

**Congresso da Sociedade
Brasileira de Cardiologia do
Espírito Santo - SBC/ES**
PEDRA AZUL - DOMINGOS MARTINS/ES

**16 a 18
de agosto
de 2018**

**Hotel Eco
da Floresta**
[Pedra Azul,
Domingos
Martins/ES]







Sumário

Mensagem da Diretoria	4
Diretoria – Biênio 2018/2019	5
Galeria dos Ex-Presidentes da SBC-ES	6
Galeria de Homenageados da SBC-ES	7
Informações Gerais	7
Comissão Científica do Congresso	8
Comissão Julgadora dos Temas Livres	8
Convidados Nacionais	8
Convidados Estaduais	9
Empresas Expositoras	9
Programação Social	10
Programação científica - Simpósio Satélites	11
Programação Científica	13
Temas Livres	18



Mensagem da **Diretoria**

Prezados Sócios da SBC/ES e demais Colegas,

É com imensa satisfação que damos as boas-vindas ao nosso XXX Congresso da SBC/ES em Pedra Azul, o mais importante evento da cardiologia capixaba.

Trabalhamos para tentar trazer para discussão assuntos que possam ser úteis no dia a dia e as novidades que são constantes na cardiologia. Discussões de casos clínicos, exposições de temas livres, simpósios de alta qualidade sendo priorizado a excelência científica.

O Evento contará com a presença de grandes profissionais locais e nacionais que certamente contribuirão para o grande sucesso e enriquecimento de todos.

Contaremos ainda com uma programação social rica com vários momentos de interação entre os participantes e também seus familiares para tornar o nosso congresso ainda mais atrativo.

Para que tudo isso fosse possível, temos que agradecer aos nossos parceiros patrocinadores, que responderam novamente ao nosso chamamento e nos ajudaram bastante; alguns valorosos laboratórios e vários serviços médicos hospitalares, entre outros, devem e serão valorizados por nós e pedimos que sejam por vocês também.

Esperamos que aproveitem ao máximo e se divirtam.
Um abraço cordial e bom congresso a todos.

Dra. Fátima Cristina Monteiro Pedroti
Presidente da SBC/ES

Dr. Eduardo Vervloet Moyses
Diretor Científico da SBC/ES



Diretoria – Biênio 2018/2019

Dra. Fátima Cristina Monteiro Pedroti
PRESIDENTE

Dr. Paulo José Ferreira Soares
VICE-PRESIDENTE

Dr. Eduardo Vervloet Moyses
DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. Bruno Moulin Machado
DIRETOR ADMINISTRATIVO

Dr. Eduardo Gisetas Serpa
DIRETOR FINANCEIRO

Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich
DIRETOR DE COMUNICAÇÃO

Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
DIRETOR DE PROMOÇÃO DE SAÚDE CARDIOVASCULAR - SBC/FUNCOR

Dr. Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes
DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL



Galeria dos Ex-Presidentes da SBC-ES

Dr. José Carone Netto
1964-1968

Dr. Antonio Louro Costa
1968-1972

Dr. Victor Murad
1972-1993

Dr. Felipe Granja Moysés
1993-1995

Dr. Jorge França
1995-1997

Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff
1997-1999

Dr. Adriano Carlos de S. Oliveira
1999-2001

Dr. Helio Monteiro de Moraes
2004-2005

Dr. Aloir Queiroz de Araújo
2006-2007

Dr. José Aid Soares Sad
2008-2009

Dr. Ricardo Ryoshim Kuniyoshi
2010-2011

Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
2012-2013

Dr. Marcio Augusto Silva
2014-2015

Dr. Bruno Moulin Machado
2016-2017

A Sociedade de Cardiologia do Espírito Santo agradece a todos os ex-presidentes pelos inestimáveis serviços prestados ao desenvolvimento da cardiologia capixaba. Nossa homenagem, gratidão e reconhecimento!

Galeria de Homenageados da SBC-ES

Dr. Otavio Guasti
Dr. Constantim Vicentim
Dr. Irineu Rodrigues
Dr. Carlos Mariano Neves Peixoto
Dr. Walter Pinheiro Rios Filho
Dr. Victor Murad
Dr. José Carone Netto
Dr. Antonio Louro Costa
Dr. Glauro Rocha Borges
Dr. Benedicto Ferdinando Gianordoli
Dr. Dalton Valentim Vassalo
Dr. Schariff Moyses

Dra. Andressa Mussi Soares
Dr. Pedro Paulo A. Herkenhoff
Dr. José Geraldo Mill
Dr. Carlos Marconi Pazolini
Dr. Ney de Oliveira Carvalho
Dr. Geraldo Cerutti
Dr. José Carone Neto
Dr. Walter Pinheiros Rios Filho
Dr. Elio Souza Ribeiro
Dr. Luciano Bitencourt Pinheiro
Dr. Jorge Aarão Neto
Dr. Jorge França

Informações Gerais

LOCAL

Centro de Convenções do Hotel Eco da Floresta

Rod . BR 262, Km 96 - Aracê , Pedra Azul - Domingos Martins/ES - CEP: 29278-000
Tel.: 27 3248-1196 / Fax: 27 3248-1198

DATA

16 a 18 de agosto de 2018 (quinta-feira a sábado)

ORGANIZAÇÃO

Sociedade Brasileira de Cardiologia do Espírito Santo

Rua Capitão Domingos Correa da Rocha, 80/salas 617
Ed Master Place - Santa Lúcia - Vitória-ES
Tel.: (27) 3315-4422 - 3315-4423
sbces@sbces.org.br

Central de Inscrições

Tel.: (27) 3315-4422/3315-4423
sbces@sbces.org.br

XXX Congresso da Sociedade Brasileira de
Cardiologia do Espírito Santo - SBC/ES
PEDRA AZUL - DOMINGOS MARTINS/ES



Comissão Científica do Congresso

Dra. Andressa Mussi Soares
Dr. Antônio Carlos Avanza Jr.
Dr. Bruno Moulin Machado
Dr. Carlos Alberto Sancio
Dr. Diogo Barreto
Dr. Eduardo Alberto de Castro Roque
Dr. Eduardo Gisetas Serpa
Dr. Eduardo Vervloet Moyses
Dra. Fátima Cristina Monteiro Pedroti



Dra. Flavia Pezzim
Dr. Jorge Elias Neto
Dr. José Aid Soares Sad
Dr. Marcio Augusto Silva
Dra. Patricia Abaurre Moulin Machado
Dr. Paulo José Ferreira Soares
Dr. Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich

Comissão Julgadora dos Temas Livres

Dr. Bruno Marchersi Izoton
Dr. Eduardo Giestas Serpa
Dr. Eduardo Vervloet Moyses
Dra. Fabiola Nascimento Cunha Izoton
Dra. Fatima Cristina Monteiro Pedroti
Dr. Felipe Jose Granja Moyses



Dr. Flavio Luiz Rua Ribeiro
Dr. Jorge Elias Neto
Dr. Jose Aid Soares Sad
Dr. Jose Airton de Arruda
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich
Dr. Thiago Passamani

- Premiação de Melhores Temas Livres:**
- Prêmio SOCOR
 - Prêmio CENTROCOR
 - Prêmio CDC - Centro de Diagnóstico Cardiológico Meridional

Convidados Nacionais

Dr. Adalberto Lorga Filho - SP
Dr. Alexandre de Matos Soeiro - SP
Dr. Alexandre Hueb - SP
Dr. Gabriel Assis Lopes do Carmo - MG
Prof. Dr. Jader Cunha de Azevedo - RJ
Dr. Luís Henrique Wolff Gowdak - SP



Dr. Márcio Montenegro - RJ
Dr. Pedro Schwartzman - SP
Dr. Protásio L. da Luz - SP
Dr. Raul Dias dos Santos Filho - SP
Dra. Silvia Moreira Ayub - SP
Dr. Thiago Marques Mendes - SP

Convidados Estaduais

Dra. Aline Martins Vieira
Dr. Aloyr Gonçalves Simões Junior
Dra. Andressa Mussi Soares
Dr. Antenorio Aiolfi
Dr. Antonio Carlos Avanza Junior
Dra. Dilciene Mantovanelli Mariano Avanza
Dr. Diogo Oliveira Barreto
Dr. Eduardo Alberto de Castro Roque
Dr. Eduardo Giestas Serpa
Dr. Eduardo Vervloet Moyses
Dra. Fabiola Nascimento Cunha Izoton
Dra. Fatima Cristina Monteiro Pedroti
Dr. Felipe Bortot Cesar
Dr. Felipe José Granja Moyses
Dra. Fernanda Bento de Oliveira Viana
Dr. Fernando Luiz Torres
Dra. Flávia Pezzin
Dr. Helio Monteiro de Moraes
Dr. João Eduardo Tinoco de Paula
Dr. Jorge Elias Neto
Dr. Jorge Wilian Gadioli
Dr. Jose Aid Soares Sad
Dr. Jose Airton Arruda
Dr. José Augusto Murad

Dr. Jose Guilherme Marques Coelho de Mediros Cazelli
Dr. Jose Rodolfo Assad Cavalcante
Dr. Lauro Ferreira da Silva Pinto Neto
Dra. Lilian Claudia Souza Angelo
Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa
Dr. Luiz Renato Dias Daroz
Dr. Marcio Augusto Silva
Dr. Marcos Vianna Vescovi Junior
Dra. Mariana Coelho Marques
Dra. Mônica de Monico Magalhães
Dr. Osmar Araujo Calil
Dra. Patrícia Abaurre Moulin Machado
Dr. Paulo Roberto Angelete alvarez Bernardes
Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff
Dr. Rafael Soares Rua
Dr. Renato Giestas Serpa
Dr. Renato Guilherme Pimentel Tovar
Dr. Ricardo Ryoshuim kuniyoshi
Dra. Roberta Barcellos Couto
Dr. Rodolfo Wagner Ferraz da Silva
Dra. Silvia Cristina Nascimento Ost
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich
Dr. Wilson Aiub Lopes

Empresas Expositoras

AstraZeneca
Bayer
Biolab
Boehringer
Daiichi Sankyo
Hospital Evangélico
Emilcardio
Intercath Meridional
SBC/ES
Unicred Vitória

Programação Social

16
AGO

quinta-
feira

- Programação com recreação infantil **"PLAY RECREAÇÃO ESPORTES E EVENTOS"** durante a tarde.
- **Jantar de abertura**
- Após o término da Cerimônia de Abertura do Congresso, o jantar acontecerá no restaurante do Hotel Eco da Floresta.
- Show **Marcus Macedo**

17
AGO

sexta-
feira

- Programação com recreação infantil **"PLAY RECREAÇÃO ESPORTES E EVENTOS"** durante o dia todo.
- 19:30 - Happy Hour na área dos estandes com Roda de Boteco, degustação de produtos da região e Chopp **Barba Ruiva**
- Samba de raiz com Show do **Grupo Ilha**

18
AGO

sábado

- Programação com recreação infantil **"PLAY RECREAÇÃO ESPORTES E EVENTOS"** durante o dia todo.
- 21:00 - Jantar de encerramento
- Show com **Banda Evidance**

Programação científica - Simpósio Satélites

16
AGO

quinta-
feira

15h25 às 16h05 SIMPÓSIO SATÉLITE NOVARTIS
O Mito da Estabilidade na IC
Dr. Pedro Schwartzman - *Palestrante*

17h40 às 18h40 SIMPÓSIO SATÉLITE HOSPITAL EVANGÉLICO
Disfunção aguda do ventrículo direito
Dra Camila Ronchetti S. Gomes - *Palestrante*
Dr Diogo Oliveira Barreto - *Moderador*

17
AGO

sexta-
feira

11h20 às 11h50 SIMPÓSIO SATÉLITE AMGEN
Como identificar os pacientes de alto risco que mais
terão benefício com o uso de Evolocumabe?
Dr. Raul Dias dos Santos Filho - *Palestrante*

**12h às 13h SIMPÓSIO SATÉLITE INSTITUTO DE
CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO**
A melhor saída para situações desafiadoras
Dr. Henrique Hirata - *Apresentador*
Dra. Flávia Pezzin - *Apresentador*
Dr. Flávio Rua - *Apresentador*
Dr. Renato Giestas Serpa - *Mediador*

15h40 às 16h20 SIMPÓSIO SATÉLITE - CLINICAS DE MEDICINA NUCLEAR
Cintilografia Miocárdica - Exercícios da prática diária
na decisão diagnóstica e conduta terapêutica.
Prof. Dr. Jader Cunha de Azevedo - *Palestrante*



18h às 19h SIMPÓSIO SATÉLITE INTERCATH MERIDIONAL

Dr. Bruno Moulin Machado - *Coordenador*

Dr. J. Airton Arruda - *Coordenador*

1. Avanços no tratamento das cardiopatias estruturais por via percutânea.
Dr. Márcio Montenegro - *Palestrante*
2. Uma imagem diz mais que 1000 palavras!
Sessão de casos clínicos.
Dr. Bruno Moulin Machado - *Participante*
Dr. J. Airton Arruda - *Participante*
Dr. Vítor Pazolini - *Participante*

18
AGO

sábado

09h30 às 10h SIMPÓSIO SATÉLITE - DAIICHI SANKYO

“Anticoagulando o paciente com FA em 2018: como a edoxabana se encaixa na minha prática clínica?”

Dr. Adalberto Lorga Filho - *Palestrante*

10h30 às 11h30 SIMPÓSIO SATÉLITE - MEDCARDIO

Indicações de RM conforme guidelines atuais

Dr. Alexandre Ciappina Hueb - *Palestrante*

11h30 às 12h30 SIMPÓSIO SATÉLITE - MEDINTERV

1º SIMPÓSIO MEDINTERV: HEMODINÂMICA PARA CLÍNICOS

Dr. Denis Bayerl - *Moderador*

Dr. Vítor Barreto - *Moderador*

1. ESTENOSE AÓRTICA SEVERA: QUANDO INDICAR TAVI?
Dr. Rafael Giuberti - *Palestrante*
 2. FORAME OVAL PATENTE EM PACIENTES COM AVCi: QUANDO INTERVIR? O QUE DIZEM OS ESTUDOS.
Dr. José Airton - *Palestrante*
 3. ROTABLATOR NAS LESÕES CALCIFICADAS: QUANDO UTILIZAR?
Dr. Walkimar Veloso - *Palestrante*
 4. ANGIOPLASTIAS NAS OCLUSÕES CORONARIANAS CRÔNICAS: COMO SELECIONAR OS PACIENTES?
Dr. João Eduardo Tinoco - *Palestrante*
 5. MITRACLIP: ATUALIZANDO AS INDICAÇÕES
Dr. Paulo José Soares - *Palestrante*
- 

Programação Científica

16
AGO

quinta-
feira

14h às 15h25 ICC

Dr. Jorge Wilian Gadioli - Moderador

Dr. José Augusto Murad - Moderador

14h às 14h15

O que efetivamente reduz desfechos clínicos?

Dr. Thiago Marques Mendes - Palestrante

14h15 às 14h30

O que ficou ultrapassado no tratamento da Insuficiência Cardíaca?

Dra. Sílvia Moreira Ayub - Palestrante

14h30 às 14h45

Como conduzir o paciente com síndrome cardiorenal

Dra. Sílvia Moreira Ayub - Palestrante

14h45 às 15h

Como conduzir o paciente com anemia e hiponatremia

Dr. Luiz Fernando Machado Barbosa - Palestrante

15h às 15h15

ICFEP - Tratamento atual e perspectivas

Dr. Thiago Marques Mendes - Palestrante

15h15 às 15h25

DISCUSSÃO

15h25 às 16h05

SIMPÓSIO SATÉLITE - NOVARTIS

16h05 às 16h30

INTERVALO

16h30 às 17h40

ICC

Dr. Helio Monteiro de Moraes - Moderador

Dr. Jose Rodolfo Assad Cavalcante - Moderador

16h30 às 16h45

Cancer e Cardiotoxicidade - Como prevenir, diagnosticar e tratar

Dr. Eduardo Alberto de Castro Roque - Palestrante

16h45 às 17h

Glifozinas e desfechos cardiovasculares

Dr. Pedro Schwartzman - Palestrante

17h às 17h15

CDI e Ressincronizador para quem e quando indicar

Dr Ricardo Ryoshuim kuniyoshi - Palestrante



17h15 às 17h30 Transplante Cardíaco
Dr. Thiago Marques Mendes - *Palestrante*

17h30 às 17h40 DISCUSSÃO

17h40 às 18h40 **SIMPÓSIO SATÉLITE - HOSPITAL EVANGÉLICO**

20h30 **ABERTURA DO CONGRESSO TEMA: "Vinho e Coração / Álcool e Coração"**
Dr. Protásio L. da Luz - *Conferencista*

17
AGO
sexta-
feira

08h30 às 09h40 **HAS**
Dr. Felipe José Granja Moyses - *Moderador*
Dr. Renato Guilherme Pimentel Tovar - *Moderador*

08h30 às 08h45 O que dizem os estudos em hipertensão arterial - HOPE 3, ACCORD e SPRINT
Dra. Mônica de Monico Magalhães - *Palestrante*

08h45 às 09h Apnéia do sono e hipertensão arterial: correlações clínicas e implicações terapêuticas
Dra. Roberta Barcellos Couto - *Palestrante*

09h às 09h15 Estado da arte em hipertensão arterial e gravidez
Dr. Osmar Araujo Calil - *Palestrante*

09h15 às 09h30 Hipertensão resistente: o que há de novo?
Dr. Antonio Carlos Avanza Junior - *Palestrante*

09h30 às 09h40 DISCUSSÃO

09h40 às 10h10 **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 1**
Dr. Rafael Soares Rua - *Moderador*
Dr. Marcos Vianna Vescovi Junior - *Moderador*

09h40 às 10h10 **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 2**
Dra. Silvia Cristina Nascimento Ost - *Moderadora*
Dra. Aline Martins Vieira - *Moderadora*

14

**XXX Congresso da Sociedade Brasileira de
Cardiologia do Espírito Santo - SBC/ES**
PEDRA AZUL - DOMINGOS MARTINS/ES



- 10h10 às 11h10** **DISLIPIDEMIA - Manuseio em situações especiais**
Dr. Wilson Aiub Lopes - Moderador
Dr. Fernando Luiz Torres - Moderador
- 10h10 às 10h25** Pacientes de alto risco e muito alto risco
Dr. Raul Dias dos Santos Filho - Palestrante
- 10h25 às 10h40** Intolerância à estatina
Dra. Patrícia Abaurre Moulin Machado - Palestrante
- 10h40 às 10h55** HIV e uso de antirretrovirais
Dr. Lauro Ferreira da Silva Pinto Neto - Palestrante
- 10h55 às 11h10** Idosos
Dr. Raul Dias dos Santos Filho - Palestrante
- 11h10 às 11h20** DISCUSSÃO
- 11h20 às 11h50** **SIMPÓSIO SATÉLITE - AMGEN**
- 12h às 13h** **SIMPÓSIO SATÉLITE - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO**
- 14h30 às 15h40** **DAC AGUDA**
Dra. Fatima Cristina Monteiro Pedroti - Moderadora
Dr. Diogo Oliveira Barreto - Moderador
- 14h30 às 14h45** Revascularização funcional. Como e quando?
Dr. Márcio Montenegro - Palestrante
- 14h45 às 15h** Relevância da troponina elevada em situações clínicas adversas
Dr. Alexandre de Matos Soeiro - Palestrante
- 15h às 15h15** Papel dos métodos de imagem invasivos
Dr. Márcio Montenegro - Palestrante
- 15h15 às 15h30** Paciente portador de fibrilação atrial
Dr. Alexandre de Matos Soeiro - Palestrante
- 15h30 às 15h40** DISCUSSÃO
- 15h40 às 16h20** **SIMPÓSIO SATÉLITE - CLINICAS DE MEDICINA NUCLEAR**
- 16h20 às 16h50** **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 1**
Dr. Luiz Renato Dias Daroz - Moderador
Dr. Rodolfo Wagner Ferraz da Silva - Moderador
- 16h20 às 16h50** **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 2**
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich - Moderadora
Dra. Fernanda Bento de Oliveira Viana - Moderadora



16h50 às 17h50 DAC - CONSULTÓRIO
Dr. Eduardo Vervloet Moyses - *Moderador*
Dr. Jose Aid Soares Sad - *Moderador*

16h50 às 17h05 Como iniciar investigação de dor torácica -
ateromatose subclínica x isquemia
**Dr. Jose Guilherme Marques Coelho de
Mediros Cazelli** - *Palestrante*

17h05 às 17h20 Como escolher a melhor modalidade de
estresse para o meu paciente
Dr. Gabriel Assis Lopes do Carmo - *Palestrante*

17h20 às 17h35 Paciente com disfunção ventricular
esquerda. Abordagem diagnóstica
Dr. Luís Henrique Wolff Gowdak - *Palestrante*

17h35 às 17h50 Qual deve ser a prescrição atual da DAC crônica
Dr. Luís Henrique Wolff Gowdak - *Palestrante*

17h50 às 18h DISCUSSÃO

18h às 19h **SIMPÓSIO SATÉLITE - INTERCATH MERIDIONAL**



18
AGO

sábado

08h30 às 09h30 **ARRITMIAS**
Dr. Eduardo Giestas Serpa - *Moderador*

08h30 às 09h30 **ARRITMIAS**
Dr. Jorge Elias Neto - *Moderador*

08h30 às 08h45 Caso Clínico - I
Dr. Aloyr Gonçalves Simões Junior - *Palestrante*

08h45 às 09h Caso Clínico - II
Dr. Marcio Augusto Silva - *Palestrante*

09h às 09h15 Caso Clínico - III
Dr. Adalberto Lorga Filho - *Palestrante*

09h15 às 09h30 DISCUSSÃO

09h30 às 10h **SIMPÓSIO SATÉLITE - DAIICHI SANKYO**

- 10h às 10h30** **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 1**
Dra. Mariana Coelho Marques - Moderador
Dr. Felipe Bortot Cesar - Moderador
- 10h às 10h30** **SESSÃO TEMAS LIVRES POSTERS - Sala 2**
Dra. Lilian Claudia Souza Angelo - Moderadora
Dr. Antenorio Aiolfi - Moderador
- 10h30 às 11h30** **SIMPÓSIO SATÉLITE - MEDCARDIO**
- 11h30 às 12h30** **SIMPÓSIO SATÉLITE - MEDINTERV**
- 14h30 às 15h45** **CARDIOLOGIA GERAL**
Dr. Paulo Roberto Angelete alvarez Bernardes - Moderador
Dr. João Eduardo Tinoco de Paula - Moderador
- 14h30 às 14h45** TRIALS que impactam a prática clínica: ÓRBITA e CABANA
Dr. Flávia Pezzin - Palestrante
- 14h45 às 15h** Lesão de TCE - Estudos NOBLE e EXCEL na visão do hemodinamicista
Dr. Jose Airtton Arruda - Palestrante
- 15h às 15h15** Lesão de TCE - Estudos NOBLE e EXCEL na visão do cirurgião
Dr. Alexandre Hueb - Palestrante
- 15h15 às 15h30** TAVI em pacientes jovens e de baixo risco
Dr. Renato Giestas Serpa - Palestrante
- 15h30 às 15h45** DISCUSSÃO
- 15h45 às 17h** **CARDIOLOGIA GERAL**
Dra. Tatiane Mascarenhas Santiago Emerich - Moderadora
Dr. Pedro Paulo Araujo Herkenhoff - Moderador
- 15h45 às 16h** Pré-Operatório de cirurgia não cardíaca em cardiopata
Dr. Gabriel Assis Lopes do Carmo - Palestrante
- 16h às 16h15** HAS e Dislipidemia na infância e adolescência
Dra. Andressa Mussi Soares - Palestrante
- 16h15 às 16h30** Ecocardiografia na investigação cardioembólica
Dra. Fabiola Nascimento Cunha Izoton - Palestrante
- 16h30 às 16h45** Dietas da moda e coração
Dr. Dilciene Mantovanelli Mariano Avanza - Palestrante
- 16h45 às 17h** DISCUSSÃO
- 17h ASSEMBLÉIA**

TEMAS LIVRES

17
AGO

sexta-
feira

Horário: 9h40 às 10h10

Local: Sala 1 - Centro Convenções
do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

53054

Cor triatriatum dextrum obstrutivo em recém- nascido com hipoxemia severa - relato de caso

ANDRESSA M SOARES, PAULO J F SOARES,
PATRÍCIA L MOTA, RENATA B PACIFICO E
LUIZ D F TORRES

*Hospital Evangélico, Cachoeiro de
Itapemirim, ES, BRASIL.*

INTRODUÇÃO: Cor triatriatum dextrum é uma anomalia congênita extremamente rara e com vários espectros de apresentação. Na maioria dos casos, a anomalia é registrada em necropsia, seja como um achado isolado em um coração normal ou como acompanhamento de outras lesões cardíacas congênitas. A gravidade está relacionada diretamente com o grau de persistência da válvula direita do seio venoso. A não involução da válvula em vida fetal resulta em persistência de uma grande valva de Eustáquio e da valva de Thebesius do seio coronário inferior, acarretando divisão atrial direita e

consequente obstrução do anel tricúspide, via de entrada e saída ventricular direita.

DESCRIÇÃO DO CASO: Recém-nascido (RN) a termo, sexo masculino, 36 horas de vida, evoluiu com severa cianose (saturação de 24%), palidez cutânea e desconforto respiratório. Necessitou ventilação mecânica, drogas vasoativas e prostaglandina para estabilização clínica à admissão. Raio X de tórax apresentava aumento de átrio direito e diminuição de trama vascular pulmonar. Apresentou taquicardia supraventricular com FC = 249 bpm, recebendo amiodarona por 48 horas. Ao ecocardiograma, apresentava situs solitus em levocardia, conexão veno-atrial normal, concordância atrioventricular e ventrículo-arterial, forame oval patente com shunt direito-esquerda, e uma proeminente e alongada membrana proveniente da veia cava inferior (VCI) que mergulhava para a parte inferior do átrio direito e circundava acima do anel tricúspide causando obstrução ao fluxo de entrada do ventrículo direito, septando deste modo o átrio direito em duas partes. Sendo assim, grande parte do retorno venoso era direcionado para o átrio esquerdo através do forame oval patente. Apesar da melhora hemodinâmica após drogas vasoativas, não houve estabilização da saturação de oxigênio. O aspecto morfológico do cor triatriatum dextrum com obstrução anatômica da valva tricúspide também se mantia, sendo indicada ressecção cirúrgica no décimo dia de vida com melhora instantânea da saturação e estabilização do quadro clínico e posterior alta.

CONCLUSÃO: Trata-se de um raro caso de obstrução de via de entrada de ventrículo

18

XXX Congresso da Sociedade Brasileira de
Cardiologia do Espírito Santo - SBC/ES
PEDRA AZUL - DOMINGOS MARTINS/ES

direito por cor triatriatum dextrum em um RN extremamente grave com hipoxemia, cujo o diagnóstico ecocardiográfico precoce foi fundamental para adequada condução terapêutica e indicação cirúrgica minimizando complicações e possibilitando desfecho favorável.

53146

Ablação por cateter da fibrilação atrial sob uso contínuo de rivaroxabana

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

Vitória Apart Hospital, Serra, ES, BRASIL.

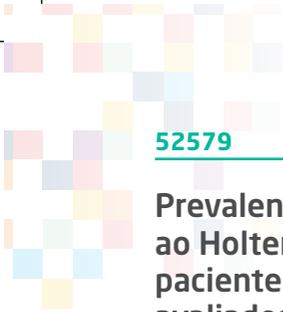
INTRODUÇÃO: o uso contínuo da varfarina (VAR) no período da ablação (ABL) de fibrilação atrial (FA) é preconizada por garantir menores complicações tromboembólicas, sem aumentar taxas de sangramentos, relacionadas ao procedimento. O objetivo desse estudo foi avaliar a segurança em realizar ABL de FA sob anticoagulação contínua com Rivaroxabana (RIV).

MÉTODOS: Um grupo de 67 pacientes consecutivos foram submetidos a ABL da FA, sob uso contínuo de RIV e comparados a um grupo controle de 110 pacientes submetidos a ABL da FA sob uso contínuo de VAR. No RIV, a última dose de Rivaroxabana foi feita na noite anterior ao procedimento e no VAR, o RNI deveria estar 2,0 e 3,5 no dia da ABL. Ecocardiograma (Eco) transesofágico foi realizado na véspera, para exclusão de trombos intracavitários. O uso do ACO foi retomado no dia do procedimento. Tempo de Coagulação

Ativado (TCA) foi aferido em estado basal e a cada 30 minutos após primeira dose de heparina (faixa alvo > 300 seg). Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral, guiados por mapeamento eletroanatômico (MEA) e fluoroscopia portátil. Utilizado Teste t student ($p < 0,05$ como significância estatística).

RESULTADOS: Os grupos foram semelhantes em relação a sexo, idade, índice de massa corpórea, diâmetro de átrio esquerdo, fração de ejeção do ventrículo esquerdo e presença de cardiopatia estrutural. Houve predomínio de FA paroxística (RIV=60%; VAR=59%). Apesar do RNI no dia da ABL ser menor no RIV ($1,2 \pm 0,04$ vs. $2,5 \pm 0,003$; $p < 0,0001$), o TCA basal da ABL foi semelhante ($120 \pm 4,5$ vs. $126 \pm 3,5$ seg; $p = 0,25$). Maior dose de heparina venosa foi utilizada no RIV em comparação ao VAR (9.775 ± 323 vs. 6.671 ± 297 UI; $p < 0,0001$), para manter TCA médios semelhantes (RIV= 364 ± 6 vs. VAR= 354 ± 5 ; $p = 0,19$). O primeiro TCA (TCA_{30min}) esteve acima da faixa alvo em ambos os grupos (RIV=410 vs VAR=375 seg), demonstrando anticoagulação efetiva após dose de ataque de heparina. Um evento isquêmico (AVC sem sequelas) ocorreu no grupo RIV; nenhuma complicação hemorrágica ocorreu neste grupo. No grupo VAR, 1 paciente apresentou hemopericárdio (resolução sem toracotomia), 1 hematoma maior (transfusão/prolongou internação) e 1 hematoma menor (sítios de punção).

CONCLUSÃO: Os dados analisados demonstraram ser segura a ablação de FA sob Rivaroxabana contínua; os níveis de TCA no intraoperatório foram satisfatórios, porém com doses maiores de heparina, quando comparados à terapia convencional com Varfarina.



52579

Prevalencia de arritmias ao Holter de 24h em pacientes Chagásicos avaliados entre julho 2017 a março 2018

RICARDO NEGRI BANDEIRA DE MELLO, TÚLIO BONESI ALVARENGA, RENATO CESAR ALVARENGA E JOSE EDUARDO DO NASCIMENTO RUBACK

Instituto Mineiro de Telemedicina, Belo Horizonte, MG, BRASIL - CECOR - Centro de Estudos Ecocardiográficos, Vitoria, ES, BRASIL - Clínica RitmoCardio, Vitoria, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: As alterações eletrocardiográficas mais prevalentes nos pacientes com Doença de Chagas são os distúrbios de condução pelo ramo direito e o hemibloqueio anterior esquerdo, alcançando 50% nos pacientes deste grupo. É fundamental observar que, embora também em indivíduos normais possam aparecer batimentos ectópicos ventriculares durante o registro de um simples ECG, quando isto é verificado em paciente com Cardiopatia Chagásica, o significado desta alteração é radicalmente diverso e, usualmente, indica que a arritmia ventricular é parte integrante de sua síndrome e constitui elemento de forte conotação prognóstica. Também sintomas sugestivos de síndromes arrítmicas tornam mandatória a monitorização de ECG com Holter, permitindo avaliar tanto episódios de taquiarritmias como de bradicardias para a estratificação de risco destes pacientes. O registro durante pelo menos 24 horas permite quantificar a densidade das ectopias ventriculares, detectar episódios de taquicardia ventricular não-sustentada ou sustentada, bem como determinar a duração das pausas sinusais e das assistolias de várias origens.

É oportuno lembrar que para a composição do escore de Rassi, estimativo do risco de morte em pacientes com CCDC, o Holter de 24 horas é essencial para avaliar o critério prognóstico, com valor independente, da taquicardia ventricular não-sustentada. **Nesse levantamento procurou-se observar a prevalencia de diferentes arritmias em pacientes chagásicos. Foram analisados Holter de 24h de 45 pacientes chagásicos entre junho de 2017 e março de 2018 das cidades de Minas Gerais incluindo Sete Lagoas, Matozinhos, Pudente de Morais, Capim Branco e Inhauma. Os eventos registrados como significativos ao Holter de 24h foram: Fibrilação atrial, Flutter atrial, Doença do nó sinusal, Doença do nó AV, portadores de Marcapasso, ectopia supraventricular frequente (> 1% do total do QRS analisado), ectopia ventricular frequente (> 1% do total QRS analisado), pausas > 2,0s. Dos 45 pacientes analisados, apenas 5 não apresentaram nenhum evento significativo. A arritmia mais comumente encontrada foi a taquicardia atrial (35,5%). A menos frequente foi o Flutter atrial em apenas 1 paciente (2,2%). 24,4% dos pacientes eram portadores de Marcapasso. 19 dos 45 pacientes (42,2%) tinham 2 ou mais eventos significativos registrados ao Holter. 17,7% dos pacientes registraram salva ou salvas não sustentadas de taquicardia ventricular.**

52657

Doença arterial coronariana grave em atleta de alto rendimento, adolescente, com história de Doença de Kawasaki

ANTONIO CARLOS AVANZA NETO, BRUNA MARIANO AVANZA, BRUNO MOULIN MACHADO, JOSE AID SOARES SAD E ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR

Centrocor, Vitória, ES, BRASIL - CIAS, Vitória, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A doença de Kawasaki é vasculite sistêmica e aguda de etiologia desconhecida. Ocorre mais frequentemente em meninos, 80% dos casos em crianças com menos de cinco anos, sendo rara após os oito anos. Aneurismas e estenoses de artérias coronárias são comuns, podendo posteriormente levar a infarto agudo do miocárdio e morte súbita. A avaliação cardiológica pré participação é de extrema importância em atletas, sendo que não previne em 100% a morte súbita.

RELATO DE CASO: Adolescente, do sexo masculino, 15 anos, branco, atleta de futebol, procurou cardiologista do esporte para elaboração de laudo para liberação para atuação em clube de projeção internacional. Apresentou ao médico assistente exames de eletrocardiograma, teste de esforço máximo e ecocardiograma dentro da normalidade. Ao realizar anamnese foi relatado pelo pai que o mesmo apresentou aos 2 anos de idade quadro de Doença de Kawasaki, tendo sido tratado e encontrava-se até o momento assintomático e realizando treinos de alta intensidade. Diante da história clínica, optou-se pela não liberação de imediato para atividade competitiva, tendo sido solicitado angiotomografia de artérias coronárias que evidenciou pequeno aneurisma de artéria descendente anterior e lesão suboclusiva no terço médio de artéria coronária direita. Submetido a cineangiogramografia que confirmou os achados anteriores, tendo o mesmo sido submetido a angioplastia com colocação de stent farmacológico em terço médio de artéria coronária direita. Paciente evoluiu assintomático e sem complicações.

Após discussão compartilhada com família e atleta, optou-se pela desqualificação do mesmo para esportes competitivos de alto rendimento.

CONCLUSÃO: Observa-se a ocorrência de morte súbita em atletas de alto rendimento, mesmo com exames cardiológicos pré participação totalmente dentro da normalidade. O caso acima demonstra a importância de uma anamnese elaborada e um checklist importante a ser executado na avaliação de atletas de alto rendimento. As diretrizes preconizam em adolescentes apenas realização de eletrocardiograma, anamnese e exame físico para essa faixa etária, e nota-se a importância em se valorizar a anamnese bem elaborada valorizando-se histórias familiar e patológica pregressa, pois a liberação desse atleta apenas com exames apresentados poderia levá-lo a morte súbita.

Horário: 9h40 às 10h10

Local: Sala 2 - Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

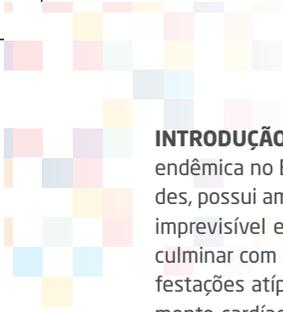
Apresentação: Pôster Eletrônico

53087

Dor torácica em paciente jovem: relato de miocardite por dengue

LUCAS MARTINS FRIZZERA BORGES, RAFAEL SOARES RUA FIGUEIREDO, ALINE VALÉRIO DE LIMA, JOSÉ GUILHERME MARQUES C DE M CAZELLI E RODOLPHO JACQUES DE MELO FARINAZZO

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Vitoria, ES, BRASIL - Hospital Unimed Vitória, Vitoria, ES, BRASIL.



INTRODUÇÃO: A dengue é uma doença viral endêmica no Brasil transmitida por artrópodes, possui amplo espectro clínico, evolução imprevisível e manejo desafiador, podendo culminar com óbito nos casos críticos. Manifestações atípicas da dengue com acometimento cardíaco são raras e foram relatadas em poucos estudos. A apresentação clínica da miocardite por dengue pode variar desde pacientes oligossintomáticos a insuficiência cardíaca aguda. Nos casos mais drásticos, pode evoluir para um quadro fulminante e óbito. A patogênese da lesão miocárdica ainda não está claramente elucidada, podendo ser por lesão direta do vírus ou por mediadores inflamatórios.

DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente masculino, 22 anos, sem comorbidades, história prévia de dengue aos 13 anos, em vigência de novo quadro agudo de dengue (sorologia IgM positiva), inicialmente com sintomas frustrados e sem sinais de gravidade. Admitido na unidade coronariana devido a dois episódios de dor retroesternal em aperto, de forte intensidade, sem irradiação, iniciados em repouso. Exame físico normal, o eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal com supradesnivelamento do segmento ST na parede lateral e bloqueio de ramo direito, além de troponina elevada com pico de 24,69 ng/mL. O ecocardiograma transtorácico não evidenciou alterações, enquanto a ressonância nuclear magnética cardíaca mostrou fibrose mesocárdica no segmento basal da parede infero-lateral, com sinais de edema associado, confirmando a hipótese diagnóstica inicial de miocardite aguda/subaguda. Observado que a função sistólica global e segmentar e os volumes cavitários de ambos os ventrículos eram normais. O paciente evoluiu bem com o tratamento clínico, sem disfunção ventricular e obteve alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÃO: A miocardite, em geral, é caracterizada por processo predominantemente inflamatório e manifestações variadas que podem mimetizar síndrome coronariana aguda ou insuficiência cardíaca. Apesar de incomum e na maioria das vezes ser de prognóstico favorável, a miocardite pelo vírus da dengue pode acarretar sequelas cardíacas graves e até mesmo levar à morte, o que enfatiza a importância da doença no contexto de saúde pública brasileira e a necessidade de mais investimento em políticas incisivas para controle da endemia.

52739

FIBROELASTOMA PAPILAR EM VALVA MITRAL COMO CAUSA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELATO DE CASO

NATHALIA LOSS FRANZIN, LARA LOUZADA, MARCELLA FREITAS MORAES SEDER, ILLA FLORES FAGUNDES E LEONARDO CRISTIANO FRIGINI

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

INTRODUÇÃO: O fibroelastoma papilar é um tumor cardíaco primário raro e benigno, mais frequentemente encontrado nas válvulas cardíacas. A maioria dos pacientes é assintomático, mas alguns pacientes podem apresentar complicações como acidente vascular encefálico (AVE) ou ataque isquêmico transitório, angina ou síndrome coronariana aguda. Por sua raridade, há controvérsias na terapêutica, porém, o tratamento cirúrgico tem sido recomendado e apesar do caráter benigno, intervenções precoces podem prevenir complicações.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 59 anos, hipertenso e dislipidêmico, encaminhado com quadro súbito de parestia-
-parestesia de membro superior esquerdo e de cefaleia intensa em região frontal. Tomografia de crânio evidenciou focos de hipodensidades inespecíficas no cérebro, de aspecto não típico de AVE isquêmico. Solicitado ecocardiograma transtorácico que revelou na valva mitral presença de imagem ecogênica aderida à face atrial da cúspide anterior, hiper móvel, de contornos irregulares. Em estudo com ecocardiograma transesofágico confirmou-se a presença de imagem ecogênica, pediculada aderida à face atrial da cúspide anterior da valva mitral, hiper móvel, de contornos irregulares medindo 9x8mm, com área de 0,4 cm². Considerando a idade do paciente, a piora dos déficits neurológicos, a mobilidade tumoral e o tamanho do tumor, decidiu-se remover a massa cardíaca para prevenir novas complicações, como a embolização. O diagnóstico foi confirmado por exame histopatológico após remoção cirúrgica.

CONCLUSÃO: Trata-se de uma patologia que demanda maiores estudos, atualmente limitados a pequenas séries de casos. O ecocardiograma transtorácico e transesofágico são investigações essenciais em pacientes jovens com AVE, e o diagnóstico diferencial de massas cardíacas requer informações clínicas, exames laboratoriais, hemoculturas e o uso adequado de métodos de imagem. A decisão da ressecção cirúrgica se baseia no tamanho, localização, mobilidade e presença de sintomas. É consenso que deve ser realizada nos pacientes sintomáticos, no entanto, nos assintomáticos a indicação cirúrgica não está claramente definida e, em geral, é influenciada pela mobilidade do tumor (característica preditora independente de embolização e morte).

52193

Importância do Tilt Test na investigação de síncope: Síndrome do QT longo desmascarada em paciente com epilepsia (há correlação com síncope neurocardiogênica?)

TATIANA SANTOS CAUS, E SERGIO LUCIO CAUS

Centro Médico Favaloro, Serra, ES, Brasil.

INTRODUÇÃO: A Síndrome do QT longo manifesta-se clinicamente como síncope cardíaca e morte súbita causadas por taquicardia ventricular polimórfica - torsade de pointes (TdP). Desencadeada pelo estresse físico ou emocional e, menos frequentemente, durante sono. Mais de 500 mutações associadas à SQTl foram descritas em 10 genes diferentes. As síncopes são mais frequentes em pacientes com idade inferior a 20 anos e são mais comuns no sexo feminino.

CASO CLÍNICO: SRM, 32 anos, feminina, com períodos de síncopes convulsivas na infância (por volta dos 8 anos). Tratada como epilepsia. Encaminhada pelo neurologista para realização de Tilt Test, uma vez que mantinha tais episódios, mesmo em uso de Fenobarbital e Hidantal.

TILT TABLE TEST: Iniciado exame com a paciente assintomática. Aos 20 minutos de estresse ortostático, apresentou sintomas/sinais prodrômicos evoluindo com síncope neurocardiogênica tipo mista. Feita manobra de trendelenburg, com recuperação completa do colapso hemodinâmico. Após 2 minutos, em decúbito dorsal horizontal, apresentou palpitações taquicárdicas e nova síncope. Ao monitor, apresentava-se em taquicardia

ventricular polimórfica (TdP). Iniciada manobra de ressuscitação cardiopulmonar, com recuperação dos sinais vitais após 30 segundos.

DISCUSSÃO: Evidenciamos QTc acima de 460 ms em todos os eletrocardiogramas. Pós evento vasovagal: QTc 580 ms. Pré PCR: QTc 611 ms. Tdp foi desencadeada por uma extrassístole ventricular com intervalo de acoplamento curto, provavelmente exacerbado pelo tônus vagal. Medicada com beta bloqueador e submetida à implante de CDI. (anticonvulsivantes interrompidos). Após 1 mês, telemetria: 8 episódios de TV polimórficas e Fibrilações Ventriculares (com choques do CDI). Após 2 meses: QTc: 450 ms.

CONCLUSÃO: O tilt test ajudou a definir um diagnóstico de Síndrome de QT longo mal interpretado como epilepsia. Há relatos que a Síndrome do QT longo pode ter correlação com síncope neurocardiogênica. Usava medicações que prolongam o QT, podendo ser gatilhos do evento ocorrido.

52531

Qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca: análise de três anos em um serviço especializado

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

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

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) apresenta elevada morbimortalidade, além de exercer grande impacto sobre a qualidade de vida. O Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) é um escore que avalia a qualidade de vida dos pacientes portadores da síndrome, constituído de 21 questões, com intervalo possível de 0 a 105, sendo uma pior qualidade de vida refletida por escore mais alto.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com IC após três anos de seguimento num serviço ambulatorial especializado de um hospital-escola.

MÉTODOS: Estudo prospectivo no qual se aplicou o MLHFQ a pacientes com IC com fração de ejeção reduzida acompanhados na Clínica de IC, através de preenchimento voluntário e sigiloso. Foram analisados os resultados dos MLHFQ dos pacientes comparando-se o momento da inclusão no estudo (2014) e após seguimento de três anos no serviço (2017). Para comparação, foi utilizado o teste t de student pareado com uso do software SPSS versão 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

RESULTADOS: De 76 pacientes inicialmente entrevistados, 74 (97,4%) responderam o questionário e foram incluídos no estudo. A média de idade foi de $59,2 \pm 12$ anos, sendo 56,8% (42/74) homens e 43,2% (32/74) mulheres. A fração de ejeção média no momento da inclusão foi de $41,2 \pm 9\%$. Após seguimento de três anos, 39,2% (29/74) dos pacientes responderam novamente o questionário (óbitos: 11; perda de acompanhamento no serviço: 21; não localizados: 13). O escore

médio obtido pelo MLHFQ foi de $40,3 \pm 21$ pontos no momento da inclusão e $31,6 \pm 23$ pontos após três anos de acompanhamento no serviço ($p=0,001$).

CONCLUSÕES: Observou-se baixa qualidade de vida nos pacientes incluídos, com melhora significativa após três anos de acompanhamento no serviço especializado. As Clínicas de IC, com acompanhamento multiprofissional qualificado, podem aumentar expressivamente a qualidade de vida dos pacientes portadores de IC, proporcionando potencial benefício prognóstico.

Horário: 16h20 às 16h50

Local: Sala 1 - Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

52388

Hematoma intramural extenso de aorta descendente com assimetria de pressões arteriais

CRISTIANO MERLO SEIBEL, PRISCILA M MARTINS, JOAO B S PEREIRA, PAULO T SIQUEIRA E LETTICYA P MACHADO

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, BRASIL.

Hematoma intramural de aorta (HIM) é uma doença aórtica aguda, comum em idosos e hipertensos, causada por sangramento dentro da parede do vaso, porém, diferentemente

da dissecação aguda clássica, sem evidência de ruptura na camada íntima ou fluxo na falsa luz. A classificação de Stanford para as dissecações agudas da aorta é válida para os HIM. Dois mecanismos foram descritos: ruptura interna dentro da parede da aorta e ruptura espontânea de vasos intramurais.

RELATO CASO: Homem, 61 anos, hipertenso, ex-tabagista dando entrada em Hospital Terciário com quadro de dor torácica intensa iniciada ao esforço com irradiação para dorso, com duração de 60 min com diferença de pressão arterial entre membros superiores (220/150 mmHg - MSD x 180/109 mmHg - MSE) e frequência cardíaca 72 bpm. ECG sem sinais de isquemia e ecocardiograma transtorácico, sem evidencia de dissecação aórtica. RX de tórax demonstrou alargamento mediastinal e AngioTomografia de tórax evidenciou hematoma intramural com extensão de cerca de 15cm do arco aórtico à aorta torácica descendente distal. Avaliado pela equipe da cirurgia cardíaca, que optou por tratamento conservador, em vista de estabilidade clínica e ausências de complicações.

CONCLUSÃO: Nos casos de dor torácica intensa com irradiação para dorso a suspeita de doença de aorta deve ser feita e exaustivamente procurada, especialmente quando assimetrias na pressão arterial de MMSS estão presentes, como neste caso, o que não é usual em HIM mas sim em dissecações de aorta. O ECG e o ETT normais não eliminam o diagnóstico de lesão aórtica e exames de imagem são necessários, usualmente o mais rapidamente disponível. O HIM necessita de controle imediato e rigoroso de pressão arterial e acompanhamento clínico cirúrgico regular.

53020

Atresia pulmonar em neonato submetido à implante de stent para canal arterial: hipoxemia por reestenose intrastent tratada com stent farmacológico - técnica de bifurcação

VINICIUS FRAGA MAURO, VITOR MARTINELLI BATISTA ROLIM, SÔNIA MARIA ALVES ANDRADE RABELLO, KARLA LOUREIRO LOSS E PEDRO ABILIO RIBEIRO RESECK

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

Relatamos o caso de um lactente de 5 meses de idade portador de cardiopatia congênita cianogênica canal-dependente, submetido a implante de stent convencional para canal arterial que evoluiu com reestenose intrastent, sendo tratado com stent farmacológico (SF) posteriormente. No Brasil, não encontramos na literatura outros relatos de SF para canal arterial. A incidência de reestenose de stent convencional para ducto arterial é de aproximadamente 20% aos 6 meses. Os mecanismos de reestenose estão relacionados a hiperplasia neointimal e a falha de cobertura total do ducto arterioso pela malha metálica do stent. SF implantados em animais no período neonatal mostraram maiores taxas de patência a longo prazo quando comparados aos stents convencionais. Os estudos publicados em seres humanos nesta faixa etária são pequenos e sem poder estatístico para comparar a eficácia de SF versus convencional. No presente caso, realizamos implante de stent farmacológico de segunda geração eluidor de everolimus, terminando com técnica de bifurcação “kissing-balloon” a fim de

recanalizar a artéria pulmonar esquerda que encontrava-se enjaulada e ocluída.

PALAVRAS CHAVES: Stents. Hiperplasia neointimal. Canal arterial. Cardiopatia congênita.

52534

Hipotensão e hipercalemia: efeitos adversos potencialmente graves do sacubitril/valsartana?

NATASSIA SOUZA SANTOS CAMPOS GOMES, VÍTOR LORENCINI BELLOTI, JULIANO COZER DOS SANTOS, BRUNA DE DEUS HERRERA, CAMILA CARONE RAMOS NASCIMENTO, TIAGO DE MELO JACQUES, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, ANDRESSA CORTELETTI, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROBERTO RAMOS BARBOSA E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

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

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) apresenta elevada morbimortalidade. O composto sacubitril/valsartana, recém-lançado no Brasil, demonstrou ser benéfico na redução de desfechos e mortalidade, porém efeitos adversos podem limitar seu uso. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo avaliar o uso e os efeitos adversos do sacubitril/valsartana em pacientes portadores de ICFER acompanhados em um serviço ambulatorial especializado no Espírito Santo. **MÉTODOS:** Estudo prospectivo observacional que avaliou pacientes adultos portadores de ICFER em uso de sacubitril/valsartana, incluídos consecuti-

vamente entre agosto e novembro de 2017, acompanhados por no mínimo três meses após início da medicação. Critérios de indicação do sacubitril/valsartana foram fração de ejeção < 50%, pressão arterial sistólica inicial > 100 mmHg e classe funcional ≥ 2 apesar de medicação otimizada. Reavaliações clínicas frequentes incluíram aferição da pressão arterial e dosagem de potássio sérico. Os desfechos utilizados foram hipotensão sintomática relatada e hipercalemia ($\geq 5,5$ mEq/l). O percentual de dias de seguimento em uso da dose máxima da medicação foi avaliado. Foram utilizados teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student, adotando-se nível de significância de 0,05.

RESULTADOS: Da amostra total de 105 pacientes avaliados no período, 29,5% (31/105) dos pacientes preenchiam os critérios de elegibilidade para uso da medicação, e 24,8% (26/105) mantiveram o uso e o acompanhamento, compondo a amostra avaliada (excluídos: 3 por perda de seguimento, 1 por vontade própria, 1 por interrupção inadvertida da medicação). O seguimento médio foi de 126 ± 19 dias. Hipotensão sintomática foi relatada em algum momento por 53,8%, e hipercalemia foi observada em 19,2% dos pacientes. O percentual de dias em uso da dose máxima foi de $59,8 \pm 27\%$ nos que apresentaram hipotensão vs $66,1 \pm 27\%$ nos que não apresentaram ($p=0,48$), e de $65,8 \pm 14\%$ vs $62,0 \pm 31\%$ naqueles com e sem hipercalemia ($p=0,65$). Nenhum paciente teve dosagem de potássio > 6,0 mEq/l.

CONCLUSÕES: O efeito adverso mais comum do sacubitril/valsartana foi a hipotensão sintomática. Nenhum caso de suspensão da medicação foi atribuído a hipotensão ou hipercalemia, nenhum caso de hipercalemia grave foi observado, e a ocorrência destes efeitos adversos não resultou em redução do percentual de dias em uso da dose máxima.

52535

Uso de simulação realística no treinamento em ressuscitação cardiopulmonar para estudantes do ensino público

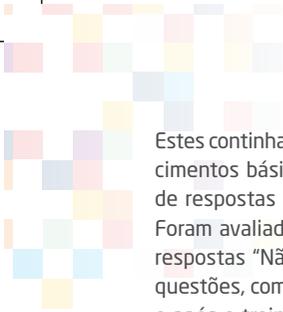
MATHEUS FELIPE PAZ ALVES, MARLON BARBOSA DE AZEVEDO, AMANDA GRIPPA PIFFER, BRENDA VEIGA DE ALMEIDA, DANIELLA LOPES MORAES, JULIANNA VAILLANT LOUZADA OLIVEIRA, LEONARDO FRANÇA VIEIRA, SIMONE KARLA APOLONIO DUARTE, CAIO DUARTE NETO E ROBERTO RAMOS BARBOSA

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

INTRODUÇÃO: Treinar pessoas leigas é fundamental para se obter maiores taxas de sucesso no atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) ocorrida em nível pré-hospitalar.

OBJETIVOS: Este estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de estudantes do ensino médio de Vitória-ES antes e após treinamento prático com uso de simulação.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado na ocasião de treinamento em RCP em escolas públicas do ensino médio no ano de 2017, no qual um teste teórico de conhecimentos básicos foi aplicado antes e após o treinamento prático com uso de simulação (manequim torso para RCP e desfibrilador externo automático, duração de 30 a 45 minutos). Estudantes de Medicina participantes da Liga de Urgência e Emergência foram os responsáveis pelo treinamento e pela aplicação dos testes.



Estes continham 23 afirmativas sobre conhecimentos básicos em RCP, com alternativas de respostas "Certo", "Errado" ou "Não sei". Foram avaliadas as respostas corretas e as respostas "Não sei" em relação ao total de questões, comparando-se o resultado antes e após o treinamento. As escolas treinadas foram avaliadas individualmente quanto à diferença do número de acertos nos testes pré e pós. Análises comparativas utilizaram o teste do qui-quadrado através do software SPSS versão 20.0.

RESULTADOS: No total, 237 estudantes foram treinados em quatro escolas (escola 1: N=26; escola 2: N=71; escola 3: N=50; escola 4: N=90) e responderam ao teste antes e após o treinamento. A taxa de acertos nos testes foi de 55,7% no pré e 83,5% no pós-treinamento ($p=0,001$). Na comparação entre as escolas, todas as quatro apresentaram aumento da taxa de acertos do teste pré para o teste pós (escola 1: 51,0% vs 80,1%, $p=0,001$; escola 2: 55,0% vs 76,8%, $p=0,001$; escola 3: 57,6% vs 87,9%, $p=0,001$; escola 4: 56,6% vs 85,1%, $p=0,001$). A taxa geral de respostas "Não sei" foi de 29,3% no pré-treinamento e de 3,0% no pós-treinamento ($p=0,001$).

CONCLUSÕES: O treinamento prático com uso de simulação foi eficaz para incrementar rapidamente os conhecimentos práticos sobre RCP em estudantes do ensino público do nível médio. A ampliação da capacitação para a população leiga constitui ponto estratégico para aumentar as chances de sobrevivência na PCR extra-hospitalar.

Horário: 16h20 às 16h50

Local: Sala 2 - Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

52551

Qual a real utilidade da Adenosina nas ablações de fibrilação atrial?

FABRICIO SARMENTO VASSALLO, CHRISTIANO CANELAS LEMOS, CARLOS ALEXANDRE VOLPONI LOVATTO, EDUARDO GIETAS SERPA, HERMES CARLONI ARAUJO, ALOYR GONCALVES SIMOES JUNIOR, DALTON HESPANHOL DO AMARAL, WALTER DUARTE BATISTA JUNIOR, ORLY LACERDA, TATIANA SANTOS CAUS, FLÁVIA PEZZIN E KARLA LOUREIRO MEIRA

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

INTRODUÇÃO: blação de fibrilação de atrial (FA) há 20 anos com a descrição do isolamento das veias pulmonares (VVPP) tem se tornado mais frequente na prática clínica dos serviços de cardiologia e eletrofisiologia. Entretanto uma das limitações apesar da evolução das técnicas e materiais tem sido a reconexão das VVPP e consequente recorrência da arritmia. Uma das formas de evitarmos esta recorrência foi proposta com uso da Adenosina (ADNO) para desmascarar as veias reconectadas porém "dormentes" pelo edema causado pela ablação.

OBJETIVO: descrever em pacientes (pctes) subtidos a ablação de FA paroxística e persistente a utilidade do uso da ADNO na capacidade de desmarcar as VVPP dormentes e com isto evitar a recorrência da FA pós-isolamento das VVPP.

MATERIAL E MÉTODOS: foram analisados de forma retrospectiva 395 pctes submetidos a ablação de FA com utilização de mapeamento eletroanatômico e ecocardiografia intracardíaca. Destes, 78 (19,75%) pctes utilizaram ADNO ao fim do procedimento e tiveram como objetivo principal o isolamento das VVPP. 58 (74,3%) pctes do sexo masculino, CHA2DS-2VASc de 3,5 (0 a 6), hipertensão arterial em 63 (80,7%), DM em 15 (19,2%), doenças vasculares em 34 (43,6%) e acidente vascular cerebral isquêmico ou fenômenos tromboembólicos em 9 (11,5%). Ao fim do procedimento após o isolamento dos antros das VVPP com sucesso os pctes foram submetidos a infusão de 12mg de ADNO, nas veias esquerdas e mais 12mg nas veias direitas, para avaliar a recondução elétrica nestas.

RESULTADOS: Realizadas 156 infusões de ADNO num primeiro momento com desmascaramento de 10 (13%) VVPP reconectadas ou dormentes. Realizamos mais 12mg de ADNO com documentação de nova reconexão em 2 (20%) de VVPP. Nestes houve recorrência clínica com sintomas de palpitação taquicárdica com documentação ao Holter 24 horas de taquicardias atriais sustentadas e não sustentadas com posterior realização de nova intervenção comprovando reconexão.

CONCLUSÃO: De acordo com os dados de nossa série nos casos que houve necessidade de realizar mais de uma rodada de ADNO há certeza de que os pctes terão recorrência clínica e nestes dois casos com taquicardia atrial sustentada de veias pulmonares e não fibrilação atrial. Como o número de casos é pequeno acreditamos que há necessidade de seguimento maior e mais casos para determinarmos se é válida ou não o uso da ADNO.

53077

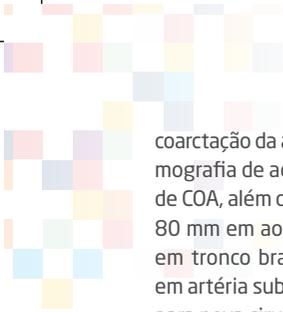
Aneurisma gigante associado a coarctação de aorta em paciente adulto: relato de caso

ALINE VALÉRIO DE LIMA, STELLA DE SOUZA CARNEIRO, ALOYSIO ABDO SILVA CAMPOS, LUANA COSTA DE AGUIAR E FERNANDO LUIZ TORRES GOMES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES, VITORIA, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A coarctação de aorta (COA) é uma malformação congênita frequente e pode estar associada a sequelas clínicas a longo prazo na idade adulta, mesmo que reparado com sucesso precocemente. A recorrência de COA, dissecação aórtica e/ou aneurisma pós-estenótico estão entre os mais importantes resultados adversos a longo prazo, uma vez que aumenta significativamente a morbimortalidade cardiovascular. Relatamos um caso de paciente adulto com diagnóstico de COA e associação com aneurisma gigante de aorta ascendente após cirurgia de correção inicial.

DESCRIÇÃO: Paciente de 55 anos, portador de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca (IC) e fibrilação atrial crônica. História de cirurgia para correção de COA há 18 anos. Foi internado devido à descompensação da IC, apresentando dispnéia aos pequenos esforços, edema de membros inferiores (MMII), desconforto abdominal, dispnéia paroxística noturna e ortopneia há mais de um ano. Ao exame, apresentava sopro diastólico em foco aórtico 3+/6+, turgência jugular, distensão abdominal, edema de MMII 4+/4+ e hipoxemia. Realizado ecocardiograma transtorácico, que mostrou insuficiência aórtica grave e estreitamento após artéria subclávia esquerda com turbilhonamento do fluxo, sugestivo de



coarctação da aorta. Solicitada então angiogramografia de aorta que confirmou a presença de COA, além de aneurisma fusiforme (AF) de 80 mm em aorta ascendente, AF de 26 mm em tronco braquiocefálico e AF de 20 mm em artéria subclávia esquerda. Encaminhado para nova cirurgia de correção de coarctação e aneurisma aórtico com tubo valvado, e troca valvar aórtica, com sucesso. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas (classe funcional II) após o procedimento, e se encontra em acompanhamento regular.

CONCLUSÃO: A formação de aneurismas é uma importante causa de morte tardia após o reparo da COA, e repetir a cirurgia do arco aórtico em adultos é muito desafiador. Os fatores de risco para o desenvolvimento do aneurisma incluem o uso de enxertos e aortoplastia, além de idade avançada. O acompanhamento dos paciente previamente diagnosticados ou tratados com COA deve incluir a realização de ecocardiograma, angiogramografia ou ressonância, em combinação com índice tornozelo-braquial. Estratégias de tratamento incluem intervenção percutânea, abordagem cirúrgica primária e estratégias híbridas. Estes pacientes devem ter um seguimento clínico rigoroso afim de diagnosticar precocemente possíveis complicações.

52537

Agenesia de artéria pulmonar direita associada a fístula coronariana entre circunflexa e veia cava superior: relato de caso

ALINE VALÉRIO DE LIMA, STELLA DE SOUZA CARNEIRO, JOSE AUGUSTO MURAD, JOSE AIRTON DE ARRUDA E ANTENÓRIO AIOLFI

HOSPITAL UNIMED VITÓRIA - CIAS, VITÓRIA, ES, BRASIL - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES, VITÓRIA, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A agenesia de artéria pulmonar unilateral (AAPU) é uma anomalia congênita rara, que ocorre devido a uma malformação do sexto arco aórtico do lado afetado durante a embriogênese. Sua prevalência é em torno de 1:200000 adultos jovens, e ocorre geralmente em conjunto com outras anomalias cardiovasculares. O diagnóstico normalmente ocorre na adolescência, porém podem ser assintomáticos tendo assim um diagnóstico tardio. Relatamos um caso de paciente sintomática, com agenesia de artéria pulmonar direita associada à fístula da artéria circunflexa (ACX) para veia cava superior (VCS).

DESCRIÇÃO: Paciente de 60 anos, hipertensa, portadora de fibrose pulmonar, bronquiectasias e transtorno de ansiedade. Foi admitida com queixa de dor precordial típica, estável hemodinamicamente, sem alterações isquêmicas no eletrocardiograma e marcadores de necrose miocárdica normais. Informou episódios anteriores de quadro semelhante, tendo sido submetida à cineangiogramografia há 2 anos em outro nosocômio. Resgatado exame anterior, que sugeria fístula coronária de alto débito da ACX para ramos arteriais intrapulmonares e VCS. Procedeu-se a investigação com angiogramografia de coronárias e pulmões, que revelaram ACX de grande importância anatômica, sem lesões obstrutivas, com fístula coronariana originada no seu terço proximal e trajeto retroaórtico, desembocando na VCS, além de pulmão direito com redução volumétrica e esquerdo vicariante. Observada ainda ausência de artéria pulmonar direita, sendo a irrigação pulmonar originada de colaterais provenientes da aorta e seus ramos. Cintilografia miocárdica não demonstrou isquemia, e

o ecocardiograma também foi normal. Paciente permaneceu estável durante a internação, sendo optado por tratamento clínico.

CONCLUSÃO: A AAPU apresenta-se clinicamente de várias formas, sendo as manifestações mais comuns a hipertensão pulmonar e a hemoptise. Em dois terços dos casos, acomete o lado direito. Pode ainda permanecer assintomática em cerca de 30% dos pacientes, e as causas comuns de morte incluem insuficiência cardíaca direita, insuficiência respiratória, hemorragia e edema pulmonar. Seu tratamento compreende o manejo cirúrgico, farmacológico e comportamental. Pacientes assintomáticos devem ser acompanhados clinicamente para monitorar o desenvolvimento de sinais de pior prognóstico. Por se tratar de doença rara, os médicos devem ter em mente a possibilidade de AAPU não diagnosticada.

52982

Endocardite Precoce em Implante Transcateter de Valva Aortica

PAULO ROBERTO ANGELETE ALVAREZ
BERNARDES, JULIA ASSIS PIRES, LAIS
VAGO, POLLYANA CONCEICAO RIBEIRO E
ANA PAULA PILON CHIECON

Centro Universitario do Espirito Santo - UNESC, Colatina, ES, BRASIL - Hospital Maternidade São Jose - HMSJ, Colatina, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A endocardite valvular protética (PVE) após Implante de Válvula Aórtica Transcateter (TAVI) tem incidência de 0,3% a 3,1% paciente/ano e está associada a altas taxas de mortalidade. A PVE é uma complicação rara deste procedimento relativamente novo, ao ponto de as diretrizes atuais não incluírem recomendações específicas para o seu tra-

tamento. Apresenta alta morbi-mortalidade, devido à fragilidade dos pacientes. Por fim, a apresentação ao ecocardiograma (ECO) pode ser atípica ou sutil, atrasando o diagnóstico e o tratamento.

RELATO: Masculino, 83 anos, com história de troca valvar aórtica por prótese biológica há 16 anos devido à degeneração senil da valva nativa. Voltou a apresentar quadro de dispneia, sendo evidenciada degeneração da prótese, com estenose importante. Os escores de risco para nova cirurgia convencional demonstraram elevado risco cardiovascular: STS score de 30% e EuroSCORE II de 4,2%. Sendo TAVI o mais indicado. Realizado a TAVI “**valve in valve**” no início de 2017, procedimento com sucesso, obtendo melhora da classe funcional. Meses depois, iniciou episódios eventuais de febre, associado à queda do estado geral, anemia e prostração. Demonstrava-se febril, dispneico e cianótico, prostrado, com ritmo cardíaco irregular com bulhas hipofonéticas, sopro sistólico ejetivo aórtico e sistólico regurgitativo mitral. Não foram evidenciados sinais semiológicos clássicos de endocardite. Novo ECO mostrou rápida degeneração da endoprótese, com gradientes transvalvares aumentados, e área valvar efetiva de 0,8 cm², além de imagem filamentar algodonosa aderida à mesma. Angiotomografia não evidenciou sinais de trombose nos folhetos ou nos seios coronarianos. Hemocultura positiva para germes gram positivos. Iniciado Vancomicina, Gentamicina e Rifampicina. Paciente ainda encontrava-se em tratamento.

CONCLUSÃO: A TAVI é um tratamento alternativo para a estenose valvar aórtica grave em pacientes com risco proibitivo para a cirurgia convencional. Além de comorbidades significativas, os pacientes em questão são tipicamente frágeis e com mobilidade prejudicada. Nesse grupo de pacientes, a apresentação clínica e o manejo da endocardite tem caracte-

rísticas singulares, não havendo na literatura recomendações específicas. A análise de casos clínicos como o supra-descrito serve de base para elaboração de estudos específicos, com posteriores recomendações universais para o tratamento da PVE pós TAVI.

18
AGO

sábado

Horário: 10h00 às 10h30

Local: Sala 1 - Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

53140

Total reversal of moderate ischemic load in coronary artery disease with clinical treatment: case report

VICTOR HUGO DE CARVALHO SABINO,
LARISSA BRISON BAPTISTA, FLÁVIA
PEZZIN, DIOGO OLIVEIRA BARRETO E
JAQUELINE ROSSI MARIM

Hospital Evangelico, Vila Velha, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. A intervenção percutânea coronariana reduz a incidência de morte e infarto agudo do miocárdio(IAM) na síndrome coronariana aguda¹, mas os mesmos benefícios estão sendo estudados em relação a DAC crônica estável^{2,4,5}. Esse trabalho mostra uma paciente com DAC importante tri arterial, que mostrou melhora clínica e comprovada

por exame de imagem funcional após otimização medicamentosa. Relato de Caso: Paciente S.R.A, feminina, 73 anos, hipertensa, diabética insulino dependente, dislipidêmica, sedentária, portadora de insuficiência aórtica moderada, com história recente de internação hospitalar por infarto agudo do miocárdio e nova internação por angina instável. Cateeterismo com lesões importantes em artérias circunflexa, descendente anterior e coronária direita com contraindicação a abordagem por angioplastia. Euroscore com mortalidade de 9.05%. Discutido com Heart Team e optado por tratamento clínico. Paciente compareceu ao ambulatório com cintilografia miocárdica mostrando isquemia anterolateral e lateral com carga isquêmica de 13.23%(figura1) e classe funcional CCS2. Otimizou-se terapêutica com aas, estatina, beta bloqueador, anlodipino e trimetazidina. Paciente retorna em última consulta CCS 0, com cintilografia do miocárdio sem isquemia(figura2).

DISCUSSÃO: O estudo COURAGE comparou a intervenção coronariana percutânea(ICP) com tratamento medicamentoso na DAC crônica em relação ao tratamento medicamentoso sozinho. Não houve diferença na mortalidade geral e incidência de IAM entre os grupos. Recentemente, o estudo FAME 2 comparou a ICP com tratamento clínico em relação ao tratamento clínico isolado em pacientes com doença arterial coronariana crônica estável e estenoses funcionalmente significativas(FFR<0,80). O estudo foi interrompido precocemente, pois o grupo submetido a ICP, apresentou melhores resultados clínicos, melhor qualidade de vida e até melhor custo efetividade a longo prazo comparado ao grupo que fez tratamento clínico isolado. Novos ensaios clínicos estão em andamento como o ISCHEMIA, a fim de tentar comprovar o benefício da revascularização na DAC crônica. Embora alguns estudos mostrem desfechos favoráveis à revascularização, esse caso demonstra a efetividade do tratamento clínico.

52990

Comparação entre as alterações eletrocardiográficas de policiais militares praticantes de atividade física de alto rendimento e sedentários praticantes de atividade física irregular

ANTONIO CARLOS AVANZA NETO, BRUNA MARIANO AVANZA, LUIZ FELIPE CORREA AVANZA, BEATRIZ DE ALMEIDA CAFE, AMANDA VIEIRA DE ANDRADE CARNEIRO E ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR

Hospital da Polícia Militar, Vitória, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: Policiais militares são submetidos periodicamente a inspeção de saúde, sendo o exame cardiológico, parte da avaliação. Todos realizam eletrocardiograma (ECG) de rotina. As alterações eletrocardiográficas em praticantes de atividade física estão relacionadas ao aumento do tônus parassimpático, assim como, ao gênero, etnia, modalidade esportiva e genética.

OBJETIVOS: Avaliar as alterações no ECG policiais militares praticantes de atividade física de alta intensidade e sedentários praticantes de atividade física irregular.

MÉTODOS: Foram avaliados entre os anos de 2013 até 2017, 976 policiais militares do sexo masculino, sendo 184 praticantes de atividade física contínua, 5 vezes na semana por período mínimo de 60 minutos de atividade aeróbica de alta intensidade por sessão (G1) e 792 sedentários praticantes de atividade física irregular (G2). Todos os indivíduos foram submetidos a anamnese e realização de eletrocardiograma de 12 derivações com análise e interpretação que seguiram

critérios da Diretriz Brasileira para Análise de Eletrocardiograma sendo que os ECGs foram avaliados por três examinadores diferentes. Os resultados foram apresentados como média \pm DPM, teste t de student utilizado para avaliar diferenças entre as médias e t de Tukey diferença entre os grupos. Foi considerado significante $p < 0,05$.

RESULTADOS: As alterações eletrocardiográficas encontradas no G1 foram bradicardia sinusal (44,5%/82), BAV de 1º grau (4,89%/9), distúrbio de condução pelo ramo direito (11,41%/21), repolarização precoce (6,5%/12), BAV de 2º grau Mobitz I (0,54%/1), onda T invertida de V1 a V3 (1,63%/3). No G2 Bradicardia sinusal (8,19%/80), BAV de 1º grau (0,4%/4), distúrbio de condução pelo ramo direito (2,97%/29), repolarização precoce (0,10%/1), BAV de 2º grau Mobitz I (0%/0) e onda T invertida de V1 a V3 (0%/0). **Conclusão:** Corroborando com estudos anteriores os dados demonstram alterações eletrocardiográficas mais frequentes em praticantes de atividade física de alto rendimento quando comparados com sedentários ou praticantes de atividade física irregular.

52989

O tratamento da dislipidemia no sistema de saúde público do Espírito Santo: quais os medicamentos mais prescritos e como se deu a evolução dos gastos nos últimos 10 anos?

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, VINÍCIUS VASCONCELOS DO LAGO, ADELMO ISAAC MEDEIROS AVELINO, LUCAS SANTOS GIRAÓ, FILIPE QUADROS COSTA, YNGRID SOUSA LUZ E JOAO DAVID DE SOUZA NETO

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, BRASIL - Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, CE, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A dislipidemia (DLP) está cada vez mais prevalente no Brasil, devendo-se, principalmente, à alteração dos hábitos alimentares na sociedade contemporânea. Por esse motivo, houve um aumento considerável na prescrição de medicamentos que visam a combater essa condição, cujo efeito terapêutico é essencial para a prevenção de eventos cardiovasculares.

OBJETIVO: Elucidar sobre o tratamento da DLP no sistema de saúde público do Espírito Santo, descrevendo os medicamentos mais prescritos e os valores gastos na última década.

MÉTODOS: Estudo transversal, observacional e descritivo, a partir da coleta de dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) - TABNET, no período de 2008 a 2017.

RESULTADOS: A sinvastatina de 20mg registrou maior número de prescrições (233.047) nos anos estudados, seguida da atorvastatina de 20mg (91.070) e da sinvastatina de 40mg (82.706). Em 4º lugar, está a atorvastatina de 10mg (59.358), acima do fenofibrato de 250mg (52.845) e do de 200mg (32.255). Em 7º lugar, vem a pravastatina de 20mg (16.159) e, em 8º, a sinvastatina de 10mg (10.689). Em números inferiores, estão o bezafibrato de 200mg (1300), pravastatina de 40mg (840), ciprofibrato de 100mg (210), pravastatina de 10mg (180), etofibrato de 500mg e sinvastatina de 5mg (ambos com 90 prescrições). Em relação ao número de gastos, a atorvastatina de 20mg registrou maior valor (R\$245.289,00), seguida pela de 10mg (R\$91.072,00). Em 3º lugar, veio o fenofibrato de 250mg (R\$56.015,70) e, em 4º, o de 200mg (R\$30.319,70). A sinvastatina veio em seguida, tendo a de 20mg registrado

gasto de R\$16.313,29, enquanto a de 40mg, R\$13.232,96. A pravastatina de 20mg teve despesa de R\$5.978,83; a sinvastatina de 10mg, R\$748,23; e a pravastatina de 40mg, R\$579,60. Com menor registro, estavam o bezafibrato de 200mg (R\$325,00), o ciprofibrato de 100mg (R\$181,50), o etofibrato de 500mg (R\$146,70), a pravastatina de 10mg (R\$43,20) e a sinvastatina de 5mg (R\$12,60).

CONCLUSÃO: O aumento da incidência de DLP no Brasil estabeleceu a crescente utilização de medicamentos para prevenir seus efeitos adversos sobre o sistema cardiovascular, não sendo diferente no Espírito Santo. No presente estudo, encontrou-se que as drogas mais utilizadas no estado para o tratamento da DLP foram a sinvastatina de 20mg e a atorvastatina de 20mg - esta última, responsável pela maior despesa para o Estado, seguido da sua versão em 10mg.

53056

Dilatação aneurismática de aorta ascendente em criança com arterite de Takayasu - relato de caso

ANDRESSA M SOARES, PAULO J F SOARES, RESI APOLINARIO, MARIA FERNANDA NOVAES ALVIM AYUB E FABIO R BORTOLONI

Hospital Evangélico, Cachoeiro de Itapemirim, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A arterite de Takayasu é uma arterite crônica inflamatória idiopática que afeta grandes vasos, envolvendo predominantemente aorta e a porção proximal de seus principais ramos. A inflamação provoca espessamento de parede, fibrose, estenose e formação de trombo e, dependendo do grau de desestruturação da camada arterial mé-

dia, pode causar a formação de aneurismas. Afeta principalmente mulheres jovens entre 15 e 45 anos de idade, sendo rara em lactentes e crianças. A maioria dos estudos, avalia os pacientes nas fases tardias da doença, quando as alterações oclusivas produzem manifestações clínicas evidentes. Descrição do caso: Criança com 8 anos, sexo feminino, peso: 35 Kg. Há 2 anos iniciou quadro recorrente e intermitente de artrite migratória com limitação de movimentos associado a febre esporádica. Há 1 ano, piora do quadro com ortopneia, dispneia aos pequenos esforços, artralgia, edema de membros inferiores e hepatomegalia sendo internada com quadro de insuficiência cardíaca congestiva. Raio X de tórax com área cardíaca aumentada e congestão veno-capilar. Ecocardiograma demonstrando dilatação aneurismática de aorta ascendente medindo 43 mm, insuficiência aórtica moderada, dilatação de coronária esquerda (z-score:8,49) e de descendente anterior (z-score: 4,3) e disfunção sistólica ventricular com melhora gradual. Angiotomografia de tórax confirmou estes achados. Angiorressonância demonstrou realce com espessamento arterial parietal difuso sem locais de estreitamento luminal ou estenoses. Paciente segue mais estável em acompanhamento reumatológico e cardiológico em uso de prednisona, metotrexate, enalapril, espirolactona e beta-bloqueador. Conclusões: Trata-se de um raro caso de criança com dilatação aneurismática de aorta ascendente e dilatação de artérias coronárias esquerdas. Estes achados ecocardiográficos corroboraram para o diagnóstico de arterite de Takayasu juntamente com a clínica. A paciente apresentou estabilização da doença após terapêutica específica e segue em acompanhamento ambulatorial. Apesar de ser ainda mais rara em crianças, a hipótese diagnóstica de arterite de Takayasu deve ser sempre ressaltada em pacientes com dilatação e/ou aneurisma de aorta, mesmo

ainda sem lesões arteriais estenótica-oclusivas. Sendo uma vasculopatia sistêmica progressiva de difícil manejo, o diagnóstico precoce é muito importante na tentativa de coibir a evolução da doença melhorando seu prognóstico.

Horário: 10h00 às 10h30

Local: Sala 2 - Centro Convenções do Hotel Eco da Floresta

Apresentação: Pôster Eletrônico

52838

Complicação cardíaca rara e imprevista após intervenção coronária percutânea bem-sucedida

INGRID ARDISSON COLODETE, RAFAEL AON MOYSÉS, DENIS MOULIN DOS REIS BAYERL, ROBERTO RAMOS BARBOSA E LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

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

INTRODUÇÃO: A intervenção coronária percutânea (ICP) é um método de revascularização miocárdica amplamente utilizado e apresenta riscos cada vez menores. Relatamos um caso de ICP bem-sucedida em um cenário de doença arterial coronária estável, que evoluiu com complicação cardíaca rara e de causa incerta.

DESCRIÇÃO DO CASO: LDS, sexo masculino, 74 anos, hipertenso e dislipidêmico, apresentando angina estável, submetido em 23/01/18 a ICP de lesões obstrutivas de 90% na artéria descendente anterior (DA), 80%



no Primeiro Ramo Marginal (Mg1) e 80% no Ramo Descendente Posterior Esquerdo (DPE). Implantados quatro stents farmacológicos eluidores de Biolimus A9 (dois na DA, um no Mg1 e um no DPE) com sucesso, sem intercorrências. Houve desconforto torácico discreto e hipotensão nas primeiras 12 horas, sem alterações eletrocardiográficas. Após 24 horas, apresentou piora da hipotensão, sudorese e dor torácica. Ecocardiograma transtorácico revelou pseudoaneurisma apical do ventrículo esquerdo (VE) e derrame pericárdico moderado. Reestudo cinecoronariográfico evidenciou stents pérvios, com fluxo coronário normal, ausência de trombos intraluminais ou de extravasamentos por perfuração coronária. Acompanhamento ecocardiográfico nas horas seguintes demonstrou aumento do derrame pericárdico e sinais de tamponamento cardíaco, com colapso de câmaras direitas. Submetido a cirurgia cardíaca com esternotomia para drenagem de hemopericárdio - 800 ml. Visualizado pseudoaneurisma roto no ápice do VE com tecido friável e necrótico, e realizado bloqueio local com cola biológica e esponja hemostática de gelatina estéril absorvível. No pós-operatório, apresentou insuficiência renal aguda, delírium e infecção relacionada a cateter intravenoso, recebendo alta hospitalar após 19 dias. Assintomático no seguimento clínico de quatro meses, com função ventricular esquerda normal, função renal normal e boa capacidade funcional.

CONCLUSÕES: Rotura de pseudoaneurisma do VE é uma complicação potencialmente fatal de infarto agudo do miocárdio com elevação de ST sem reperfusão coronária. Após ICP eletiva, é ainda mais imprevisível e rara, principalmente sem oclusão aguda da DA, hipótese descartada pelo reestudo hemodinâmico. Uma teoria para a complicação vivenciada é a liberação de radicais livres intracoronários durante a ICP, porém o mecanismo fisiopatológico perma-

nece desconhecido. Complicações cardíacas da ICP podem ser desafiadoras, requerendo diagnóstico ágil e condução precisa.

53066

Tratamento percutâneo de janela aorto-pulmonar em criança de 3 anos

DANIELLE LOPES ROCHA, RAFAEL AON MOYSÉS, VINICIUS FRAGA MAURO, SÔNIA MARIA ALVES ANDRADE RABELLO E KARLA LOUREIRO LOSS

Hospital Estadual Dr Alzir Bernardino Alves, Vila Velha, ES, BRASIL.

A janela aorto-pulmonar é uma comunicação entre a aorta ascendente e a artéria pulmonar que representa cerca de 0,1 a 0,2% de todas as cardiopatias congênitas. A apresentação clínica consiste em quadro de insuficiência cardíaca congestiva devido a grande fluxo esquerdo-direito gerando sobrecarga volumétrica cardíaca. Em geral, o tratamento é cirúrgico e não deve ser postergado devido ao risco de evolução para doença vascular pulmonar. Em alguns casos com morfologia favorável consegue-se realizar a oclusão via cateterismo cardíaco de prótese tipo Amplatzer. Lactente de 3 anos e 5 meses, sexo feminino, peso 18 Kg apresentava cansaço aos grandes esforços. Ao exame físico notava-se sopro cardíaco, radiografia de tórax evidenciava aumento de área cardíaca com hiperfluxo pulmonar. Realizou ecocardiograma que mostrou fluxo turbulento na aorta ascendente próximo a coronária esquerda, com suspeita de fistula coronariana-tronco da pulmonar ou janela aorto-pulmonar. Realizada então angiogramografia cardíaca que confirmou diagnóstico de janela aorto-pulmonar fistulizada de 3 mm com anatomia favorável para fechamento

percutâneo. Paciente foi submetida a cateterismo cardíaco intervencionista, evidenciado que o óstio coronariano estava a 9 mm da janela sendo então submetida a com oclusão por próteses para canal arterial tipo 2 "duct occlud" número 4-5 com discos de retenção de 11 mm. O procedimento transcorreu sem problemas. Recebeu alta em uso de ácido acetil salicílico, 5 mg/kg/dia, 36 horas após o procedimento. Realizou ecocardiograma com Doppler que confirmou o fechamento da lesão. Sem outras alterações significativas. O fechamento percutâneo da janela aortopulmonar se mostrou um procedimento seguro, eficaz e pouco invasivo quando comparado ao tratamento cirúrgico. Ressalto que a anatomia da janela aortopulmonar deve ser favorável para considerarmos essa opção terapêutica. O defeito deve ser distante das artérias coronárias para não correr o risco de gerar qualquer redução do fluxo coronariano.

53148

Flutter atrial "maligno" em criança de 2 anos: relato de caso.

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

Vitória Apart Hospital, Serra, ES, BRASIL.

INTRODUÇÃO: O diagnóstico de canalopatias em crianças é sempre desafiador, mas deve ser suscitado quando ocorrem apresentações atípicas e graves de arritmias cardíacas ou síncope.

DESCRIÇÃO DO CASO: D.S.A, 2 anos masculino, internado em 2 ocasiões flutter atrial (FLA) típico, sendo tratado por meio de cardiover-

são elétrica e mantido com baixas doses de amiodarona. Apresentava ecocardiograma sem evidências de cardiopatia estrutural e ECG com discretas alterações de segmento ST precordiais direitas. Para controle ambulatorial realizou Holter de 24 horas que flagrou FLA com condução AV 1:1 que degenerou para fibrilação ventricular e assistolia com recuperação espontânea do ritmo sinusal durante um episódio de síncope em repouso (Figura1). Após realizada ablação com radiofrequência do istmo cavotricuspídeo, permanece assintomático num seguimento de 10 meses. Avaliação do painel genético evidenciou variação patogênica do exon 3 dos genes SCN5A, sugestiva de Síndrome de Brugada. Avaliação clínica e genética subsequentes dos pais demonstraram a mãe assintomática e normal e o pai também assintomático mas com ECG com padrão de Brugada tipo I (Figura2) e mesma mutação genética do filho.

CONCLUSÃO: No caso apresentado, uma arritmia geralmente de bom prognóstico foi flagrada (Holter de 24h) induzindo FV e síncope; a avaliação posterior do painel genético propiciou o diagnóstico de uma canalopatia rara e de alto risco, que serviu de base para o tratamento e prognóstico

53051

Correlação entre realce tardio e áreas de baixa voltagem no mapeamento endocárdico para avaliação de cicatriz atrial esquerda

CARLOS ALEXANDRE VOLPONI LOVATTO, JOAO MESQUITA, DIOGO CAVACO, FRANCISCO MORGADO E PEDRO ADRAGAO

Hospital Santa Cruz, , Portugal - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, , .



INTRODUÇÃO: Fibrose atrial correlaciona-se com piores desfechos em pacientes com fibrilação atrial (FA). Cicatriz atrial pode ser avaliada de forma não invasiva pela ressonância magnética cardiac (RMC), porém é um método que ainda falta validação clínica.

OBJETIVO: Fazer correlação anatômica entre cicatriz atrial pelo realce tardio da RMC e áreas de baixa voltagem do mapa de voltagem eletroanatômico.

MÉTODOS: Estudo observacional prospectivo de centro único que incluiu 21 pacientes submetidos à RMC e avaliação de cicatriz antes da ablação de FA. Áreas de baixa voltagem foram definidos como $<0,5\text{mV}$ em mapa endocárdico. Fez-se segmentação do átrio em 6 regiões e comparou-se entre realce tardio pelo RMC com áreas de baixa voltagem pelo mapa eletroanatômico.

RESULTADOS: População com 78% homens, idade média de 62 anos (IQR 49-68), 78% com FA paroxística e 72% que já haviam sido submetidos à ablação de FA. Volume indexado médio AE de 55 ml/m^2 (IQR 45-66) e $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-Vasc}=1$ (IQR 1-2). Número médio de pontos de 242 (IQR 192-598). Sessenta e nove (58%) segmentos foram analisados, e 52 (75%) tinham pelo menos 1 área de baixa voltagem. Os segmentos em que encontrou-se mais frequentemente áreas de baixa voltagem foram parede posterior e superior (83% e 56% respectivamente). Presença de realce tardio obteve 90% de sensibilidade (IC 79-97%) e 65% especificidade (IC 38-86%) em identificar áreas de baixa voltagem. Com valor preditivo positivo de 89% (IC 80-94%) e valor preditivo negativo de 69% (IC 47 - 85%).

CONCLUSÃO: Cicatriz em átrio esquerdo avaliada por realce tardio na ressonância magnética mostrou boa sensibilidade e adequada especificidade em identificar segmentos com áreas de baixa voltagem.



Patrocinadores

A Sociedade Brasileira de Cardiologia agradece imensamente o patrocínio e apoio dos laboratórios, clínicas e empresas sem as quais não teria sido possível a realização do XXX Congresso de Cardiologia do ES.

DIAMANTE



OURO



PRATA



REALIZAÇÃO



APOIO

CARDIOVIX

CDC - CENTRO DE DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO MERIDIONAL
CENTROCOR • LABORATÓRIO BIOCLINICO • SOCOR
VITÓRIA HOSPITALAR