o risco de infecção. Por esses motivos, o diagnóstico precoce e específico associado à terapia efetiva desse sangramento é de alta relevância clínica. Os métodos convencionais existentes para avaliar a coagulação (tempo de atividade da protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativada) são pouco sensíveis e refletem pobre e tardiamente a hemostasia in vivo. Já os métodos viscoelásticos, como o que utiliza o tromboelastograma como metodologia rotacional, fazem uma avaliação do sangue total, dando a partir do décimo minuto, uma avaliação qualitativa da coagulação, mostrando a integração entre fibrina-plaqueta, enxergando hiperfibrinólise, avaliação quantitativa das plaquetas, e mostrando deficiência de fibrinogênio. No que se refere a custos, um estudo realizado em 2012 na Alemanha, comparou a terapia padrão (TAP e PTTA) com terapia guiada por método viscoelástico (metodologia rotacional). Os custos médios da terapia hemostática foram 3.109 € por paciente no grupo convencional e 1.528 € por paciente no grupo POC. O objetivo desse estudo foi mensurar as vantagens e desvantagens do uso da tromboelastometria, através de um estudo retrospectivo e longitudinal comparativo, com dados coletados dos prontuários de pacientes em tratamento no Hospital Evangélico de Vila Velha- ES. Foram analisados os perfis dos 231 pacientes de julho a dezembro de 2017 que utilizaram a metodologia convencional como guia para a terapia hemostática e dos 234 pacientes de julho a dezembro de 2018 que utilizaram a metodologia viscoelástica. Quanto a média de idades, do tempo de internação e a variação entre os sexos não houve diferença. No grupo convencional foram transfundidas 396 bolsas de hemocomponentes e no grupo viscoelástico cerca de 333 bolsas, havendo redução de cerca de 63 bolsas. No que tange aos custos relacionados ao uso de hemocomponentes, considerando o valor da bolsa de hemocomponente do Sistema Único de Saúde, no grupo convencional foram gastos R\$12.508,94 no período do estudo e R\$9.931,03 no grupo viscoelástico, obtendo uma economia de 20,6%.

63491

MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PERÍODO DE 2015 A 2019: UMA COMPARAÇÃO ENTRE ESPÍRITO SANTO E PARANÁ.

MARIELLE NEIVA DA SILVA, e MAIRA LUISA NEIVA DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA, FOZ DO IGUAÇU, PR, BRASIL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA, VOTUPORANGA, SP, BRASIL.

Introdução: Apesar do avanço terapêutico em saúde, as doenças cardiovasculares continuam com alta morbimortalidade. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é um problema de saúde pública no Brasil que apresenta taxa de mortalidade elevada. Diante disso, o presente estudo busca expor a mortalidade por infarto agudo do miocárdio nos estados do Espírito Santo (ES) e Paraná (PR) no período compreendido entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. Métodos: Foi realizado um estudo transversal de casos confirmados de óbito por infarto agudo do miocárdio nos estados do Espírito Santo e Paraná. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) vinculado ao Ministério da Saúde, codificados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Capítulo IX: I21 para IAM. O período de estudo (2015-2019) foi escolhido por conter os dados mais recentes e indicar o atual cenário da mortalidade por IAM. Por tratar-se de dados públicos e sem identificação individual o presente estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em seres humanos. Resultados: Neste período, observou-se 5.326 óbitos por infarto agudo do miocárdio nos dois estados, sendo 965 (18,1%) no Espírito Santo e 4361 (81,8%) no Paraná. A taxa de mortalidade média do período foi de 7,74 (ES) e 11,59 (PR). A taxa de mortalidade do ES nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e de 2019 foi, respectivamente, igual à 8,89; 8,71; 7,77; 7,71; 6,12. Já no PR foi de 13,49; 11,37; 10,94; 11,38; 11,00. O sexo feminino apresentou maior taxa de mortalidade (9,47 - 14,19) quando comparado com o masculino (6,74 - 10,14). Notou-se o aumento da mortalidade em faixas etárias maiores e indivíduos com mais de 80 anos apresentaram a maior taxa de mortalidade no ES (20,43) e no PR (25,47). Conclusão: O infarto agudo do miocárdio é uma causa importante de mortalidade nos estados do Espírito Santo e Paraná, sendo o último o que abarca a maior taxa de mortalidade. Deve-se atentar ao cuidado ofertado às populações idosa e feminina, uma vez que são as mais suscetíveis a evoluírem para óbito quando manifestam a patologia.

63500

RELATO DE CASO: CHOQUE CARDIOGÊNICO APÓS ACIDENTE GRAVE POR ESCORPIÃO

FELIPE SARLO PEZZIN, AMANDA BASSANI PAGOTTO, LARISSA STELZER BANDEIRA, LUIZA MELO CASTOR AZEVEDO, RINARA ANGÉLICA DE ANDRADE MACHADO E DÉBORA PEREIRA GALVÉAS

CIATOX-ES, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: : O escorpionismo é um problema de saúde pública, sendo a espécie Tytius serrulatus a mais prevalente no país e no Espírito Santo. A maioria desses acidentes causam sintomas locais com dor intensa e alguns casos podem evoluir com sintomas de maior gravidade, com alterações cardiorrespiratórias, instabilidade hemodinâmica e óbito. Em geral, o diagnóstico é clínico-laboratorial, uma vez que na maioria dos casos o ponto de inoculação não é visível. Descrição do caso: Criança de quatro anos, admitida no Pronto Atendimento, com relato de dor em mão direita associada a contrações involuntárias de membros, desvio ocular e perda de consciência transitória. Exame físico apresentava sudorese profusa, tosse seca, vômitos incoercíveis, palidez cutânea, sonolência, frequência cardíaca: 103 bpm, frequência respiratória: 28 irpm, pressão arterial 108x86 mmHg, HGT 247 mg/dL, ausculta pulmonar normal. Suspeitou-se de escorpionismo pelo quadro clínico e hiperglicemia. Exames da admissão: Leucocitose (22.900 mil), CPK: 918 U/L, CKMB: 112 ng/ml, troponina reagente, eletrocardiograma com taquicardia sinusal, infradesnívelamento do segmento ST (V1 e V2) e sinal de hipertrofia ventricular esquerda. Classificado como acidente escorpiônico grave, foram administradas seis ampolas de soro antiescorpiônico e transferência para hospital com suporte avançado. Foi admitida com edema agudo de pulmão, evoluindo com choque cardiogênico, sendo submetida à intubação orotraqueal e dobutamina. No segundo dia de internação houve aparecimento de B3 e realizados dois ecocardiogramas com intervalo de 12 horas. O primeiro apresentou fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 45-52%, o segundo com FEVE 35%. Apresentou elevação de CPK (2200 a 7300 U/L) e CKMB (112 – 207ng/ml), entre segundo e quarto dia de internação. Realizados novos ecocardiogramas no quinto e sexto dia de hospitalização com FEVE 57% e 47%, respectivamente, início da queda da CPK (2096 U/L). No sétimo dia, após estabilização do quadro, permaneceu com noradrenalina e furosemida. Extubada no nono dia e alta hospitalar com 15 dias de internação. Conclusão: O comprometimento cardiovascular é a principal causa de morte nos casos de escorpionismo e a miocardite pode ocorrer após soroterapia. Logo, o diagnóstico e soroterapia precoces junto a suporte de terapia intensiva são primordiais na redução de complicações e morbimortalidade.

63508

COMPARAÇÃO DE DOIS MODELOS DE RISCO NA PREDIÇÃO DE NEFROPATIA INDUZIDA POR CONTRASTE APÓS CATETERISMO CARDÍACO E INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA

MÁRIO JOSÉ COSTA BAZZARELLA, IZABELA BERNARDES MUNIZ, SABRINA PAIVA TAVARES PEREIRA, RODOLFO COSTA SYLVESTRE, VITOR MARTINELLI BATISTA ROLIM, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA E ROBERTO RAMOS BARBOSA

ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: : A nefropatia induzida por contraste (NIC) é uma das principais causas de insuficiência renal aguda hospitalar. Faz-se importante identificar pacientes de alto risco e prevenir a ocorrência dessa complicação em procedimentos nos quais o uso de contraste é essencial. O escore de risco de Mehran (ERM) demonstrou ser clinicamente útil como preditor de risco para NIC e inclui oito variáveis clínicas e de procedimento. Entretanto, a validação do ERM no Brasil é desconhecida. Maior volume de contraste e clearance de creatinina (CiCr) reduzido são sabidamente fatores de risco para NIC. O objetivo do presente estudo foi comparar a relação volume de contraste utilizado/clearance de creatinina (V/CiCr) e o ERM na predição de NIC. Métodos: Estudo retrospectivo observacional unicêntrico que incluiu pacientes internados, com creatinina basal >1,3 mg/dl ou história de insuficiência renal crônica, em observação por pelo menos 48 horas após realização de cateterismo cardíaco e/ou intervenção coronária percutânea. O desfecho primário foi o desenvolvimento de NIC, definido por aumento na creatinina sérica ≥0,5 mg/dl ou um aumento relativo ≥25%. O ERM e a V/CiCr foram comparadas quanto à acurácia preditora utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: Foram incluídos 65 pacientes, 55,4% do sexo masculino, idade média de 69,4 ± 10,7 anos. O volume médio de contraste foi 124 ± 90 e o CiCr médio pré e pós procedimento foram respectivamente de 33,1 ± 11,9 e 33,1 ±16,2 ml/min/1,73m2. O ERM médio foi de 12,1 ± 4,1 pontos, a V/CiCr média 4,9 (mediana=3,52/IQR=5,09) e o desfecho NIC ocorreu em um total de 15 pacientes (23,1%). Ocorreu NIC em 31,7% dos pacientes quando ERM ≥ 6, em 44% quando ERM ≥ 10 e em 80% quando ERM ≥ 15. Já através da relação V/CrCl, o desfecho ocorreu em 33,3% dos pacientes com V/CiCr ≥ 2, 30% com V/CiCr ≥ 3 e 31,3 % com V/CiCr ≥ 5. O coeficiente de correlação entre os dois modelos foi de 0,31, denotando correlação fraca. Conclusão: A capacidade de estratificação da relação V/CiCr é limitada (não-linear), enquanto o aumento da incidência do desfecho ocorre de forma linear com a utilização do ERM. O ERM tem poder estratificador mais alto que a V/CiCr na predição de NIC. O melhor ponto de corte da V/CiCr foi quando ≥ 2 e a associação mais próxima entre os escores ocorreu com ERM ≥ 6 e V/CiCr ≥ 2.

63495

POLIÚRIA COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA INICIAL DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

LINCOLN GABRIEL DALMAZ, ALEXANDRE AUGUSTO MARCHI GUEDES, ADALBERTO MASSAKI Ikegami, ISABELA VIANA DE PAIVA, OTAVIO GONÇALVES D. O. JUNIOR e RENAN VICENTE STALING BRAGA

HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO DE CURITIBA, CURITIBA, MG, BRASIL.

Introdução: Fibrilação atrial (F.A.) é uma arritmia freqüente em idosos e nos portadores de insuficiência cardíaca. A F.A. classifica-se em inicial, paroxística, persistente e permanente, de acordo com sua ocorrência. Paroxística é aquela que termina espontaneamente, sem necessidade de cardioversão química ou elétrica. A primeira apresentação de um episódio de F.A. pode ser uma complicação embólica ou exacerbação de insuficiência cardíaca, mas a maioria dos pacientes referem palpitações, dor torácica, dispnéia, fadiga, tontura ou síncope. Alguns indivíduos relatam poliúria no início do episódio ou por ocasião do término, em decorrência da liberação do peptídeo natriurético do tipo B (BNP). O BNP funciona como marcador da distensão miocárdica, correlacionando-se seguramente com a pressão diastólica final do ventrículo esquerdo. Durante os episódios de paroxismos das arritmias atriais há um aumento na liberação de BNP, o que acarreta um aumento reflexo da diurese levando à poliúria. Descrição de caso clínico: Paciente com 72 anos, masculino, leucodérmico, portador de hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, hiperplasia prostática benigna vinha apresentando nos últimos meses, F.A. paroxística, cuja principal manifestação clínica era poliúria, com grande impacto na sua qualidade de vida. Por esse motivo, foi optado pela tentativa de cardioversão apesar do aumento btrialr moderado ao ecocardiograma. Fazia uso domiciliar de enalapril, diltiazem e rivaroxabano. Quando em ritmo sinusal (R.S.), apresentava BNP de 299 mg/dl, mas durante o período de F.A. atingia valores de 848 mg/dl. Foi admitido em nosso serviço eletivamente para estudo eletrofisiológico e realização de ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência. Procedimento realizado sem intercorrências e com retorno ao R.S. Apresentou recorrência da F.A. nas 1^{as} 24h, atribuída à processo inflamatório local pós ablação e não teve sucesso inicial na tentativa de cardioversão química com antiarrítmico. Entretanto após 48h apresentou reversão espontânea para R.S. e recebeu alta hospitalar em uso de rivaroxabano, amiodarona e bisoprolol. Não apresentou recorrência ambulatorial da arritmia, poliúria ou nova elevação do BNP. Conclusão: O caso descrito torna-se interessante pois descreve uma apresentação clínica não usual da F.A. e sua relação direta com os níveis sanguíneos de BNP.

63499

A INFLAMAÇÃO COMO MARCADOR PROGNÓSTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

FILIPE PEREIRA DE OLIVEIRA, LARISSA ROSA PASSOS, LUDMILA RIBEIRO BRAMBATI, PIETRO DALLORTO LIMA, ANDRESSA CORTELETTI, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA E ROBERTO RAMOS BARBOSA

EMESCAM, VITÓRIA , ES, BRASIL.

Introdução: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) apresenta prevalência crescente nos dias atuais e tem significativo impacto socioeconômico nos sistemas de saúde. Por acarretar resposta inflamatória sistêmica, pode ocorrer aumento de proteínas positivas de fase aguda, como a proteína C reativa (PCR), e redução de proteínas negativas, como a albumina, e estes mediadores pró-inflamatórios podem se associar à progressão da doença. O objetivo do presente estudo foi avaliar a inflamação como marcador prognóstico na ICFER. Métodos: Estudo prospectivo observacional unicêntrico realizado entre junho de 2018 e dezembro de 2019. Dados clínicos e laboratoriais de pacientes ambulatoriais portadores de ICFER foram obtidos num serviço especializado de um hospital-escola. Foram excluídos pacientes com internação por ICFER descompensada nos últimos 30 dias. PCR e albumina foram coletados no momento da inclusão. A presença de inflamação foi definida como relação PCR/albumina ≥1,2. Os desfechos analisados foram óbito, internação, número de internações e número de dias de internação. Foram utilizados os testes de Wilcoxon, Mann-Whitney e t de student não-pareado. Resultados: Foram incluídos 77 pacientes, com seguimento médio de 12 meses, sendo 49 (63,6%) com PCR/albumina <1,2 (grupo 1) e 28 (36,4%) PCR/albumina ≥1,2 (grupo 2). Não houve diferença entre os grupos 1 e 2 em relação a gênero, média de idade, taxa de uso de betabloqueador, IECA/BRA ou espinrolactona. Observou-se diferença significativa em relação às classes funcionais I e III entre os grupos (classe I = 57,1% vs 32,1%, p=0,03; classe II = 38,8% vs 50,0%, p=0,33; classe III = 2,0% vs 14,3%, p=0,03; classe IV = 2,0% vs 3,6%, p=0,68;). Necessitaram de ao menos uma internação no seguimento seis pacientes do grupo 1 (12,2%) e 10 pacientes do grupo 2 (35,7%) (p=0,01). A taxa de internações por descompensação foi de, respectivamente, 16,3 vs 50,0 internações a cada 100 pacientes (p=0,0001) e o tempo médio de permanência hospitalar foi de 1,2 vs 5,3 dias por paciente (p=0,04). A mortalidade no seguimento foi de 6,1% no grupo 1 vs 7,1% no grupo 2 (p=0,86). Conclusão: Pacientes com ICFER e com inflamação demonstrada laboratorialmente apresentaram risco três vezes maior de internação hospitalar por descompensação da doença quando comparados aos pacientes sem inflamação, além de maior tempo médio de permanência hospitalar. A presença de inflamação não se associou a aumento de mortalidade na ICFER.

63509

ACESSO TRANSRADIAL DISTAL NA TABAQUEIRA ANATÔMICA EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA: ANÁLISE DE COMPLICAÇÕES E DOR NO SÍTO DE PUNÇÃO

BRUNO P R ARAGÃO, RODRIGO D FERRAZ, GUSTAVO A C E PADILHA, PIETRO D LIMA, VINICIUS A ASTOLPHO, VITOR M B ROLIM, OSMAR A CALIL, RENATO G SERPA, LUIZ F M BARBOSA e ROBERTO R BARBOSA

ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: O acesso transradial distal (TRD) realizado através da tabaqueira anatômica é uma via de acesso arterial descrita recentemente na Cardiologia Intervencionista. Esse tipo de acesso ainda é pouco utilizado comparado à via transradial (TR) e à via transfemoral (TF). Este estudo teve como objetivo analisar a via TRD em relação a complicações e dor no sítio de punção, comparando-a com as vias TR e TF. Métodos. Estudo prospectivo observacional unicêntrico que incluiu pacientes submetidos a procedimentos coronarianos em Cardiologia Intervencionista, tanto eletivos quanto de urgência. Dados clínicos e de procedimento foram coletados, e um questionário foi aplicado após sete a 30 dias a respeito de complicações e dor no sítio de punção. A via TRD foi comparada às vias TR e TF. Análise estatística compreendeu o teste do qui quadrado, teste de Fisher e teste T student não pareado, adotando-se nível de significância de 5%. Resultados. Foram incluídos 211 pacientes, sendo 69 no grupo TRD, 71 no grupo TR, 71 no TF. 15,9% dos pacientes no grupo TRD relataram ter sentido dor no local da punção, em comparação com 32,4% no grupo TR (p=0,023) e 15,5% no grupo TF (p=1). Quanto à intensidade da dor (escala de 1 a 10) nos pacientes que relataram o sintoma, a via TRD apresentou dor mais intensa (5,8 ± 2,2) comparada às vias TR (4,8 ± 2,5; p=0,013) e TF (4,6 ± 1,7; p=0,0004). A duração da dor na via TRD também foi maior (13,7 ± 9,8 dias) em comparação às vias TR (7,6 ± 5,2 dias; p=0,0001) e TF (8,2 ± 4,1 dias; p=0,0001). Nenhuma complicação vascular ou hemorrágica maior foi observada na amostra, sendo diagnosticada apenas uma alergia local na via TRD, provavelmente devido à fixação do curativo compressivo. Conclusão. A via de acesso TRD teve baixa incidência de dor local, comparável à da via TF e menor que a da via TR. Contudo, a intensidade e a duração da dor no sítio de punção, quando esta ocorreu, foram maiores que nas demais vias de acesso. Observou-se ausência de complicações maiores nas três vias de acesso.

63515

RELATO DE CASO DE NEONATOS COM CARDIOPATIA COMPLEXA TIPO UNIVENTRICULAR COM HIPOPLASIA DO ARCO AÓRTICO

GABRIEL FAIOLI NASCIMENTO ALVES VIEIRA, KARLA LOUREIRO LOSS, RAFAEL AON MOYSÉS, LUIZ RENATO DAROZ, JOSE SILVA HENRIQUE E LEANDRO BATISTI DE FARIA

UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV), VILA VELHA, ES, BRASIL.

A cardiopatia congênita é a mal formação mais frequente, prevalência de 9:1000 nascidos vivos. As cardiopatias univentriculares representam 1,5% de todas as cardiopatias,que por vezes associam-se a hipoplasia do arco aórtico.Os 2 casos que serão relatados se referem a cardiopatias univentriculares associadas a algum grau de hipoplasia do arco aórtico, com abordagens cirúrgicas diferentes.Caso1:Recém-nascido, feminino,8ºdia de vida,2,7Kg, ao exame físico notado sopro cardíaco e redução de pulsos em membros inferiores.Rx de tórax apresentava aumento de área cardíaca. Ao ecocardiograma com Doppler (Eco-Doppler):atresia tricúspide com vasos em má posição,ventrículo direito hipoplásico,comunicação interatrial ampla(CIA),comunicação interventricular subaórtica restritiva(CiV) com hipoplasia de todo arco aórtico e persistência do canal arterial(PCA). A angiotomografia cardíaca(Angio-TC) confirmou os achados ecocardiográficos esclarecendo arco aórtico hipoplásico com estreitamento crítico pré-ductal com aorta anterior e a esquerda,menor diâmetro de 1,5X1,3mm,ventrículo único tipo esquerdo com aorta saindo do ventrículo hipoplásico e pulmonar partindo do ventrículo principal;CiV restritiva entre os ventrículos(7,6X4,0mm) e CIA ampla (10X8,6mm). Foi submetido a operação de Norwood clássico no 22ºdia de vida devido a complicações infecciosas prévias. Após 6h de cirurgia,apresentou disfunção ventricular grave com fibrilação não responsiva a medidas clínicas.Caso2:Recém-nascido,feminino,3ºdia de vida,2,5Kg,sopro cardíaco,diferença de pressão entre os membros,extremidades frias,saturando 90% em ar ambiente.Eco-Doppler:cardiopatia congênita tipo isomerismo direito,átrio único,CiV ampla tipo mal alinhamento,dupla via de saída do ventrículo direito sem restrição ao fluxo pulmonar,arco aórtico hipoplásico com coarctação da aorta e PCA.Achados confirmados na Angio-TC.Operada no 18ºdia de vida: ligadura da PCA,anastomose término-terminal da coarctação,ampliação da aorta proximal com chuleio e bandagem da pulmonar.Eco-Doppler pós-cirúrgico: arco aórtico evidenciando bom resultado,gradiente máximo de 15mmHg,Cerclagem pulmonar bem posicionada,gradiente máximo de 70mmHg e bom fluxo na aorta descendente.Boa função sistólica biventricular.Alta aos 2 meses de vida,com diuréticos. Conclui-se que o tratamento cirúrgico pode variar na correção do arco e ressaltar-se a importância para o sucesso das correções:condições pré-operatórias e associação com outras anomalias cardiovasculares.

63516
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADENIVELAMENTO DO SEGMENTO ST: COMPARAÇÃO DOS PERÍODOS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19
RODOLFO COSTA SYLVESTRE, GUILHERME VASSALO MORAIS, ALICE LUCINDO DE SOUZA, FERNANDA VENTURINI DE CASTRO, LUCAS CRESPO DE BARROS, OSMAR ARAUJO CALIL, RENATO Giestas Serpa, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA E ROBERTO RAMOS BARBOSA
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - ESCOLA DE MEDICINA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.
Introdução: O infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST) é uma das causas líderes de mortalidade no mundo atual, e a pandemia de COVID-19 pode prejudicar o tratamento precoce de diversas maneiras. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico, os tempos de retardo e a evolução clínica de pacientes com IAMCSST submetidos a cateterismo cardíaco de urgência e intervenção percutânea primária (ICPP) no Espírito Santo, nos períodos antes e durante a pandemia de COVID-19. Métodos. Estudo retrospectivo observacional unicêntrico que incluiu pacientes admitidos com IAMCSST submetidos a ICPP no período de agosto de 2019 a julho de 2020. Os pacientes foram comparados de acordo com o período de internação (pré-pandemia vs. durante a pandemia) e foram analisados tempos de retardo (tempo dor-porta, tempo porta-balão, tempo total de isquemia até a ICPP), características clínicas e desfechos clínicos (insuficiência renal aguda e óbito intra-hospitalar). Análise estatística compreendeu o teste do qui-quadrado, o teste de Fisher e o teste T de student não pareado, adotando-se nível de significância de 5%. Resultados. Foram incluídos 78 pacientes submetidos a ICPP por IAMCSST, sendo 46 pré-pandemia (58,9% - 6,6 casos por mês) e 32 durante a pandemia (41,1% - 6,4 casos por mês). Na comparação entre os grupos, foi observado aumento de pacientes do sexo feminino (17,4% pré-pandemia vs. 37,5% durante a pandemia; p=0,04) e aumento da prevalência de hipertensão arterial (60,9% vs. 87,5%; p=0,01). Houve aumento do tempo dor-porta (248 ± 198 minutos vs. 357 ± 182 minutos; p=0,014). O tempo porta-balão foi 64 ± 47 minutos pré-pandemia vs. 59 ± 25 minutos durante a pandemia (p=0,57) e o tempo total de isquemia foi respectivamente 363 ± 217 minutos e 451 ± 236 (p=0,09). A incidência de insuficiência renal aguda foi 17,4% pré-pandemia e 21,8% durante a pandemia (p=0,62), e a mortalidade intra-hospitalar foi respectivamente 6,5% e 18,7% (p=0,07). Conclusão. Houve aumento proporcional de mulheres com IAMCSST submetidas a ICPP durante a pandemia de COVID-19, aumento da prevalência de hipertensão nestes pacientes e aumento do tempo de retardo até a procura por atendimento médico. Observou-se tendência para maior mortalidade intra-hospitalar e prolongamento do tempo total de isquemia no IAMCSST durante a pandemia, porém sem significância estatística.

63526
AVALIAÇÃO DE CARDIOTOXICIDADE INDUZIDA POR QUIMIOTERÁPICOS EM PACIENTES COM CâNCER DE MAMA
VINICIUS ANGELO ASTOLPHO, GABRIEL AMORIM CASTELLAN, LUIZA HANDERE LORENCINI, ARTUR VARNIER DE FREITAS, VÍTOR LORENCINI BELLOTI, LUCAS CRESPO DE BARROS, LARISSA NOVAES PAGANINI, LUANA TAMARA PESCUITE, ROBERTO RAMOS BARBOSA E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.
Introdução: Observa-se nos avanços da terapêutica oncológica crescente sobrevida de pacientes com neoplasia de mama. Grande parte necessita de tratamento quimioterápico, com envolvimento de drogas potencialmente cardiotoxícas, como doxorubicina, ciclofosfamida e trastuzumab. O objetivo desse estudo foi avaliar a incidência de cardiotoxicidade em pacientes com neoplasia de mama submetidos a tratamento com tais fármacos. Métodos: Estudo longitudinal observacional unicêntrico retrospectivo e prospectivo que incluiu pacientes com neoplasia de mama e tratamento quimioterápico com doxorubicina e/ou ciclofosfamida, entre 2015 e 2019. Realizou-se coleta de dados com informações sobre dados clínicos, estadiamento e tratamento oncológico, fatores de risco cardiovascular, cardiopatias subjacentes e evolução clínica após quimioterapia. O desfecho analisado foi o desenvolvimento de disfunção ventricular esquerda comprovada através de redução da fração de ejeção (FE) ao ecocardiograma, com análise estatística descritiva. Resultados: Foram incluídos 151 pacientes, sendo 149 mulheres (98,7%) e 2 homens (1,3%). Setenta pacientes apresentavam previamente hipertensão arterial sistêmica (46,4%), 31 diabetes mellitus (20,5%), 20 dislipidemia (13,2%) e 11 eram tabagistas ativos (7,3%). Um paciente (0,7%) tinha história prévia de infarto do miocárdio e dois (1,3%) tinham FE <50% antes da quimioterapia. Foi utilizado doxorubicina em 84 (55,6%), ciclofosfamida em 92 (60,9%) e trastuzumab em 9 (6,0%). A dose média acumulada de doxorubicina foi de 349 ± 157 mg/m². Estavam em uso prévio de betabloqueadores 18 pacientes (11,9%), IECA ou BRA 44 (29,1%) e espirolactona 1 (0,7%). Cinquenta e seis (37,1%) pacientes submetidos a quimioterapia realizaram ecocardiograma antes do tratamento e apresentaram FE média 67 ± 8%, enquanto 27 (17,9%) fizeram controle ecocardiográfico pós-quimioterapia com FE média 64 ± 5%. Cinco pacientes (3,3%) apresentaram quadro clínico compatível com insuficiência cardíaca (IC) pós-quimioterapia. Conclusão: Uma pequena parte dos pacientes com neoplasia de mama apresentou quadro de IC confirmado por ecocardiograma após tratamento quimioterápico. A maioria dos pacientes não realizou avaliação ecocardiográfica prévia e após a quimioterapia com medicações cardiotoxícas. Observou-se alta prevalência de fatores de risco cardiovascular nessa população.

63524
SARS-COV-2 E LESÃO CARDÍACA: DADOS DO CORONAHEART REGISTRY NO ESPÍRITO SANTO
FERNANDA CHAGAS REUTER MOTTA, HEMELY ALMEIDA DO NASCIMENTO, LUCAS BANDEIRA LIMA, RODOLFO COSTA SYLVESTRE, JULIA DE LYRA MARTINELLI SCARDUA, PIETRO DALLORTO LIMA, HANNA CÁSSIA LIMA RODRIGUES, LUCAS VIEIRA PINTO, ALDREN THOMAZINI FALÇONI JÚNIOR E ROBERTO RAMOS BARBOSA
HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL - ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA D, VITÓRIA, ES, BRASIL.
Introdução: Muitos pacientes infectados pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2 desenvolvem lesões cardíacas durante a infecção. O CORONAHEART REGISTRY é um estudo brasileiro multicêntrico que busca avaliar as alterações cardíacas associadas à infecção por SARS-CoV-2. O objetivo do presente estudo é descrever os achados deste registro em um dos centros participantes localizado no Espírito Santo. Métodos: Foram incluídos pacientes com suspeita de lesão cardíaca possivelmente atribuível à infecção pelo SARS-CoV-2, com ao menos um dos seguintes critérios: alterações cardíacas confirmadas laboratorialmente (troponina, NT-proBNP ou BNP alterados, D-dímero 3 vezes acima do limite de normalidade); alterações clínicas (arritmias, miocardite, pericardite, choque cardiogênico, insuficiência cardíaca e síndrome coronariana aguda) e necessidade de dispositivos de suporte circulatório. Os pacientes foram acompanhados até alta hospitalar ou óbito intra-hospitalar. Os desfechos analisados foram necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), uso de drogas vasoativas (DVA), de ventilação mecânica invasiva (VMI) e óbito intra-hospitalar. Dados foram colhidos em prontuário eletrônico e realizou-se análise estatística descritiva. Resultados: De um total de 258 pacientes internados com infecção por SARS-CoV-2, 75 (29,1%) apresentaram lesão cardíaca e foram incluídos no estudo, sendo 30 homens (40,0%) e 45 mulheres (60,0%). Os achados foram: D-dímero elevado, 54 casos (72,0%); BNP elevado, 28 (37,3%); troponina elevada, 20 (26,6%); alterações eletrocardiográficas, 16 (21,3%); SCA, 7 (9,3%); e arritmias, 5 (6,6%). 50 pacientes (66,6%) necessitaram de internação em UTI; 44 (58,7%) do uso de DVA; 33 (44,0%), de VMI e 24 pacientes (32,0%) apresentaram óbito intra-hospitalar. As medianas relativas ao tempo decorrido entre a internação e a alta hospitalar ou óbito foram de 12 (IQR=4-83) e 11 dias (IQR=7-27) respectivamente. Dentre os casos que evoluíram para óbito, os marcadores laboratoriais apresentaram as seguintes medianas: troponina 0,8 (IQR=0,15-214); NT-ProBNP 843 (IQR=390-31.182); BNP 1.349 (IQR=234-18.357); D-dímero 2.804 (IQR=502–32.702) e proteína C reativa 89 (IQR=15-121). Conclusão: Observou-se elevada mortalidade intra-hospitalar e elevado perfil clínico de gravidade dos pacientes com lesão cardíaca associada à infecção por SARS-CoV-2.

63527
RELATO DE CASO: SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST EM PAREDE INFERIOR APÓS INGESTÃO DE FOSFETO DE ALUMÍNIO
JOÃO GABRIEL RAMOS DE MATOS, MRJORYE ALVES DE BARROS, DÉBORA PEREIRA GALVÊAS, BARBARA MORGADO AREAS, EMILIO PEREIRA DO ROSARIO JUNIOR E SCHEILA CRISTINA GHISOLFI PEDRINI ROCIO
CIATOX-ES, VITÓRIA, , BRASIL - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, VITÓRIA, , BRASIL.
Introdução: O fosfeto de alumínio é um fumigante usado no controle de insetos, roedores e outras pragas em produtos em armazenamento. Em caso de autoextermínio com essa substância, a mesma entra em contato com o suco gástrico, ocasionando a formação de fosfina sendo absorvido pela mucosa do trato gastrointestinal, e excretado principalmente pelos rins e pulmões. Seu mecanismo de ação, não totalmente elucidado, parece envolver hipóxia, cujo óbito pode ocorrer em 24 horas devido à cardiotoxicidade aguda, podendo demorar até 4 dias quando sobrevém a síndrome do desconforto respiratório do adulto. Descrição do caso: É relatado o caso de uma mulher de 77 anos com tentativa de autoextermínio por ingestão de pastilha de Gastoxin (fosfeto de alumínio), que em aproximada 6 horas evoluiu para óbito após quadro de síndrome coronariana aguda. Ao ECG na admissão, o exame demonstrou ritmo juncional e corrente de lesão subepicárdica em parede inferior, compatível com infarto agudo do miocárdio, manifestação importante para esse tipo de enfermidade. Além disso, foi constatado que a equipe envolvida no atendimento inicial desenvolveu sintomas compatíveis com a intoxicação descrita, como náusea, xerostomia e cefaleia. Conclusões: Além de um interessante achado clínico e complementar, ressalta-se a importância de considerar esse tipo de intoxicação como diagnóstico diferencial no ambiente de emergência, já que a rápida progressão para sintomas com risco de vida tem sido um desafio para a toxicologia clínica, discutindo-se, assim, sua fisiopatologia, epidemiologia, intervenções terapêuticas precoces que visem assegurar melhor suporte tanto para o paciente como à toda equipe envolvida.

ÍNDICE REMISSIVO POR AUTOR E Nº DO TEMA

A

ADALBERTO MASSAKI IKEGAMI - 63495

ADAUTO G P NETO - 57636

ALDREN THOMAZINI FALÇONI JÚNIOR - 63524

ALEXANDRE AUGUSTO MARCHI GUEDES - 63495

ALICE LUCINDO DE SOUZA - 63516

AMANDA BASSANI PAGOTTO - 63500

AMANDA CAVALCANTE LOZER - 63384

ANA CAROLINA ANTÃO - 63252

ANA CRISTINA TENÓRIO DA COSTA FERNANDES - 63250

ANA LUISA MALLET - 63246

ANDRESSA CORTELETTI - 63499

ARI ANTONIO STEIN LIMA JUNIOR - 57650

ARTUR VARNIER DE FREITAS - 63526

ASSAD M SASSINE – 57650, 63306 e 63384

B

BARBARA MORGADO AREAS - 63527

BRUNO P R ARAGÃO - 63509

C

CARLOS AUGUSTO PAREDE MACEDO MOURA - 63252

CAROLINA MÁRCIA JADIIJSKY TONANI - 63384

CAROLINE FEU ROSA CARRERA - 57412

CAROLYNNE FERREIRA MACHADO - 63384

CLARA MARIA DA COSTA - 63252

D

DALTON VALENTIM VASSALLO - 63251

DÉBORA DE CASTRO ROCHA WANDERMUREM - 63250

DÉBORA PEREIRA GALVÊAS – 63500 e 63527

DÉBORAH DELLABIANCA BENTO - 63384

E

ELISA ITO MENDES - 57650

ELIZABETH SILAID MUXFELDT - 63246

EMILIO PEREIRA DO ROSARIO JUNIOR - 63527

F

FELIPE REY COSTA TOSTES – 63250 e 63252

FELIPE SARLO PEZZIN - 63500

FERNANDA CHAGAS REUTER MOTTA - 63524

FERNANDA COSTA BARRADAS – 63246 e 63250

FERNANDA DO VALLE KANGUSSU - 63250

FERNANDA VENTURINI DE CASTRO - 63516

FILIPE PEREIRA DE OLIVEIRA - 63499

FLAVIA CAMPOS FERREIRA LIBORIO - 63250

G

GABRIEL AMORIM CASTELLAN - 63526

GABRIEL FAIOLI NASCIMENTO ALVES VIEIRA - 63515

GABRIELA GIRÃO ALBUQUERQUE – 63252

GABRIELA LIRA DEVENS - 63240

GABRIELLA MARTINS CURCIO - 57412

GUILHERME VASSALO MORAIS - 63516

GUSTAVO A C E PADILHA - 63509

H

HANNA CÁSSIA LIMA RODRIGUES - 63524

HEMELY ALMEIDA DO NASCIMENTO - 63524

I

INAH MARIA DRUMMOND PECLY - 63252

INGRED VIEIRA BARCELOS THULER - 63384

INGRID ARDISSON COLODETE – 63103 e 63240

ISABELA FAVARATO BENEDITO - 63261

ISABELA VIANA DE PAIVA - 63495

IZABELA BERNARDES MUNIZ - 63508

ÍNDICE REMISSIVO
POR AUTOR E Nº DO TEMA



J

JOÃO GABRIEL RAMOS DE MATOS - 63527
JOÃO VICTOR HOLLANDA - 63250
JOSE SILVA HENRIQUE - 63515
JULIA ANTONIETTA DANTAS DA SILVA - 63251
JULIA DE LYRA MARTINELLI SCARDUA - 63524

K

KARLA LOUREIRO LOSS - 63515
KAROLINI ZUQUI NUNES - 63251

L

LARA PESSANHA MAROTI - 63246
LARISSA NOVAES PAGANINI - 63526
LARISSA ROSA PASSOS - 63499
LARISSA STELZER BANDEIRA - 63500
LAYANE BONFANTE BATISTA - 57412
LEANDRO BATISTI DE FARIA - 63515
LETÍCIA ZARUR JUNQUEIRA DE ANDRADE – 63246 e 63250
LINCOLN GABRIEL DALMAZ - 63495
LUANA TAMARA PESCUITE - 63526
LUCAS ANTEQUERA - 63250
LUCAS BANDEIRA LIMA - 63524
LUCAS CRESPO DE BARROS – 5741, 63516 e 63526
LUCAS VIEIRA PINTO - 63524
LUDMILA RIBEIRO BRAMBATI - 63499
LUÍSA ZAMPERLINI PAQUINI - 63258
LUIZ F M BARBOSA - 63509
LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA – 57636, 63103, 63240, 63258, 63499, 63508, 63516 e 63526
LUIZ RENATO DAROZ - 63515
LUIZA ARAUJO NOGUEIRA - 63246
LUIZA HANDERE LORENCINI - 63526
LUIZA MELO CASTOR AZEVEDO - 63500

M

MAIRA LUISA NEIVA DA SILVA - 63491
MARIELLE NEIVA DA SILVA - 63491
MÁRIO JOSÉ COSTA BAZZARELLA - 63508
MATEUS DAROZ GONÇALVES – 63240 e 63258
MATTHEWS B PAULA - 57636
MRJORYE ALVES DE BARROS - 63527

N

NAYARA ZANETTI COMERIO - 63261

O

OSMAR A CALIL - 63509
OSMAR ARAUJO CALIL – 57412, 63240, 63258, 63499, 63508 e 63516
OTAVIO GONÇALVES D. O. JUNIOR - 63495

P

PAULO ROBERTO ANGELETE ALVAREZ BERNARDES - 63261
PEDRO HENRIQUE PIMENTA DINIZ - 63252
PEDRO JULIO PACHECO VELASCO - 63246
PIETRO D LIMA - 63509
PIETRO DALLORTO LIMA – 57412, 63103, 63240, 63258, 63499 e 63524

R

RAFAEL AON MOYSÉS - 63515
RAFAEL OLIVEIRA DE SOUSA - 63306
RAMON CHIABAI MOURA - 63103
RAMON NARDE SIMÃO - 63246
RAMON OTT VARGAS - 57650
RENAN VICENTE STALING BRAGA - 63495
RENATO G SERPA – 63509, 57412, 63103, 63240, 63258, 63499, 63508 e 63516



ÍNDICE REMISSIVO
POR AUTOR E Nº DO TEMA

J

RINARA ANGÉLICA DE ANDRADE MACHADO - 63500
ROBERTO R BARBOSA - 63509
ROBERTO RAMOS BARBOSA – 57412, 63103, 63240, 63258, 63499, 63508, 63516, 63524 e 63526
RODOLFO COSTA SYLVESTRE – 63508, 63516 e 63524
RODRIGO D FERRAZ - 63509
RODRIGO EUGÊNIO VINUTO BORGES – 63246 e 63250
RODRIGO SILVA - 63252
RONNY S M LOPES - 57636

S

SABRINA PAIVA TAVARES PEREIRA - 63508
SÁVIO FERREIRA RIBEIRO – 63246 e 63250
SCHEILA CRISTINA GHISOLFI PEDRINI ROCIO - 63527
STEPHANIE SI MIN LILIENWALD OEI - 63246

T

TAYS SILVA DE ARAUJO STEIN - 57650
THAIS KELLEN RIBEIRO DA SILVA - 63258
THALES SCHWARTZ DUARTE MARTINS – 63240 e 63258
THIAGO RODRIGUES SEQUEIRA - 63384

V

VICTOR MONTEIRO DIAS SAADEH - 57650
VINICIUS A ASTOLPHO – 63509 e 63526
VINICIUS LEIRIA TEIXEIRA LOUZADA - 63252
VÍTOR LORENCINI BELLOTI - 63526
VITOR M B ROLIM – 63509, 63103, 63258 e 63508
VITOR S MACHADO - 57636
VITÓRIA FLUMIGNAN - 63252

