



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

www.arquivosonline.com.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2016

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO

AstraZeneca 



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)
Antonio 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 Amodéo (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. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)

Enio Buffolo (SP)
Eulógio E. Martinez Filho (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Exedito 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)
Gláucia Maria M. de Oliveira (RJ)
Hans Fernando R. Dohmann (RJ)
Humberto Villacorta Junior (RJ)
Ínes Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Jarbas Jakson 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 Pércles 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)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Marcus Vinícius Bolívar Malachias

Vice-Presidente

Eduardo Nagib Gaudi

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/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 107, Nº 2, Suplemento 1, Agosto 2016

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

Impressão

XXXXX

Tiragem

XXXXX

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

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

VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO

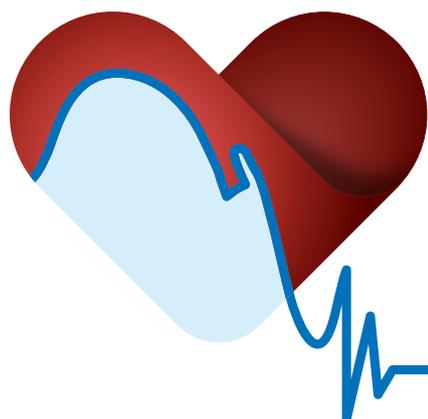
Neste suplemento dos Arquivos de Cardiologia estão publicados os resumos dos trabalhos selecionados para apresentação no XXVIII Congresso da SBC/ES.

Com esta iniciativa, a Diretoria da SBC/ES procura divulgar, em maior extensão, 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

XXVIII



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

PEDRA AZUL - DOMINGOS MARTINS/ES

18^A 20

DE AGOSTO DE 2016

Centro de
Convenções
do Hotel Eco
da Floresta

REALIZAÇÃO



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
DO ESPÍRITO SANTO**



45796

Síndrome de ALCAPA, anomalia de origem da artéria descendente anterior na artéria pulmonar em uma sexagenária.

FLÁVIO ARREGUY VIANA, FERNANDO LUIZ TORRES GOMES, CARLOS MARCONI PAZOLINI E WERTHER CLAY MONICO ROSA

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM/UFES, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A Anomalia de origem da coronária esquerda da artéria pulmonar (abnormal left coronary artery from pulmonary artery = ALCAPA) ou Síndrome de Blade-White-Garland apesar de rara é uma séria malformação congênita. A taxa de mortalidade pode chegar a 90% no primeiro ano de vida. Representa cerca de 0,25 a 0,5 % das doenças cardíacas congênitas. O relato de caso descreve uma paciente sexagenária, que foi diagnosticada durante a realização de uma avaliação cardiológica para procedimento cirúrgico. **Descrição:** Paciente sexo feminino, 61 anos, com história de dor precordial recorrente, iniciada há cerca de 30 anos, precipitada por esforços moderados, associada a dispnéia e melhora com repouso. Há 10 anos para realização de risco cardíaco foi solicitado cateterismo cardíaco. Identificada a anomalia congênita: a artéria coronária descendente anterior(DA) era de pequeno calibre e tamanho, e opacificava pelo contraste a artéria pulmonar(AP). Arterias circunflexa e coronária direita apresentando importante rede de circulação colateral tipo micro fistulas com ligação com a porção distal da descendente anterior. Realizados cintilografia, ecocardiograma e angiotomografia. Após intensa discussão do caso, realizado cirurgia pela técnica de ligadura da origem da DA na AP e implante de enxerto da artéria mamária na DA. Paciente evoluiu bem e assintomática. **Conclusões:** ALCAPA é uma malformação congênita rara que foi primeiramente descrita em 1933. A incidência é de cerca de 1/300.000 nascidos vivos. A forma mais comum é a origem do tronco da coronária esquerda diretamente na AP. No relato apenas a DA possui origem na AP. A isquemia é proporcional ao desenvolvimento da circulação colateral que influenciará no quadro clínico e prognóstico. Sem uma rede colateral, apresenta mortalidade de 90% no primeiro ano de vida. Se rede colateral desenvolvida a apresentação clínica é adiada, podendo o adulto apresentar sintomas de cardiopatia isquêmica ou arritmias graves e até morte súbita. No relato a paciente apresentava sintomas anginosos pouco limitantes. O diagnóstico definitivo é dado pela coronariografia ou angiotomografia. O tratamento da ALCAPA consiste na recriação de perfusão coronariana dupla. A paciente foi submetida a cirurgia cardíaca, sem qualquer intercorrências, encaminhada para seguimento ambulatorial. Dois recentes estudos mostraram uma alta taxa de sucesso no procedimento cirúrgico com baixa mortalidade e alto índice de recuperação da função miocárdica.

46343

Anomalia de Ebstein associada a AVE isquêmica: Relato de caso

ANTÔNIO F A JÚNIOR, RENAN A S MARQUIORI, FRANCISCO A P C JÚNIOR E LARA H C B PERPETUO

Hospital Regional de Barbacena Dr Jose Américo - FHEMIG, Barbacena, MG, BRASIL.

Introdução: A Anomalia de Ebstein é uma cardiopatia congênita rara (0,3-0,5% das malformações cardíacas) e caracteriza-se por uma baixa implantação dos folhetos da valva tricúspide e suas inserções. Muito frequentemente (90%) está associado a comunicação interatrial (CIA) e shunt atrial direita-esquerda, podendo em certas condições determinar AVEI secundário a fibrilação atrial e/ou cardioembolização espontânea. Frequentemente o diagnóstico diferencial etiológico do acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) em jovens constitui um desafio médico, sendo a Anomalia de Ebstein uma hipótese diagnóstica plausível. **Objetivo:** Descrever o diagnóstico desta condição clínica e uma de suas complicações, relacionando com a importância da suspeição através do exame físico e da investigação com exames complementares. **Método:** Relato de caso individual. **Resultados:** Paciente de 17 anos, filho de gestação única com parto eutócico de mãe hígida foi trazido ao pronto-socorro pelo SAMU devido a disartria e síndrome hemiparética súbita desproporcionada predominando em membro superior esquerdo. Havia história de AVEI prévio há 5 anos. Não havia história familiar de malformação cardíaca. Apresentava sopro sistólico em foco tricúspide e eletrocardiograma (ECG) com ritmo sinusal. A tomografia de crânio mostrava hipodensidade nova córtico-subcortical fronto-parietal e insular à direita e no braço posterior da cápsula interna ipsilateral, além de área de encefalomalácia antiga. Foi realizado ecocardiograma revelando o diagnóstico da anomalia de Ebstein: valva displásica, espessada e com implantação anormalmente baixa (45mm de diferença entre a altura do folheto septal e o folheto anterior), regurgitação tricúspide moderada, átrio direito aumentado, presença de CIA tipo ostium secundum com moderado shunt direito-esquerdo. Foi realizada anticoagulação com rivaroxabana devido a presença de fibrilação atrial paroxística. Paciente foi encaminhado para centro de referência cardiológica para tratamento definitivo da anomalia. **Conclusão:** O tratamento dessa condição é cirúrgico e só realizado em grandes centros, mediante plastia e/ou substituição valvar com ou sem plicatura longitudinal da porção atrializada do VD. O reconhecimento e tratamento precoce da condição aumentam a sobrevida e diminui o risco de complicações relacionadas a esta anomalia, em especial neste caso, a episódios recorrentes de AVEI, impactando positivamente na funcionalidade e qualidade de vida do paciente.

46359

Recorrência da fibrilação atrial em pacientes com eutireoidismo e hipertireoidismo

LIBÉRIO MENDONÇA GOMES,

Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), Divinópolis, MG, BRASIL.

Introdução: A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia supraventricular caracterizada por ativação atrial não-coordenada acompanhada por disfunção mecânica. A FA ocorre em 15% dos pacientes com hipertireoidismo. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da Cardioversão (CV) e os preditores de recorrência de FA em pacientes com hipertireoidismo (HT) e eutireoidismo (ET). **Materiais e Métodos:** Revisão da literatura especializada nas bases de dados Scielo, UpToDate, Pubmed e livros-texto. **Discussão:** Este estudo avaliou as taxas e os preditores de recorrência da FA após a realização da CV em indivíduos com HT e ET. O achado principal foi que a longo prazo as taxas de recorrência da FA foram semelhantes em pacientes de ambos os grupos após a CV e que a duração da FA foi o único parâmetro preditivo de recorrência da FA nos dois grupos. Um nível sérico baixo de TSH é um fator de risco independente para FA. Um estudo realizado em mais de 23.000 pacientes encontrou FA em 2,3% dos pacientes com ET e 12,7% daqueles com HT subclínico e 13,8% com HT clínico. Siu et al. demonstraram que as taxas de recorrência da FA 24 meses após uma CV bem-sucedida foram de 59% em pacientes com FA e HT comparadas com 83% naqueles com FA e sem disfunção tireoidiana. **Resultados:** A CV foi bem-sucedida em 79 pacientes e malsucedida em 2 pacientes. A taxa de sucesso da CV nos grupos com eutireoidismo e hipertireoidismo foram de 97,6% e 96,9%. Ambos os grupos com HT e ET apresentaram semelhantes durações de seguimento, taxas de recorrência da FA e tempo de recorrência da FA. **Conclusão:** As taxas de recorrência da FA são semelhantes em pacientes com hipertireoidismo e eutireoidismo e a duração da FA é o único preditor de recorrência de FA em ambos.

46423

Caracterização dos programas de reabilitação cardíaca em Minas Gerais (MG), Brasil

RAFAELA SANTOS DE OLIVEIRA, THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO, GABRIELA MOREIRA BONFIM, LILIAN PINTO DA SILVA, MARCIA MARIA OLIVEIRA LIMA, LILIAN PEREIRA VERARDO E RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, Juiz de Fora, MG, BRASIL - Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri- UFV, Diamantina, MG, BRASIL.

Introdução: Diversos Guidelines mostram os efeitos positivos dos programas de reabilitação cardíaca (RC). Apesar disso, existem poucos programas de RC disponíveis e estes são subutilizados. Em MG, não existem dados sobre os programas de RC, assim o objetivo deste estudo é mapear estes programas considerando dados quantitativos e qualitativos. **Métodos:** Estudo multicêntrico e transversal, aprovado sob o número 37156614.8.1001.5149 e realizado entre março e outubro de 2015. Os coordenadores dos serviços de RC responderam um questionário sobre as características dos serviços: intensidade do exercício, serviços oferecidos, pacientes incluídos, equipe. Realizou-se estatística descritiva utilizando o SPSS versão 21.0. **Resultados:** Identificou-se e contou-se 29 (7 públicos) programas de RC em MG. Somente 12 (41,3%) responderam o questionário: 4 de Belo Horizonte, 5 de Juiz de Fora e 3 de Uberaba, não sendo identificados programas de RC em Diamantina. Além disso, 6 (50%) pertenciam à rede privada/filantropia e 6 (50%) à rede pública. Os programas atendem pacientes com diversas cardiopatias e o Sistema Único de Saúde paga pelos atendimentos em 7 (58,3%) instituições. Todos dispõem de uma equipe multidisciplinar e o atendimento é sempre supervisionado por fisioterapeuta. A escala de Borg e a frequência cardíaca máxima são usadas para prescrever a intensidade dos exercícios. A maior parte oferece as fases II e III da RC, 10 (83,3%) avaliam fatores de risco, 8 (66,7%) não dispõem de abordagem para controle do tabagismo e 5 (41,7%) têm programa de educação nutricional. **Discussão:** Os dados disponíveis até o momento, indicam a existência de poucos programas de RC em MG, refletindo uma importante barreira no que se refere à continuidade da atenção aos cardiopatas. Apesar disso, os programas avaliados apresentam uma estrutura aceitável, atendem diversas cardiopatias, contam com uma equipe multidisciplinar e prescrevem a intensidade dos exercícios conforme preconizado nos Guidelines. A maior parte avalia fatores de risco cardiovasculares, como tabagismo e hábitos alimentares, mas nem todos têm protocolo específico para seu controle. **Conclusões:** Existem poucos programas de RC em MG, em especial na rede pública, o que constitui importante barreira para continuidade do cuidado dos coronariopatas. Por outro lado, os programas avaliados apresentam boa qualidade e seguem os Guidelines no que diz respeito à equipe multidisciplinar e a ampla abordagem dos fatores de risco.

46424

Barreiras para reabilitação cardíaca: participantes versus não participantes

RAFAELA SANTOS DE OLIVEIRA, GABRIELA MOREIRA BONFIM, THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO, LILIAN PEREIRA VERARDO, GABRIELA LIMA DE MELO GHISI, LUCIANA DUARTE NOVAIS E RAQUEL RODRIGUES BRITTO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRASIL - Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, XX, Canadá - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, BRASIL.

Introdução: A Escala de Barreiras para Reabilitação Cardíaca (EBRC) avalia as barreiras que afetam participação e adesão dos cardiopatas à Reabilitação Cardíaca (RC) nos níveis pessoal, profissional e institucional. O objetivo deste estudo é comparar as barreiras entre cardiopatas participantes e não participantes da RC. **Métodos:** Estudo realizado com cardiopatas participantes (GRC) e não participantes (GNRC) de um programa de RC, aprovado sob o número 37156614.8.1001.5149. Após concordância dos pacientes, realizou-se anamnese e aplicação da EBRC. Esta é composta por 22 itens divididos em 5 domínios de fatores (F); F1-Comorbidades/estado funcional, F2-Necessidades percebidas, F3-Problemas pessoais/familiares, F4-Viagem/conflitos trabalho e F5-Acesso. Os pacientes classificaram seu grau de concordância, através de uma escala Likert de 5 pontos, que corresponde a: 1 - discordar plenamente; 2 - discordar; 3 - indeciso; 4 - concordar e 5 - concordar plenamente. Quanto maior o escore, maior o número de barreiras. Utilizou-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney para as comparações GRC versus GNRC, considerando $p < 0,05$ para significância estatística. **Resultados:** Amostra composta por 108 indivíduos (77 GRC; 31 GNRC), 72 homens, média de idade $60,69 \pm 10,26$ anos. A maior parte (64,8%) foi diagnosticada com doença arterial coronariana (DAC) e 79,6% já sofreu Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O GRC apresentou maiores barreiras relacionadas ao fator 1 (comorbidades e estado funcional) ($p = 0,005$) e ao fator 4 (viagem/conflitos trabalho) ($p = 0,002$). Já o GNRC apresentou maiores barreiras no fator 2 (necessidades percebidas) ($p < 0,001$). **Discussão:** Indivíduos participantes da RC apresentam maiores barreiras de nível pessoal, relacionadas a outras comorbidades e absenteísmo motivado por viagens e trabalho, fatos que comprometem a adesão à RC. Por outro lado, indivíduos não participantes da RC não a percebem como necessária para o seu tratamento, muitas vezes pela falta de orientação e encaminhamento dos pacientes elegíveis pelos profissionais de saúde, que não informam adequadamente aos pacientes seus benefícios. **Conclusões:** Os dados indicam que os programas de RC devem considerar as barreiras dos pacientes que já frequentam a RC para otimizar a adesão e a assiduidade. Além disso, os profissionais de saúde atuantes em serviços de cardiologia precisam disponibilizar mais informações para conscientizar os pacientes sobre a importância deste tipo de acompanhamento a sua saúde.

46618

Atriosseptostomia por balão: resultados imediatos de uma série de casos

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, ANTONIO LEITON LUNA MACHADO JUNIOR, IVAN ROMERO RIVERA, EDECIO GALINDO DE ALBUQUERQUE, JOÃO ANTÔNIO ALVES DE OLIVEIRA E CLEBER COSTA DE OLIVEIRA

Hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Introdução: A atriosseptostomia por balão (AB) é um procedimento emergencial que visa à preservação da vida de recém-nascidos ou lactentes com algumas cardiopatias congênitas cianogênicas, até que o tratamento cirúrgico definitivo seja instituído. Seu objetivo é a ampliação de uma comunicação interatrial já existente para proporcionar maior mistura entre as circulações pulmonar e sistêmica, com consequente aumento da saturação sanguínea de oxigênio. **Objetivo:** Relatar os resultados imediatos de uma série de casos realizados em um hospital que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). **Série de casos:** De abril/2012 a setembro/2014 foram realizadas oito AB. Eram quatro crianças do gênero masculino e quatro do gênero feminino. A média de idade foi de $16,4 \pm 3,4$ dias. A transposição das grandes artérias esteve presente em cinco delas, atresia pulmonar com septo íntegro em dois, e uma criança apresentava drenagem anômala total das veias pulmonares, todos com diagnóstico ecocardiográfico. Em todos os casos a via de acesso foi a veia femoral direita, usando-se butterfly 21 adaptado, corda-guia 0,014' de angioplastia ou guia de artéria radial. O cateter-balão usado foi o Fogarty para atriosseptostomia de 5,0 mm. Todos receberam anestesia geral. As intervenções foram realizadas apenas com a fluoroscopia como método de imagem. A saturação média das crianças pré-procedimento era de $60,7\% \pm 10,2\%$. A pós-procedimento foi de $89,0 \pm 10,2\%$, incremento médio de 46,6%. Não houve nenhum óbito durante os procedimentos em sala de hemodinâmica. **Conclusão:** A AB é um procedimento seguro e eficaz para a manutenção da vida em algumas cardiopatias congênitas cianogênicas, até que o tratamento cirúrgico definitivo possa ser realizado.

46619

Correlação entre índice cardiotorácico e massa ventricular esquerda em pacientes com doença renal crônica em estágio

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, ALFREDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO, SANDRA MARY LIMA VASCONCELOS E AMILSON MARTINS PACHÉCO FILHO

Hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Introdução: Admite-se que a radiografia de tórax (RX), de um modo geral, é um método limitado, por possuir baixas sensibilidade e especificidade no diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Grosso modo, pode sugerir um processo de HVE quando o índice cardiotorácico (ICT) é superior a 0,5. **Objetivo:** Detectar HVE através do ICT obtido ao RX, correlacionando-o com o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), calculado pelo ecocardiograma transtorácico (ECO). **Métodos:** Estudo transversal que incluiu 100 pacientes com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise (HD), isto é, na fase mais avançada ou estágio 5, há pelo menos seis meses. Os pacientes foram submetidos a RX e ECO em até uma hora após as sessões de HD. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14,0$ anos. Ao ECO, HVE foi diagnosticada em 83 pacientes (83%). A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². A correlação linear de Pearson foi de 0,552 e o teste t de Student revelou $p = 0,001$. **Conclusão:** O RX é um método seguro e se mostrou eficaz no diagnóstico de HVE na população com DRC em estágio 5.

46620

Correlação entre intervalo QTc e dispersão do QTc do eletrocardiograma com massa ventricular esquerda em pacientes com doença renal crônica em estágio 5

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, JOÃO ANTÔNIO ALVES DE OLIVEIRA, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, MARCOS HENRIQUE ARAUJO MELO E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

Hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Sabe-se que é elevada a taxa de morte súbita em pacientes (p) com hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e doença renal crônica. O prolongamento do intervalo QTc e sua dispersão (QT máximo - QT mínimo) podem ser fatores envolvidos com tal evento. No período de estudo, de oito meses, houve nove óbitos, sendo quatro por morte súbita. **Objetivo:** Correlacionar as variáveis eletrocardiográficas QT e dispersão de QT com o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), obtido pelo ecocardiograma (ECO). **Métodos:** Estudados 100 p com DRC em estágio 5 de todas as etiologias em hemodiálise (HD) há pelo menos seis meses. Eletrocardiograma e ECO obtidos até uma hora após as sessões de HD. Para significância estatística foram considerados intervalo de confiança = 95% e $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14$ anos. Ao ECO, HVE foi detectada em 83 pacientes. A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². A correlação linear de Pearson entre IMVE e intervalo QTc foi de $r = 0,287$ e teste t de Student revelou $p < 0,0001$. Já para a variável dispersão de QTc, a correlação de Pearson entre esta e o IMVE foi de $r = 0,239$, com $p = 0,232$. **Conclusão:** Houve correlação entre HVE e o intervalo QTc na população de p com DRC, mas não da dispersão do intervalo QTc. Prolongamento do intervalo QTc, além de fatores metabólicos, podem explicar a alta incidência de morte súbita nessa população.

46624

Os níveis séricos de paratormônio não se correlacionam com o índice de massa do ventrículo esquerdo em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, ALFREDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO, SANDRA MARY LIMA VASCONCELOS E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Há relatos de associação entre níveis séricos de paratormônio (PTH) e o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), obtido pelo ecocardiograma (ECO). Este hormônio é importante na fisiopatologia de algumas das alterações cardiovasculares que ocorrem na doença renal crônica (DRC). **Objetivo:** Correlacionar os níveis séricos de PTH com o IMVE obtido pelo ECO. **Métodos:** Estudados 100 pacientes (p) com DRC em estágio 5 de todas as etiologias em hemodiálise (HD) há pelo menos seis meses. O PTH foi analisado segundo as normas do Ministério da Saúde para pacientes com DRC estágio 5. Considerou-se a média dos últimos seis meses. Foram considerados intervalo de confiança = 95% e $p < 0,05$ para se estabelecer significância estatística. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14$ anos. Ao ECO, HVE foi detectada em 83 pacientes. A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². A média dos níveis séricos do PTH na amostra estudada foi de $481,7 \pm 615,0$ pg/ml. A correlação linear de Pearson entre IMVE e o PTH foi de $r = 0,158$ e teste t de Student revelou $p = 0,236$. **Conclusão:** Ao contrário de alguns relatos da literatura não houve associação significativa entre os níveis de PTH e o IMVE na população estudada.

46625

Correlação entre tamanho e volume do átrio esquerdo com massa ventricular esquerda em pacientes com doença renal crônica em estágio 5

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, ECLIENE MARCIA CINESIO DE OLIVEIRA, KARINA FRAGA PALMEIRA E EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: O tamanho e o volume atriais esquerdos, obtidos pelo ecocardiograma transtorácico, são importantes variáveis utilizadas no estudo da disfunção diastólica do ventrículo esquerdo presente em pacientes com doença renal crônica (DRC). **Objetivo:** Correlacionar estas duas variáveis ecocardiográficas com o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE) obtido pelo ecocardiograma. **Métodos:** Estudados 100 pacientes com DRC em estágio 5 de todas as etiologias em hemodiálise há pelo menos seis meses, conforme tabela 1. Ecocardiograma realizado até uma hora após o término das sessões de HD. Para significância estatística foram considerados intervalo de confiança = 95% e $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14,0$ anos. Ao ecocardiograma, HVE foi detectada em 83 pacientes. A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². O tamanho médio do átrio esquerdo (AE) foi de $39,9 \pm 5,9$ mm, enquanto que o volume do AE foi de $55,2 \pm 28,2$ ml e o índice de volume do AE (volume corrigido pela superfície corpórea) foi de $33,3 \pm 16,5$ ml/m². A correlação linear de Pearson entre IMVE e o tamanho do AE foi de $r = 0,672$ e o teste t de Student revelou $p < 0,0001$. Para a variável índice de volume do AE a correlação de Pearson entre esta e o IMVE foi também de $r = 0,672$, com $p < 0,0001$. **Conclusão:** Tamanho do AE e índice de volume do AE guardam estreita correlação com HVE em pacientes com DRC em hemodiálise.

Tabela 1 – Etiologia da DRC na amostra estudada

Etiologia da DRC	N = 100
Nefrosclerose hipertensiva (%)	40
Glomerulonefrite crônica (%)	33
Nefropatia diabética (%)	11
Síndrome de Alport (%)	5
Doença renal policística (%)	4
Nefropatia lúpica (%)	3
Hidronefrose (%)	2
Glomerulonefrite esquistossomótica (%)	1
Tuberculose renal (%)	1

DRC = doença renal crônica

46626

Impacto da distensão vesical na medida da pressão arterial em humanos

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, ALFREDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO, EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR E ANNA KARLA LEANDRO

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Sabe-se que alguns fatores podem interferir na medida correta da pressão arterial, sendo a distensão vesical uma delas. Apesar das evidências, os estudos são escassos e geralmente envolvem animais de experimentação. **Objetivo:** Avaliar o comportamento de três variáveis (pressão arterial sistólica, diastólica e frequência cardíaca), de acordo com o grau de distensão vesical, expresso por vontade discreta, moderada e intensa de urinar e após micção, comparando-se os resultados com os níveis basais, em normotensos. **Métodos:** Foram avaliados 91 indivíduos, com idade média de $32,3 \pm 15,7$ anos. Verificadas pressão arterial e frequência cardíaca em condições basais. Após ingestão de aproximadamente 1.000 ml de água mineral em até 30 minutos aferiam-se novamente pressão arterial e frequência cardíaca, quando, a partir de uma escala de pontos, referiam vontade discreta, moderada e intensa de urinar e cinco minutos após micção. **Resultados:** Foram os seguintes os resultados estatísticos para as variáveis estudadas, comparando-se os valores em condições basais com as sensações subjetivas de vontade discreta, moderada e intensa de urinar e cinco minutos após micção. Pressão sistólica: $p = 1,000$; $p = 0,002$; $p < 0,0005$ e $p = 1,000$. Pressão diastólica: $p = 0,622$; $p = 0,005$; $p < 0,0005$ e $p = 1,000$. Frequência cardíaca: $p = 0,002$; $p < 0,0005$; $p = 0,062$ e $p = 0,001$. **Conclusões:** Houve correlação entre distensão vesical e aumento da pressão arterial quando a sensação era de vontade moderada e intensa de urinar. Esse comportamento lógico não foi observado com frequência cardíaca.

46627

Fundamento: Sabe-se que alguns fatores podem interferir na medida correta da pressão arterial, sendo a distensão vesical uma delas. Apesar das evidências, os estudos são escassos e geralmente envolvem

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, EDVALDO FERREIRA XAVIER JUNIOR, AMILSON MARTINS PACHÉCO FILHO E CLEBER COSTA DE OLIVEIRA

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) é um forte e independente fator de risco cardiovascular quando diagnosticada seja por qual for o método propedêutico. **Objetivo:** Avaliar o poder de diagnóstico do eletrocardiograma (ECG) para identificar os dois padrões estabelecidos de HVE – concêntrico e excêntrico – por intermédio de diferentes critérios eletrocardiográficos de análise de sobrecarga ventricular esquerda. **Métodos:** Foram analisados os traçados de ECG de 763 pacientes hipertensos com diagnóstico de HVE firmado pelo ecocardiograma transtorácico, segundo o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE). Oito critérios eletrocardiográficos foram utilizados no diagnóstico dos dois tipos de HVE. **Resultados:** Dos 763 pacientes, 326 (42,7%) apresentavam HVE concêntrica e 437 (57,3%) HVE excêntrica. A média de idade da população geral era de $59,5 \pm 11,1$ anos. De acordo com a sensibilidade dos critérios eletrocardiográficos estudados foram os seguintes os valores de p na identificação dos padrões concêntrico e excêntrico de HVE: $[(S + R) \times QRS] < 0,0001$; Sokolow-Lyon = 0,0433; Cornell voltagem = 0,0172; Cornell duração = 0,1812; Romhilt-Estes = 0,0356; RaVL = 0,1203; Perúgia = 0,0020; strain = 0,0181. **Conclusões:** Com base nestes dados conclui-se que o ECG é uma ferramenta útil e com maior poder de diagnóstico quando a HVE é do padrão geométrico concêntrico.

46628

Parâmetros ecocardiográficos de função diastólica e hipertrofia ventricular esquerda em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, JOSE MARIA GONÇALVES FERNANDES, ECLIENE MARCIA CINESIO DE OLIVEIRA, ANTONIO LEITON LUNA MACHADO JUNIOR E ALFREDO DIAS DE OLIVEIRA FILHO

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Alguns parâmetros ecocardiográficos são de crucial importância no estudo da função diastólica do ventrículo esquerdo, também em pacientes (p) com doença renal crônica (DRC). **Objetivo:** Correlacionar as variáveis ecocardiográficas onda E, onda A, relação onda E/onda A (E/A), tempo de desaceleração mitral (TDM) e tempo de relaxamento isovolumétrico (TRIV) com o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE), obtido pelo ecocardiograma (ECO). **Métodos:** Estudados 100 p com DRC em estágio 5 de todas as etiologias em hemodiálise (HD) há pelo menos seis meses. ECO obtido até uma hora após as sessões de HD. Considerados intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$ para significância estatística. Utilizou-se o Doppler pulsado de fluxo transmitral. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14$ anos. Ao ECO, HVE foi detectada em 83 pacientes. A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². Foram as seguintes as médias das variáveis estudadas: Onda E = $76,7 \pm 26,9$ cm/s; onda A = $81,0 \pm 20,1$ cm/s; E/A = $1,0 \pm 0,5$; TDM = $215,3 \pm 65,1$ ms; TRIV = $87,3 \pm 22,6$ ms. A correlação linear de Pearson entre IMVE e estas variáveis foi: $r = 0,414$ (onda E); $r = 0,195$ (onda A); $r = 0,390$ (E/A); $r = 0,144$ (TDM) e $r = 0,107$ (TRIV). Conforme o teste t de Student os valores de p para as mesmas variáveis foram, respectivamente: 0,0012; não significante; 0,0024; 0,2796 e não significante. **Conclusão:** Entre os cinco parâmetros de função diastólica avaliados, apenas a onda E e a relação E/A mostraram correlação significativa com o IMVE na amostra estudada.

46629

Associação entre níveis séricos de hemoglobina e produto cálcio X fósforo e o índice de massa do ventrículo esquerdo em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

FRANCISCO DE ASSIS COSTA, GEOVANNI GABRIEL ALMEIDA BRITO, LORENA VITORIO DA COSTA JANUARIO, MARIA ALAYDE MENDONÇA DA SILVA, IVAN ROMERO RIVERA, CLEBER COSTA DE OLIVEIRA, MARENCIO LEONE DE AMORIM MONTEIRO, JORGE IGNACIO PINTO COTTO E JULIA CHRISTINE MENEZES DE MENDONÇA

Hospital do Açúcar de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, BRASIL - Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Maceió, AL, BRASIL.

Fundamento: Sabe-se da importância dos níveis séricos de hemoglobina (Hb) e do produto do cálcio X fósforo (Ca²⁺ X PO₄) na fisiopatologia de uma série de alterações cardiovasculares presentes em pacientes (p) com doença renal crônica em estágio 5, assim como de sua associação com o processo de hipertrofia ventricular esquerda (HVE). **Objetivo:** Correlacionar os níveis séricos de Hb e do produto Ca²⁺ X PO₄ com o índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE) obtido pelo ecocardiograma (ECO). **Métodos:** Estudados 100 p com DRC em estágio 5 de todas as etiologias em hemodiálise (HD) há pelo menos seis meses. Os níveis de Hb e do produto Ca²⁺ X PO₄ foram analisados segundo as normas do Ministério da Saúde para pacientes com DRC em estágio 5. Considerou-se a média dos últimos seis meses. Para significância estatística foram considerados intervalo de confiança = 95% e $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 58 homens e 42 mulheres, com idade média de $46,2 \pm 14$ anos. Ao ECO, HVE foi detectada em 83 pacientes. A média do IMVE foi de $154,9 \pm 57,3$ g/m². A média dos níveis séricos de Hb foi de $10,8 \pm 1,7$ g/dl e do produto Ca²⁺ X PO₄ de $49,7 \pm 12,0$. A correlação linear de Pearson entre IMVE e os níveis de Hb foi de $r = 0,290$ e o teste t de Student revelou $p = 0,027$. Já para o produto Ca²⁺ X PO₄, a correlação foi de $r = 0,310$ e $p = 0,017$. **Conclusão:** Ratificando alguns relatos da literatura houve associação significativa entre os níveis séricos de Hb e do produto Ca²⁺ X PO₄ com o IMVE na população estudada.

46633

Embolia paradoxal: evidência de trombo em trânsito em Forame Oval Patente (FOP) através de ecocardiograma transtorácico

GABRIELA S SCOPEL, PATRICK V COSTA, MURILO J CARVALHO E FERNANDO L T GOMES

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A embolia paradoxal é uma entidade clínica importante entre os pacientes com eventos tromboembólicos na presença de shunts intracardíacos como o forame oval patente. A apresentação clínica é variada e potencialmente fatal. No entanto, a doença é ainda pouco considerada e permanece sub-relatada. **Descrição do caso:** O paciente D. M. 74 anos, masculino, foi admitido na enfermaria de cardiologia do Hospital Cassiano Antônio Moraes por um quadro de dispnéia progressiva de moderados a mínimos esforços há 2 meses da admissão. Referia antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) dois meses antes da admissão. Negava fatores de risco cardiovasculares. Ao exame físico, paciente apresentava-se afásico e com hemiparesia esquerda, sem nenhuma outra alteração significativa. Encontrava-se em regular estado geral, normotenso (120/80 mmHg), eucárdico (88 bpm), acianótico e eupnéico em ar ambiente, com ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Apresentava discreto edema de membros inferiores. Realizado ecocardiograma transtorácico onde foi evidenciada imagem isoecogênica em topografia de fossa oval, com movimento peduncular podendo se tratar de trombo aderido ao forame oval patente. Para melhor caracterização, foi realizado ecocardiograma transesofágico que mostrou forame oval patente com imagem aderida em seu interior podendo se tratar de trombo de formação aguda e subaguda com alto risco emboligênico. **Comentários:** Elementos para diagnóstico de embolia paradoxal incluem: evidência do shunt direita-esquerda; evidência de trombose venosa; evidência de trombose arterial; e visualização do trombo atravessando a comunicação, sendo essa última a mais difícil de detectar. São necessários dois dos quatro elementos para diagnóstico de possível embolia paradoxal. Neste caso, o paciente preencheu, pelo menos, 3 dos 4 critérios para o diagnóstico, o que é muito raro, existindo poucos casos descritos na literatura.

46641

Síndrome de Lutembacher, relato de caso

SUSAN CAROLINE AZEVEDO AREDES, LUIZ PAULO CASTRO MONTEIRO DE BARRROS, VIVIANE DE ARAUJO COUTINHO E PATRICK VENTORIM COSTA

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – HUCAM/UFES, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A Síndrome de Lutembacher é uma condição clínica rara, com incidência de 0,001% por 1 milhão de habitantes, com predomínio no sexo feminino, caracterizado por uma combinação incomum defeito do septo interatrial (tipo óstium secundum) associado à estenose mitral congênita ou adquirida (geralmente de causa reumática). Os sintomas podem se manifestar em qualquer idade. O prognóstico é bom antes do início da hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca direita, com boa evolução clínica após correção das anomalias. O relato de caso descreve uma adolescente com dispnéia que procurou pela primeira vez atendimento médico para avaliação. **Descrição:** Paciente, sexo feminino, 17 anos, previamente hígida e assintomática, apresentou durante atividade física escolar quadro de dispnéia súbita associado a precordialgia em pontada, bem localizada de moderada intensidade, com duração de 10 minutos, que melhorou com repouso. Decidiu procurar atendimento cardiológico, no exame físico apresentava sopro sistólico 3+/6 mais audível em borda esternal esquerda alta, com impulsos palpáveis no precórdio na mesma topografia, restante do exame não evidenciava alterações. Foi encaminhada para realização de ecocardiograma transtorácico que evidenciou presença de Comunicação Interatrial do tipo Ostio Secundum medindo cerca de 2 cm com shunt do átrio esquerdo para direito, estenose de valva mitral de grau moderado/grave (provável estenose congênita) e importante aumento das câmaras direitas com pressão de artéria pulmonar estimada em 50mmHg. Paciente permanece assintomática e foi encaminhado para avaliação cirúrgica com programação de correção das alterações cardíacas. **Conclusão:** Este caso foi usado para ilustrar as características clínicas e ecocardiográficas da síndrome Lutembacher. A apresentação clínica é inespecífica, muitas vezes levando o paciente a procurar atendimento em fases avançadas da doença. O diagnóstico precoce é importante, pois o tratamento antes da evolução para hipertensão pulmonar irreversível e insuficiência cardíaca apresenta boa evolução clínica com bom prognóstico.

46644

Endocardite Infecçiosa e Regurgitação Aórtica em Válva Aórtica Quadrícuspide

RAFAEL ALTOÉ CHAGAS, PATRICK VENTORIM COSTA, FERNANDO LUIZ TORRES GOMES E CARLOS MARCONI PAZOLINI

Hospital Cassiano Antônio de Moraes/ UFES, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A valva aórtica quadrivalvular (VAQ) é uma anomalia anatômica congênita muito rara, primeiramente descrita por Balington em 1862. Sua incidência varia de 0,008 a 0,033% na população em geral, podendo chegar a 0,55% entre os pacientes submetidos a troca valvar aórtica. Seu diagnóstico normalmente é incidental pois muitos dos portadores evoluem de forma assintomática e sua visualização ao ecocardiograma transtorácico (ECOTT) é difícil. A complicação mais comum neste tipo de valva é o surgimento de regurgitação aórtica, com incidência de até 75%, mais frequente entre a 5ª e 8ª décadas de vida e se desenvolve pela fibrose progressiva e consequente falha de coaptação das valvulas. Não há relatos de aumento de incidência de endocardite infecciosa (EI). **Descrição:** Paciente de sexo masculino, 20 anos, deu entrada no Pronto Socorro do HUCAM com história de dor precordial em aperto de moderada intensidade, associada a febre de 40°C e edema 2+/4+ em membros inferiores. Primeiro episódio de dor torácica há um ano sendo recorrente e desencadeada por esforço físico. Febre diária se iniciou há 5 meses, normalmente vespertina de 39°-40°C, associada a calafrios e poliartalgia. Paciente relata ainda história de sopro cardíaco. Iniciado tratamento empírico para Endocardite infecciosa, com Oxacilina, Gentamicina e Ampicilina e realizado ECOTT, o qual evidenciou valva aórtica com aspecto quadrivalvular e com duas estruturas filamentosas aderidas à válvula, móveis e hiperrefringentes, medindo 1,1 cm e 0,6 cm, sugestivas de vegetação endocárdica e regurgitação aórtica grave. Realizado tratamento cirúrgico, com implante de prótese aórtica mecânica n°25, sem intercorrências, permanecendo estável no pós-operatório. Iniciada anti-coagulação com varfarina e, após completado o ciclo antibiótico o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** A VAQ é um achado raro na população em geral e seu impacto no prognóstico destes pacientes ainda não é bem definido, bem como a predisposição ao desenvolvimento da EI, mas conforme a literatura médica vigente devemos assumir um risco elevado para esta complicação nestes indivíduos.

46703

Avaliação o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de Jatene no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernardino Alves

RAFAEL AON MOYSÉS, KARLA LOUREIRO LOSS, SÔNIA MARIA ALVES ANDRADE RABELLO, DANIELLE LOPES ROCHA, ROBERTO DE S. THIAGO PEREIRA, LUIZ RENATO DAROZ, CARLA MOTTA DEL CARO, ISABELA SANTOS SALGADO, SPERANDIO DEL CARO, SCHARIFF MOYSES, VINICIUS FRAGA MAURO E JOSE SILVA HENRIQUE

Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernardino, Vila Velha, ES, BRASIL.

Introdução: Transposição das grandes artérias (TGA) representa 5 a 7% das cardiopatias congênitas. Desde a década de 70, quando Adib Jatene desenvolveu a técnica de troca das grandes artérias com translocação dos óstios coronarianos, esse tem sido o tratamento de escolha para os pacientes com TGA. **OBJETIVO:** Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a cirurgia de Jatene, de janeiro de 2015 a junho de 2016 no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernardino Alves, de acordo com dados clínicos, achados intra operatórios, evolução pós-operatória, escore de Aristotle e mortalidade. **Resultados:** Dez pacientes apresentaram diagnóstico de TGA nesse período. A média de idade na cirurgia foi 11,1 dias, a média de peso foi de 3,1 Kg, 3 pacientes eram do sexo feminino e 7 masculino. Três pacientes tinham anomalia de coronária, a artéria circunflexa saía da coronária direita, 5 pacientes apresentavam comunicação interventricular, sendo que 1 paciente apresentava coarctação de aorta associada e 1 apresentava situs inversus. O escore de Aristotle abrangente médio foi de 12,65. A técnica cirúrgica utilizada foi a habitual. A duração média do tempo de circulação extracorpórea (CEC) foi de 165min. O tempo médio de ventilação mecânica invasiva (VM) foi de 6 dias. Três pacientes, apresentaram tempo de VM acima dessa média, todos esses tiveram tempo de CEC igual ou superior a 3 horas. Outra complicação foi insuficiência renal aguda dialítica (4 pacientes). Dos portadores de TGA com comunicação interventricular, 2 evoluíram com bloqueio atrioventricular total sendo necessário o implante de marcapasso definitivo. Não tivemos mortalidade precoce e nem durante o seguimento ambulatorial desses pacientes. **Discussão:** Nosso levantamento confirma que a cirurgia de Jatene pode ser feita com segurança em pacientes com transposição de grandes artérias como já foi demonstrado em outras séries publicadas. E a nossa sobrevida de 100% dos casos é muito gratificante sendo comparável aos grandes centros de excelência mundial. **Conclusão:** A cirurgia de Jatene é o tratamento de escolha para os pacientes com transposição das grandes artérias. Importantes desafios ainda permanecem, não só em relação a técnica cirúrgica, mas também no que diz respeito ao acompanhamento a longo prazo. Assim, devemos manter o acompanhamento rigoroso dos pacientes para avaliar as complicações tardias dessa cirurgia.

46704

Diagnóstico de origem anômala de artéria coronária esquerda do tronco da pulmonar em menina de 11 anos oligossintomática

RAFAEL AON MOYSÉS, KARLA LOUREIRO LOSS, VINICIUS FRAGA MAURO E ARIANE BINOTI PACHECO

Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernardino, Vila Velha, ES, BRASIL.

Introdução: A incidência de origem anômala de artéria coronária esquerda do tronco da pulmonar (OACE) é bastante rara (1 em 300.000 nascidos vivos), representando apenas 0,4% das cardiopatias congênitas. A apresentação clínica, em geral, ocorre com 2 meses de vida, mas pode aparecer na vida adulta com sintomas que variam desde intolerância ao exercício físico e cansaço aos grandes esforços até sinais de insuficiência mitral grave e arritmia. **Relato:** Menina de 11 anos procurou atendimento cardiológico para avaliação pré-operatória para correção de escoliose. Apresentava cansaço aos grandes esforços e dor torácica eventual. Exame físico com sopro cardíaco em foco aórtico acessório e foco mitral. Radiografia de tórax com discreto aumento de área cardíaca. O ecocardiograma com Doppler mostrou aumento de câmaras esquerdas, disfunção segmentar do ventrículo esquerdo (área da CE), insuficiência mitral moderada, e sugeria OACE. Realizou angiogramografia de vasos torácicos que confirmou o diagnóstico. Em seguida foi encaminhada para ressonância de coração que observou dilatação moderada do ventrículo esquerdo (IVDFVE=117ml/m²; IVSFVE=64ml/m²), disfunção sistólica discreta, aneurisma anterior médio apical e área de infarto subendocárdico anterior com viabilidade preservada. O cateterismo cardíaco mostrou a ACE originando-se do TP, vasta circulação colateral e intenso roubo de fluxo da circulação coronariana. Submetida a cirurgia cardíaca, realizada dupla ligadura e clipagem do tronco da artéria coronária esquerda junto ao tronco pulmonar e anastomose da artéria mamária esquerda na descendente anterior. Não teve intercorrências no pós-operatório e recebeu alta sexto dia após a cirurgia. **Discussão:** A apresentação tardia, em adolescentes ou adultos, da OACE é bastante rara. Em geral, quando a manifestação clínica aparece nessa faixa etária, a circulação coronariana tem abundante rede de colaterais entre as artérias coronárias direita e esquerda, com foi o caso da nossa paciente. O tratamento de escolha é sempre cirúrgico e deve ser feito o mais rápido possível. A ressonância magnética é uma grande aliada na avaliação da função e viabilidade miocárdica. Quando a isquemia subendocárdica é extensa a correção cirúrgica deve ser realizada. O tratamento cirúrgico deve ser feito através do reimplante da ACE na aorta ou da realização de ponte venosa da aorta para a coronária esquerda ou da conexão da artéria mamária esquerda na ACE.

46705

Síndrome de Heyde: um diagnóstico a se considerar

ROVENNA CASAGRANDE, CARINA L MATTOS, FLÁVIA PEZZIN E DIOGO O BARRETO

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

Introdução: A Síndrome de Heyde é uma associação complexa entre estenose aórtica e anemia por hemorragia gastrointestinal causada por malformações angiodisplásicas. Angiodisplasia intestinal e estenose aórtica são doenças crônico-degenerativas geralmente assintomáticas, cujas prevalências aumentam conforme a idade. Na presença de estenose aórtica ocorre uma redução do fator de von Willebrand que é importante para manter a hemostasia em situações de elevada tensão de cisalhamento, como é o caso de pacientes com lesões angiodisplásicas, o que provoca sangramento dessas malformações. **Caso clínico:** L.M.R, 38 anos, feminina, com história pregressa de febre reumática e troca valvar aórtica aos 15 anos, sem outras co-morbidades. Internou no Hospital Evangélico de Vila Velha devido a dispnéia de repouso. Realizou ecocardiograma transesofágico que evidenciou ventrículos e átrios de tamanhos normais, prótese mecânica de duplo disco em posição aórtica, com espessamento severo (estenose severa) e aumento de gradiente médio (40mmHg) e da velocidade (4m/s). Foi realizada cirurgia cardíaca com retirada do anel fibroso subvalvar, com excelente resultado, optando-se por não trocar a prótese, visto que a mesma, sob vista direta, apresentava-se normofuncionante, com anel fibroso subvalvar, que provocava redução do fluxo em 40%. No pós operatório imediato apresentou hemorragia digestiva alta tratada com reposição volêmica e realização de endoscopia digestiva alta que evidenciou conteúdo gástrico repleto de sangue e coágulos. Na parede anterior do corpo gástrico foi visualizada lesão vascular, medindo 2-3 mm, com sangramento ativo em "jato" Forrest IA. Realizada hemostasia mecânica com 3 cliques hemostáticos e notou-se interrupção completa no sangramento, após lavagem com soro fisiológico 0,9 %. Permaneceu estável com boa recuperação. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, estável e assintomática. **Conclusão:** Na associação entre estenose aórtica e sangramento gastrointestinal/anemia ferropriva, deve-se atentar para a possibilidade de síndrome de Heyde, afim de se realizar o tratamento mais adequado. Deve ser realizada a localização e cauterização das lesões. A melhora das alterações hematológicas após a troca da válvula aórtica já foi descrita e é acompanhada também por melhora clínica: essa abordagem parece oferecer as melhores perspectivas de resolução em longo prazo.

46707

Arritmia de Difícil Controle: Sarcoma Mediastinal com Infiltração Atrial

DANIELLA MOTTA DA COSTA, JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, BRUNELA CROCE E RAISA BONINSENHA TESSAROLLO

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

Introdução: O sarcoma sinovial é um tumor de células mesenquimais que apresenta diferenciação epitelial. Surge nas extremidades de adultos jovens, enquanto sua ocorrência primária no mediastino é rara. Neste relato de caso, o tumor mediastinal evoluiu com invasão do miocárdio levando à arritmia supraventricular de difícil controle. **Relato de Caso:** M.G.P.C., 43 anos, procura atendimento com queixa de dor torácica atípica de moderada intensidade, palpitações taquicárdicas há 01 semana, com piora progressiva, associada à dispnéia aos mínimos esforços e ortopnéia. História prévia de hipertensão arterial, diagnóstico recente de sarcoma sinovial pouco diferenciado de alto grau, confirmado em estudo imunohistoquímico de sítio primário mediastinal. Descrição cirúrgica de biópsia: massa mediastinal em torno da veia cava superior se estendendo até a cavidade atrial direita, com infiltração do mesmo, sem possibilidade de excisão da massa tumoral. Ecocardiograma transtorácico evidenciou massa em átrio direito proveniente de veia cava superior. A angiotomografia computadorizada do tórax traz formação sólida, de caráter expansivo, medindo 6,4 x 5,4 cm, em íntimo contato com a veia cava superior e átrio direito. Nota-se também massa de densidade sólida, sem realce pelo contraste, localizada no mediastino anterior, vista desde a raiz aórtica até nível da origem dos vasos supra-aórticos, medindo 14,3 x 11,2 cm. Ao exame físico paciente apresentava ritmo cardíaco irregular, taquicardia e taquidispnéia. Eletrocardiograma de admissão evidenciando fibrilação atrial com alta resposta ventricular (155 batimentos por minuto). Durante evolução foi submetido à 20 sessões de radioterapia e medicado com associação de múltiplos inibidores de nódulo atrioventricular, mantendo taquicardia. Paciente evoluiu a óbito por provável taquicardiomiopatia, decorrente da sobrecarga crônica da frequência cardíaca somado à progressão do sarcoma. **Discussão:** O caso em questão trata-se do desafio no controle da frequência cardíaca, por apresentar fator não reversível de doença atrial infiltrativa. O uso de inibidores do nódulo atrioventricular tem eficácia comprovada no tratamento da patologia, porém, devida à progressão da doença de base, foi insuficiente. Terapias invasivas poderiam representar alternativas como ablação do nódulo atrioventricular e implante de marcapasso definitivo visando tratamento da arritmia, porém não realizado devido progressão de doença oncológica.

46715

Uso de Anti-Xa em pacientes com fibrilação atrial e resolução de trombo em ventrículo esquerdo - Experiência de um único centro

EDUARDO ROQUE, BIANCA DADALTO, FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA, ANDRE SOUZA BRANDÃO, ELIANE MARIA, MARCOS VIANNA VESCOVI JUNIOR, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI E MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR

Hospital Metropolitano, Serra, ES, BRASIL - INCOR / FM-USP, São Paulo, SP, BRASIL.

Introdução: Pouco se sabe sobre o uso de novos Anticoagulantes (non-vitamin K oral antagonists -NOACs) em pacientes com fibrilação atrial (FA) e trombo no ventrículo esquerdo(VE). **Métodos:** Nós descrevemos as características de 13 pacientes diagnosticados com FA e trombo em VE. A principal indicação para NOAC foi FA. O diagnóstico do trombo foi feito com base em ecocardiografia transtorácica. Os pacientes foram reavaliados entre 10 e 16 semanas após a introdução de anticoagulantes. O desfecho primário foi de resolução do trombo no VE. O desfecho secundário foram mortalidade, hemorragia e acidente vascular cerebral. A comparação entre os grupos (resolução do trombo e naqueles onde não houve resolução) foi feita pelo teste T-student e Q2. Análises univariadas e multivariadas foram realizadas por regressão logística e foi considerada significativa quando $p < 0,05$. **Resultados:** As principais características basais dos pacientes foram: idade, diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia, TIA / acidente vascular cerebral, pressão arterial sistólica, o peso, escore de gravidade ADHF-proBNP NT, frequência cardíaca, creatinina sérica, proteína C reativa, NT-proBNP, peso, diâmetro do átrio esquerdo, diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo e fração de ejeção entre 13 pacientes. Nove pacientes tiveram resolução completa dos trombos no VE em um tempo médio de 12 semanas após o início da terapia. Nenhum dos pacientes teve um acidente vascular cerebral ou eventos hemorrágicos. Alguns dos fatores associados à resolução do trombo foram obesidade e valor maior de proteína C-reativa. **Conclusão:** Em nosso estudo, nove pacientes com FA e trombo em VE tiveram resolução no prazo médio de 12 semanas de tratamento. Alguns fatores como obesidade e maior valor de proteína C-reativa foram associados com maior probabilidade de resolução do trombo. Nosso estudo é uma pequena série de casos, que mostrou que NOACs estão sendo usados para pacientes com AF e trombo em VE. É necessário estudos maiores para confirmar a eficácia e segurança destes medicamentos neste cenário.

46716

Alterações eletrocardiográficas como fator preditor de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo

PAÓLA LAURENZA SILVA RESENDE, JULIA LIBARDI SILVA, JOSÉ HENRIQUE DE MELLO, OSMAR ARAUJO CALLI, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA, RENATO GIESTAS SERPA, ROBERTO RAMOS BARBOSA E TIAGO DE MELO JACQUES

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

Introdução: A Disfunção diastólica (DD) está associada ao desenvolvimento de Insuficiência Cardíaca, aumento da mortalidade, diminuição da qualidade de vida e aumento do risco cardiovascular. A despeito dessas informações é necessário o diagnóstico e tratamento precoce de fatores que a desencadeiam. O diagnóstico pode ser confirmado com o Ecocardiograma com Doppler (ECO) e pode ser sugerido ao Eletrocardiograma (ECG). O objetivo do trabalho é verificar a presença de alterações eletrocardiográficas do intervalo QT corrigido (iQTc), duração da onda P e na relação: final da onda T ao início da onda P, sobre o início da onda P ao início do complexo QRS multiplicado pela idade [Tend-P(PQ x Idade)] em pacientes com DD ao ECO. **Método:** Pesquisa aplicada, descritiva, transversal, com 19 pacientes submetidos a ECO em um hospital escola e com diagnóstico de DD de ventrículo esquerdo. Avaliou-se como parâmetros relevantes no ECG presença de: iQTc ≥ 435 ms, duração da onda P ≥ 100 ms e a relação Tend-P(PQ x Idade) $\geq 0,033$. Além de traçar o perfil demográfico e a presença de comorbidades. Critérios de exclusão: ECG com bloqueios de condução ventriculares e atrioventriculares, flutter e fibrilação atrial, pacientes em uso de medicações que modificam o iQTc, valvulopatias e pacientes com disfunção ventricular caracterizados por fração de ejeção menor que 55% (método Simpson). A amostra foi coletada entre 1 de março e 20 de junho de 2016. **Resultados:** O estudo demonstrou uma média de idade de $65,2 \pm 10$ anos, 17 pacientes (89,4%) eram hipertensos, 6 (31,5%) diabéticos e 12 (63,1%) do sexo feminino. Nestes pacientes foi realizado ECG, sendo encontrado iQTc alterado em 9 (47,3%), aumento da duração da onda P em 10 (52,6%) e relação Tend-P(PQ x Idade) alterado em 9 (47,3%). **Conclusão:** Os parâmetros analisados, iQTc e relação Tend-P(PQ x Idade) foram semelhantes para análise de DD do ventrículo esquerdo. Apesar do número da amostra reduzido, tais índices mostraram ser promissores como métodos adicionais para o diagnóstico de DD do ventrículo esquerdo pelo ECG, assim como aumento da duração da onda P no ECG.

46717

Síndrome de Takotsubo induzida por medicamentos: Relato de caso em uma paciente com Alzheimer

STEPHANIE REZENDE ALVARENGA MOULIN, PAULO CHRISTO COUTINHO DA SILVA, LUDMILLA VENTURA LIRIO E WEVERTON MACHADO LUCHI

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes HUCAM/UFES, Vitória, ES, BRASIL.

Introdução: A síndrome de Takotsubo caracteriza-se por disfunção sistólica aguda, que mimetiza isquemia miocárdica. Porém não há obstrução coronariana evidente. Parece ser causada por excesso de catecolaminas e foi inicialmente descrita em mulheres como uma resposta exacerbada ao estresse físico ou emocional, daí ser conhecida como "Síndrome do Coração Partido". No entanto, há relatos de que algumas medicações podem desencadear a doença. **Relato de Caso:** Mulher, 83 anos, com demência de Alzheimer avançada em uso de sertralina 150mg, nortriptilina 20mg, donepezila 10mg, olanzapina 5mg e clonazepam 2mg há cerca de 2 meses. Admitida 6 horas após o início dos sintomas, com facies de dor e sinal de localização em tórax. ECG com discreto supradesnivelamento do segmento ST de V2 a V5, evoluindo 6h após com choque cardiogênico. Apresentava-se em insuficiência respiratória, sendo submetida à intubação. Coronariografia não evidenciou lesões obstrutivas. Porém, a ventriculografia identificou função ventricular diminuída com alteração de contratilidade segmentar, compatível com padrão de síndrome de Takotsubo. Ecocardiograma com fração de ejeção de 45% (Simpson), acinesia da parede apical e dos segmentos apicais de todas as paredes, hiperinesia compensatória dos demais segmentos. Paciente manteve-se em choque, e faleceu após 2 dias. **Discussão:** Em idosos com doença de Alzheimer, os quadros de Takotsubo tem sido associados ao uso de drogas que elevam a atividade das catecolaminas, como por exemplo norepinefrina, dobutamina, nortriptilina, levotiroxina etc. A fisiopatologia da cardiomiopatia não é totalmente esclarecida, mas postula-se que o evento estressor induza liberação de catecolaminas que desencadeiam alteração de mobilidade na parede do ventrículo esquerdo. O caso relatado trata-se de uma paciente com demência sem fator estressor identificado, em uso de nortriptilina, droga potencialmente desencadeadora de Takotsubo. As alterações de contratilidade segmentar foram compatíveis com o padrão encontrado nessa miocardiopatia: balonamento apical com hiperinesia do segmento basal do ventrículo. **Conclusão:** Ressalta-se a importância de ter esta doença como diagnóstico diferencial de dor torácica em mulheres na pós-menopausa. Além disso, o uso indiscriminado de polifarmácia, poderá levar a efeitos adversos graves como o desenvolvimento dessa síndrome.

A

Alexandre de Matos Soeiro | 46715 | - 6
 Alfredo Dias de Oliveira Filho | 46619, 46624, 46626, 46628 | - 2, 3, 4
 Amilson Martins Pachêco Filho | 46619, 46627 | - 2, 3
 Andre Souza Brandão | 46715 | - 6
 Anna Karla Leandro | 46626 | - 3
 Antônio F A Júnior | 46343 | - 1
 Antonio Leiton Luna Machado Junior | 46618, 46628 | - 2, 4
 Ariane Binoti Pacheco | 46704 | - 5

B

Bianca Dadalto | 46715 | - 6
 Brunela Croce | 46707 | - 6

C

Carina L Mattos | 46705 | - 5
 Carla Motta Del Caro | 46703 | - 5
 Carlos Marconi Pazolini | 45796, 46644 | - 1, 5
 Cleber Costa de Oliveira | 46618, 46627, 46629 | - 2, 3, 4

D

Daniella Motta da Costa | 46707 | - 6
 Danielle Lopes Rocha | 46703 | - 5
 Diogo O Barreto | 46705 | - 5

E

Ecliene Marcia Cinesio de Oliveira | 46625, 46628 | - 3, 4
 Edecio Galindo de Albuquerque | 46618 | - 2
 Eduardo Roque | 46715 | - 6
 Edvaldo Ferreira Xavier Junior | 46620, 46624, 46625, 46626, 46627 | - 2, 3
 Eliane Maria | 46715 | - 6

F

Fatima Cristina Monteiro Pedroti | 46715 | - 6
 Fernanda Bento de Oliveira | 46715 | - 6
 Fernando L T Gomes | 46633 | - 4
 Fernando Luiz Torres Gomes | 45796, 46644 | - 1, 5
 Flávia Pezzin | 46705 | - 5
 Flávio Arreguy Viana | 45796 | - 1
 Francisco A P C Júnior | 46343 | - 1

Francisco de Assis Costa | 46618, 46619, 46620, 46624, 46625, 46626, 46627, 46628, 46629 | - 2, 3, 4

G

Gabriela Lima de Melo Ghisi | 46424 | - 2
 Gabriela Moreira Bonfim | 46423, 46424 | - 1, 2
 Gabriela S Scopel | 46633 | - 4
 Geovanni Gabriel Almeida Brito | 46618, 46619, 46620, 46624, 46625, 46626, 46627, 46628, 46629 | - 2, 3, 4

I

Isabela Santos Salgado | 46703 | - 5
 Ivan Romero Rivera | 46618, 46619, 46620, 46624, 46625, 46626, 46627, 46628, 46629 | - 2, 3, 4

J

João Antônio Alves de Oliveira | 46618, 46620 | - 2
 Jorge Ignacio Pinto Cotto | 46629 | - 4
 José Henrique de Mello | 46716 | - 6
 Jose Maria Gonçalves Fernandes | 46619, 46620, 46624, 46625, 46626, 46627, 46628 | - 2, 3, 4
 Jose Silva Henrique | 46703 | - 5
 Julia Christine Menezes de Mendonça | 46629 | - 4
 Julia Libardi Silva | 46716 | - 6
 Juliana Castiglioni Frizzera | 46716 | - 6
 Júlio Ferreira Siqueira | 46707 | - 6

K

Karina Fraga Palmeira | 46625 | - 3
 Karla Loureiro Loss | 46703, 46704 | - 5

L

Lara H C B Perpetuo | 46343 | - 1
 Libério Mendonça Gomes | 46359 | - 1
 Lílian Pereira Verardo | 46423, 46424 | - 1, 2
 Lilian Pinto da Silva | 46423 | - 1
 Lorena Vitorio da Costa Januario | 46618, 46619, 46620, 46624, 46625, 46626, 46627, 46628, 46629 | - 2, 3, 4

Luciana Duarte Novais |46424| - 2
Ludmilla Ventura Lirio |46717| - 6
Luiz Fernando Machado Barbosa |46716| - 6
Luiz Paulo Castro Monteiro de Barros |46641| - 4
Luiz Renato Daroz |46703| - 5

M

Marcia Maria Oliveira Lima |46423| - 1
Marcos Henrique Araujo Melo |46620| - 2
Marcos Vianna Vescovi Junior |46715| - 6
Marencio Leone de Amorim Monteiro |46629| - 4
Maria Alayde Mendonça da Silva |46618, 46619, 46620,
46624, 46625, 46626,
46627, 46628, 46629| -
2, 3, 4
Mucio Tavares de Oliveira Junior |46715| - 6
Murilo J Carvalho |46633| - 4

O

Osmar Araujo Calil |46716| - 6

P

Paôla Laurenza Silva Resende |46716| - 6
Patrick V Costa |46633| - 4
Patrick Ventorim Costa |46641, 46644| - 4, 5
Paulo Christo Coutinho da Silva |46717| - 6

R

Rafael Altoé Chagas |46644| - 5
Rafael Aon Moysés |46703, 46704| - 5
Rafaela Santos de Oliveira |46423, 46424| - 1, 2
Raisa Boninsenha Tessarolol |46707| 6
Raquel Rodrigues Britto |46423, 46424| - 1, 2
Renan A S Marquiori |46343| - 1
Renato Giestas Serpa |46716| - 6
Roberto de S. Thiago Pereira |46703| - 5
Roberto Ramos Barbosa |46716| - 6
Rovenna Casagrande |46705| - 5

S

Sandra Mary Lima Vasconcelos |46619, 46624| - 2, 3
Schariff Moyses |46703| - 5
Sônia Maria Alves Andrade Rabello |46703| - 5
Sperandio Del Caro |46703| - 5
Stephanie Rezende Alvarenga Moulin |46717| - 6
Susan Caroline Azevedo Aredes |46641| - 4

T

Thaianne Cavalcante Sérgio |46423, 46424| - 1, 2
Tiago de Melo Jacques |46716| - 6

V

Vinicius Fraga Mauro |46703, 46704| - 5
Viviane de Araujo Coutinho |46641| - 4

W

Werther Clay Monico Rosa |45796| - 1
Weverton Machado Luchi |46717| - 6



