



Sociedade  
Norte - Nordeste  
de Cardiologia

# Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia • ISSN 2446-838X • Volume 9, Nº 2, Abril/Maio/Junho 2019

## Editorial

### Artigo Comentado

Comparação entre as Diretrizes de Hipertensão  
ACC/AHA e ESC/ESH

Trabalhos com Melhor Classificação (1º ao 3º  
Lugar) Apresentados no IX Congresso Piauiense  
de Cardiologia

Mensagem do Presidente do XXXIX Congresso  
Norte Nordeste de Cardiologia / XXVIII  
Congresso Paraense de Cardiologia

### Memórias da SNNC

**CENTRAL ILLUSTRATION** Comparison of American and European Society Definitions and Management of Hypertension

Guideline Differences	American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)			European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH)		
	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)
Level of blood pressure (BP) defining hypertension						
Office/Clinic BP	≥ 130	≥ 80		≥ 140		≥ 90
Daytime mean	≥ 130	≥ 80		≥ 135		≥ 85
Nighttime mean	≥ 110	≥ 65		≥ 120		≥ 70
24-hour mean	≥ 125	≥ 75		≥ 130		≥ 80
Home BP mean	≥ 130	≥ 80		≥ 135		≥ 85
BP targets for treatment	< 130/80 mm Hg			Systolic targets < 140 mm Hg and close to 130 mm Hg		
Initial Combination Therapy	Initial single-pill combination therapy in patients > 20/10 mm Hg above BP goal			Initial single-pill combination therapy in patients ≥ 140/90 mm Hg		
Hypertensive requiring intervention	> 130/80 mm Hg			≥ 140/90 mm Hg		
Guideline Similarities	ACC/AHA			ESC/ESH		
Importance of home BP monitoring	• Take BP at home, twice in the morning and twice in the evening, in the week before clinic • Bring the BP machine in annually for validation					
Therapy	• Restrict beta blockers to patients with comorbidities or other indications • Initial single pill combination as initial therapy					
Follow-up	• Detect poor adherence and focus on improvement • BP telemonitoring and digital health solutions recommended					

Bakris, G. et al. J Am Coll Cardiol. 2019;73(23):3018-26.

Figura 1 - Comparação entre as sociedades americana e europeia quanto às definições e manejo da hipertensão arterial sistêmica.



Sociedade  
Norte - Nordeste  
de Cardiologia

# Revista Norte Nordeste de Cardiologia

Volume 9, Nº 2, Abril/Maio/Junho 2019

## Índice Remissivo

### Editorial

CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 1

### Artigo Comentado

**Comparação entre as Diretrizes de Hipertensão ACC/AHA e ESC/ESH**

FERNANDA BELÉM SILVA, THIAGO NUNES PEREIRA LEITE E CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA

.....página 2

### Trabalhos com Melhor Classificação (1º Ao 3º Lugar) Apresentados no IX Congresso Piauiense de Cardiologia

Trabalhos com Melhor Classificação Apresentados no IX Congresso Piauiense de Cardiologia, Julho de 2019 – Teresina/PI nas Categorias Oral, Pôster e Relato de Caso

.....página 5

### Mensagem do Presidente do XXXIX Congresso Norte Nordeste de Cardiologia / XXVIII Congresso Paraense de Cardiologia

MOACYR MAGNO PALMEIRA

.....página 12

### Memórias da SNNC

**Transplante Cardíaco no Piauí, um Breve Relato**

JOSÉ ITAMAR ABREU COSTA

.....página 13

# Editor da Revista da Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia: Carlos Eduardo Batista de Lima - PI

## Coeditores

Cardiologia Clínica	Edval Gomes dos Santos Junior	CE
Cirurgia Cardíaca	José Teles de Mendonça	SE
Cardiologia Intervencionista	João Luiz de Alencar Araripe Falcão	CE
Cardiologia Pediátrica	Sandra da Silva Mattos	PE
Métodos Diagnósticos por Imagem	Rui Alberto de Faria Filho	RN
Arritmias e Dispositivos Eletrônicos Implantáveis	Alexsandro Alves Fagundes	BA
Cardiologia do Exercício	Luiz Eduardo Fonteles Ritt	BA
Memórias da Cardiologia do NNE	José Itamar Abreu Costa	PI

## Conselho Editorial

ADRIANO DOURADO - BA  
MARIA ALAYDE MENDONÇA - AL  
ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES - BA  
ANDRÉ ALMEIDA - BA  
ÂNGELA MARIA PONTES BANDEIRA DE OLIVEIRA - PE  
ANTENOR PORTELA - PI  
ANTÔNIO CARLOS SALES NERY - BA  
ANTONIO CARLOS SOUSA - SE  
ANTONIO LOUREIRO GOMES - PB  
ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR - AM  
ARMÊNIO GUIMARÃES - BA  
AUDES FEITOSA - PE  
BRIVALDO MARKMAN - PE  
CARLOS EDUARDO BATISTA DE LIMA - PI  
CARLOS ROBERTO MARTINS - CE  
CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE MORAES - PE  
CESIMAR SEVERIANO DO NASCIMENTO - RN  
CEZÁRIO MARTINS - CE  
DÁRIO SOBRAL - PE  
DINALDO CAVALCANTI DE OLIVEIRA - PE  
EDGARD VICTOR - PE  
EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR - BA  
EDMUNDO CAMARA - BA  
EDUARDO DARZÉ - BA  
FÁBIO VILAS BOAS - BA  
FRANCISCO DAS CHAGAS MONTEIRO JÚNIOR - MA  
GENILDO FERREIRA NUNES - TO  
GEODETE BATISTA - SE  
GILSON SOARES FEITOSA - BA

GILSON SOARES FEITOSA FILHO - BA  
GILVAN DOURADO - AL  
GUSTAVO FEITOSA - BA  
HILTON CHAVES JÚNIOR - PE  
ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES - BA  
ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO - PI  
IVAN ROMERO RIVERA - AL  
JADELSON ANDRADE - BA  
JOÃO DAVID DE SOUZA NETO - CE  
JOÃO LUIZ DE ALENCAR ARARIPE FALCÃO - CE  
JOEL ALVES PINHO FILHO - BA  
JONATAS MELO NETO - PI  
JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO - MA  
JOSÉ AUGUSTO SOARES BARRETO FILHO - SE  
JOSÉ BONIFÁCIO BARBOSA - MA  
JOSÉ CARLOS BRITO - BA  
JOSÉ GLAUCO LOBO FILHO - CE  
JOSÉ LIRA MENDES FILHO - PI  
JOSÉ MARIA PEREIRA GOMES - PE  
JOSÉ NOGUEIRA PAES JUNIOR - CE  
JOSÉ SEBASTIÃO ABREU - CE  
JOSÉ WANDERLEY NETO - AL  
JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO - MA  
JOSMAR CASTRO ALVES - RN  
JULIO BRAGA - BA  
KERGINALDO TORRES - RN  
LUCÉLIA MAGALHÃES - BA  
LUIZ CLÁUDIO LEMOS CORREIA - BA  
LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS - BA  
LUIZ EDUARDO FONTELES RITT - BA

LURILDO SARAIVA - PE  
MARCELO QUEIROGA - PB  
MARCO ANTONIO ALMEIDA SANTOS - SE  
MARCO ANTONIO DE VIVA BARROS - PB  
MARCO ANTONIO MOTA GOMES - AL  
MARCOS AURÉLIO LIMA BARROS - PI  
MARCUS VINICIUS ANDRADE - BA  
MARIANO BRASIL TERRAZAS - AM  
MAURICIO BATISTA PAES LANDIM - PI  
MAURÍLIO ONOFRE - PB  
NEWTON NUNES DE LIMA FILHO - PI  
NILZO RIBEIRO - BA  
ODWALDO BARBOSA E SILVA - PE  
PAULO MÁRCIO SOUSA NUNES - PI  
PAULO ROBERTO PEREIRA TOSCANO - PA  
PAULO JOSÉ BASTOS BARBOSA - BA  
PEDRO FERREIRA ALBUQUERQUE - AL  
PEDRO NEGREIRO - CE  
RAIMUNDO FURTADO - MA  
RICARDO ELOY PEREIRA - BA  
RICARDO LIMA - PE  
ROBERTO PEREIRA - PE  
ROQUE ARAS - BA  
RUI ALBERTO DE FARIA FILHO - RN  
SANDRA NÍVEA FALCÃO - CE  
SÉRGIO MONTENEGRO - PE  
THIAGO NUNES PEREIRA LEITE - PI  
WANEWMAN ANDRADE - BA  
WESLEY DÚLIO SEVERINO DE MELO - PA  
WILSON OLIVEIRA JUNIOR - PE

## Diretoria da Sociedade Norte e Nordeste Biênio 2018/2019

### **PRESIDENTE**

MARIA ALAYDE MENDONÇA

### **VICE-PRESIDENTE**

BRIVALDO MARCKMAN FILHO

### **DIRETOR ADMINISTRATIVO**

MAURO JOSÉ OLIVEIRA GONÇALVES

### **DIRETOR FINANCEIRO**

RUI ALBERTO DE FARIA FILHO

### **DIRETOR DE COMUNICAÇÃO**

CARLOS EDUARDO BATISTA LIMA

### **DIRETOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL**

REGINA COELI MARQUES

### **DIRETOR CIENTÍFICO**

ISABEL CRISTINA BRITTO GUIMARÃES

### **CONSELHO FISCAL:**

IVAN ROMERO RIVERA; FRANCISCO DE ASSIS COSTA;

ALEXSANDRO FAGUNDES

## Relação de Ex-Presidentes da SNNC

FREDERICO AUGUSTO L. E SILVA - CE  
GESTÃO 87-88

PEDRO J. NEGREIROS DE ANDRADE - CE  
GESTÃO 89/90

RICARDO ANTÔNIO ROSADO MAIA - PB  
GESTÃO 91/92

MÚCIO GALVÃO DE OLIVEIRA FILHO - RN  
GESTÃO 93/94

JOSÉ WANDERLEY A. NETO - AL  
GESTÃO 95

ANTÔNIO CARLOS SOBRAL SOUSA - SE  
GESTÃO 96

FERNANDO JOSÉ LIANZA DIAS - PB  
GESTÃO 97/98

ÁLVARO JOSÉ DA COSTA BARROS - RN  
GESTÃO 99/00

PEDRO FERREIRA DE ALBUQUERQUE - AL  
GESTÃO 01/02

JOSÉ BENEDITO BUHATEN - MA  
GESTÃO 03/04

ANTONIO SALES NERY  
GESTÃO 2005

MARLY MARIA UELLENDahl  
GESTÃO 06/07

JOSMAR DE CASTRO ALVES  
GESTÃO 08/09

JOSÉ XAVIER DE MELO FILHO  
GESTÃO 10/11

ARISTÓTELES COMTE DE ALENCAR FILHO  
GESTÃO 12/13

JOSE ITAMAR ABREU COSTA - PI  
GESTÃO 14/15

## Presidentes Estaduais 2018/2019

### **REGIÃO NORDESTE**

#### **ALAGOAS**

EDVALDO FERREIRA XAVIER JÚNIOR

#### **BAHIA**

EMERSON DA COSTA PORTO

#### **CEARÁ**

MARIA TEREZA SÁ LEITÃO RAMOS BORGESS

#### **MARANHÃO**

ALDRYN NUNES CASTRO

### **PARAÍBA**

FÁTIMA ELIZABETH FONSECA DE OLIVEIRA NEGRI

### **PERNAMBUCO**

AUDES MAGALHÃES FEITOSA

### **PIAUI**

LUIZA MAGNA DE SÁ CARDOSO JUNG BATISTA

### **RIO GRANDE DO NORTE**

SEBASTIÃO VIEIRA DE FREITAS FILHO

### **SERGIPE**

SHEILA CRISTINA TONHEIRO FERRO DA SILVA

### **REGIÃO NORTE**

#### **AMAZONAS**

JOÃO MARCOS BEMFICA BARBOSA FERREIRA

#### **PARÁ**

MOACYR MAGNO PALMEIRA

## Contato

### **CORRESPONDÊNCIA:**

**Carlos Eduardo Batista de Lima**  
Departamento de Clínica Geral –  
Universidade Federal do Piauí –  
DCG 86-3215-5853  
Diretoria do Centro de Pesquisa  
CARDIOLIMA PIAUÍ.

Rua Governador Raimundo Artur de  
Vasconcelos, número 670.  
Bairro Centro / Sul - Teresina, PI.  
CEP: 64001-450.  
E-mail: carlos.lima@ufpi.edu.br;  
carlooseduardo\_lima@yahoo.com.br;  
cardiolima.medicalcenter@hotmail.com.br.  
Fone: +5586-98180-5000 / 3085-3048

### **Sociedade Norte e Nordeste de Cardiologia**

Avenida Antônio Basílio, 3025, Sala 410, 4º  
andar, CEP 59054-380, Centro Empresarial  
Beatrice Bonacci Lagoa Nova, Natal – RN.  
Tel/fax: (84)3201-5936.  
E-mail: snnccardiol.br

Caros amigos da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Regional Norte-Nordeste,

Nessa edição teremos a participação da Dra. Fernanda Belém Silva que é médica residente em Cardiologia destacada e do Dr. Thiago Nunes Pereira Leite que é doutor pela USP, ambos do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, onde também participei e revisamos o artigo que aborda de maneira comparativa as recomendações do tratamento da hipertensão arterial sistêmica sob o olhar das sociedades Europeia e Americana de cardiologia. Na sequência damos destaque aos trabalhos com melhor classificação, do primeiro ao terceiro lugar apresentados

no IX Congresso Piauiense de Cardiologia seguidos pela mensagem do Dr. Moacyr Palmeira, presidente do XXXIX Congresso da Sociedade Norte-Nordeste de Cardiologia, que ocorrerá concomitante ao XXVIII Congresso Paraense de Cardiologia, em Belém do Pará. Para finalizar, o Dr. Itamar com sua visão futurista da Cardiologia, na sessão memórias da SNNC, faz um breve relato sobre a situação atual do transplante cardíaco no estado do Piauí. Boa leitura a todos.

Grande abraço,

**Carlos Eduardo Batista de Lima**

Editor da RNNC

# Comparação entre as Diretrizes de Hipertensão ACC/AHA e ESC/ESH

Fernanda Belém Silva<sup>2</sup>, Thiago Nunes Pereira Leite<sup>2</sup> e Carlos Eduardo Batista de Lima<sup>1,2</sup>

Universidade Federal do Piauí<sup>1</sup>;

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí<sup>2</sup>

ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines<sup>1</sup>.

As orientações mais recentes em relação à abordagem e ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) são representadas pelas diretrizes americana (*American College of Cardiology /American Heart Association – ACC/AHA*) e europeia (*European Society of Cardiology/European Society of Hypertension – ESC/ESH*) publicadas respectivamente em 2017 e 2018. Em março de 2019, foi publicado no *Journal of the American College of Cardiology* (JACC) um artigo de comparação entre as mesmas<sup>1</sup>, seguem algumas considerações:

A diretriz americana traz como nova definição de HAS valores maiores que 130/80 mmHg. Enquanto a diretriz europeia mantém os valores habituais para diagnóstico de hipertensão acima de 140/90 mmHg.

Ambas enfatizam a importância da aferição da pressão arterial (PA) fora do consultório para melhor controle, possibilidade de detectar e controlar a hipertensão do avental branco e a hipertensão mascarada. Recomendam que os pacientes devem ser ensinados a aferir a PA em casa e quando fazê-lo, de preferência 2 vezes pela manhã e 2 vezes à noite na semana anterior à consulta. Além disso, os pacientes devem ser lembrados de trazer seus aparelhos anualmente para validação. Quanto a melhor forma de aferição, a preferência é por medições automatizadas desde que o tamanho adequado do manguito seja previamente avaliado.

A diretriz americana não traz discussão específica em relação a hipertensão sistólica isolada, não menciona os efeitos ambientais e da altitude nos níveis de pressão arterial e traz de forma concisa informações sobre as lesões de órgãos alvo mediadas pela hipertensão, pontos esses amplamente discutidos na diretriz europeia.

Quanto à avaliação de risco cardiovascular, encontram-se algumas diferenças no comparativo: a diretriz americana enfatiza a avaliação individualizada do risco cardiovascular usando a calculadora ASCVD (*Atherosclerotic Cardiovascular Disease*) antes de definir metas e opções de tratamento; já a diretriz europeia recomenda o uso do sistema SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation System*); esta recomenda ainda que a estimativa de risco seja complementada por

avaliação de lesões de órgãos alvo, o que pode elevar a categoria do risco para o patamar superior, mesmo quando o paciente for assintomático. Para pacientes com risco cardiovascular em 10 anos acima de 10%, ambas recomendam tratamento mais intensivo.

Um dos principais tópicos que as diretrizes enfatizam são as modificações no estilo de vida (MEV) como parte da educação e tratamento anti-hipertensivo inicial. As MEV constituem a pedra angular de toda a redução do risco cardiovascular e tratamento e incluem atividade física, dieta saudável, perda de peso, redução da ingestão de sódio, adequada ingestão de potássio e uso moderado de álcool.

Um ponto importante e similar entre ambas é a recomendação do uso de terapia combinada de medicações em uma pílula única como tratamento inicial. A diretriz europeia recomenda fortemente e indiscriminadamente o uso da terapia combinada inicial (bloqueador do sistema renina-angiotensina + diurético tiazídico ou um antagonista de cálcio) em um único comprimido. Essa orientação é consistente com a diretriz americana, porém com a ressalva da terapia combinada inicial reservar-se a pacientes que estão 20/10 mmHg acima de suas metas de PA.

Seguindo a tendência dos últimos anos, ambas mantêm a restrição ao uso de betabloqueadores no tratamento da HAS, exceto para pacientes com comorbidades ou indicações concisas de uso dos mesmos, tais como coronariopatas ou portadores de insuficiência cardíaca.

As diretrizes diferem em suas definições de metas a serem alcançadas. Ambas concordam que em pessoas com alto risco cardiovascular a meta deve ser < 130/80 mmHg, mas a diretriz europeia orienta que a meta inicial de todos os pacientes deve ser <140/90 mmHg inicialmente, e só após este alvo alcançado, discutam-se os riscos e benefícios de ser mais rigoroso e buscar um menor valor de PA, sugerindo uma abordagem individualizada.

De forma sutil, as diretrizes passam a inserir também o uso da telemedicina na vida do paciente hipertenso. Orientam que sejam buscadas soluções digitais de saúde que possam

## Artigo Comentado





ser úteis no seguimento do mesmo, através de internet, sites e redes sociais.

### Comentários:

Ambas as diretrizes abordam uma variedade de tópicos relacionados ao diagnóstico e tratamento da hipertensão. A este respeito, existe uma concordância de mais de 90% dos conceitos entre as mesmas e um acordo geral sobre a

abordagem para reduzir a pressão arterial. Porém, discordam em pontos importantes como no próprio conceito de hipertensão arterial.<sup>1</sup>

A diretriz americana traz uma nova definição de HAS: valores maiores que 130/80 mmHg.<sup>2</sup> Uma consequência dessa definição mais rigorosa é a identificação de aproximadamente 31 milhões de adultos a mais nos Estados Unidos (14%) com diagnóstico de hipertensão; e mais de 4,2 milhões de adultos

<b>CENTRAL ILLUSTRATION</b> Comparison of American and European Society Definitions and Management of Hypertension						
Guideline Differences	 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)			 European Society of Cardiology/European Society of Hypertension (ESC/ESH)		
	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)	Systolic (mm Hg)	and/or	Diastolic (mm Hg)
Level of blood pressure (BP) defining hypertension						
Office/Clinic BP	≥ 130		≥ 80	≥ 140		≥ 90
Daytime mean	≥ 130		≥ 80	≥ 135		≥ 85
Nighttime mean	≥ 110		≥ 65	≥ 120		≥ 70
24-hour mean	≥ 125		≥ 75	≥ 130		≥ 80
Home BP mean	≥ 130		≥ 80	≥ 135		≥ 85
BP targets for treatment	< 130/80 mm Hg			Systolic targets < 140 mm Hg and close to 130 mm Hg		
Initial Combination Therapy	Initial single-pill combination therapy in patients > 20/10 mm Hg above BP goal			Initial single-pill combination therapy in patients ≥ 140/90 mm Hg		
Hypertensive requiring intervention	> 130/80 mm Hg			≥ 140/90 mm Hg		
Guideline Similarities	 ACC/AHA			 ESC/ESH		
Importance of home BP monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Take BP at home, twice in the morning and twice in the evening, in the week before clinic</li> <li>• Bring the BP machine in annually for validation</li> </ul>					
Therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrict beta blockers to patients with comorbidities or other indications</li> <li>• Initial single pill combination as initial therapy</li> </ul>					
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detect poor adherence and focus on improvement</li> <li>• BP telemonitoring and digital health solutions recommended</li> </ul>					

Bakris, G. et al. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(23):3018-26.

Figura 1 - Comparação entre as sociedades americana e europeia quanto às definições e manejo da hipertensão arterial sistêmica.



## Artigo Comentado

nos EUA (2%) serão recomendados para tratamento imediato com medicamentos.<sup>3,4</sup> Isso se traduz em maiores custos. Em contrapartida, os autores da ACC/AHA argumentam que a maioria dos pacientes recém diagnosticados com hipertensão usando os novos critérios pode ser gerenciado apenas com modificações de estilo de vida.

A diretriz da ACC / AHA diminuiu a meta da PA para todos, reforçando que jovens e idosos, devem ter o mesmo objetivo de PA (ou seja, <130/80 mm Hg); eles apontam para dados do estudo SPRINT para suportar essa afirmação, o qual evidenciou que níveis de PA sistólica < 120 mmHg quando comparado com PA sistólica < 140 mmHg resultou em menores taxas de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e morte por qualquer causa em pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares e não diabéticos.<sup>5</sup> Embora este objetivo seja possível para algumas pessoas mais velhas, não é para outras, como enfatizado pela diretriz europeia, especialmente em pacientes com redução da complacência vascular, altas pressões de pulso e episódios de hipotensão ortostática.<sup>6</sup>

É enfatizado por ambas a importância da aferição da PA fora do consultório, feita pelo paciente, o que traz benefícios na prática diária pois incentiva a autonomia e participação do mesmo em relação ao seu controle e tratamento.

Um avanço em relação ao tratamento, consiste na indicação inicial de terapia combinada em pílula única.<sup>7</sup> De fato, sabe-se que uma pílula combinada reduz o número de tomadas diárias da medicação e melhora a aderência do paciente, ponto crucial em qualquer tratamento.

Embora haja diferenças em relação a estratificação de risco cardiovascular, ambas concordam que os dados das calculadoras de risco ASCVD ou SCORE devem ser mostrados aos pacientes para que eles estejam cientes de seu risco atual e como eles serão reduzidos seguindo as sugestões de tratamento, tornando assim o paciente mais envolvido no seu processo de tratamento.

As MEV são essenciais a todos os hipertensos para redução do risco cardiovascular e tratamento. Infelizmente, muitos médicos não usam o tempo que dispõe nas consultas com essa finalidade. Essas recomendações devem sempre ser fornecidas a todos os pacientes, com uma breve explicação por um médico, enfermeiro, nutricionista ou outro profissional de saúde.

Por fim, ressalta-se que as diretrizes são recomendações e não obrigações. Elas orientam a tomada de decisão pelos profissionais de saúde em sua prática diária, sem impor nenhuma escolha, ficando a cargo do profissional, paciente e/ou cuidadores a discussão e escolha sobre a melhor abordagem.

## Referências

1. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, Jun 2019, 73 (23) 3018-3026.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018 May 15;71(19):2199-2269. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.005. Epub 2017 Nov 13.
3. Bell, K. J. L., Doust, J., & Glasziou, P. (2018). Incremental Benefits and Harms of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline. *JAMA Internal Medicine*, 178(6), 755. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0310.
4. Muntner P, Carey RM, Gidding S, et al. Potential US population impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline. *Circulation* 2018;137:109-18.
5. Berlowitz, D. R., Foy, C. G., Kazis, L. E., Bolin, L. P., Conroy, M. B., Fitzpatrick, P., Whittle, J. (2017). Effect of Intensive Blood-Pressure Treatment on Patient-Reported Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 377(8), 733–744; doi:10.1056/nejmoa1611179.
6. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39 (33):3021-3104.
7. Whelton PK, Williams B. The 2018 European Society of Cardiology / European Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology / American Heart Association blood pressure guidelines: more similar than different. *JAMA* 2018. Nov 6; 320 (17):1749-1750; doi: 10.1001/jama.2018.16755.



### TRABALHOS COM MELHOR CLASSIFICAÇÃO (1° AO 3° LUGAR) APRESENTADOS NO IX CONGRESSO PIAUIENSE DE CARDIOLOGIA, JULHO DE 2019 – TERESINA/PI NAS CATEGORIAS ORAL, PÔSTER E RELATO DE CASO

#### Categoria Tema Livre Oral

**1° lugar (empatados): TL\_55024 e TL\_55070. Prêmio de melhor trabalho na categoria oral.**

**TL\_55024**

#### **Acurácia de Parâmetros Combinados da Cintilografia de Perfusão Miocárdica em Pacientes com Doença Multiarterial Coronariana Avaliados com Reserva de Fluxo Fracionado**

*Lucas Cronemberger Maia Mendes*

*Hospital do Coração do Brasil, Brasília, DF, BRASIL.*

**Introdução:** A Cintilografia de Perfusão Miocárdica (CPM) é um método não invasivo estabelecido na avaliação da repercussão de doença arterial coronariana (DAC), a despeito de uma possível subestimação em pacientes multiarteriais. A dilatação isquêmica transitória (TID) e a queda da fração de ejeção no pós estresse (QFEPE) são ferramentas úteis, porém de performance diagnóstica variada, e são tradicionalmente comparadas com exames anatômicos. **Objetivo:** Verificar se a TID ou a QFEPE aumentam a acurácia da CPM na detecção de isquemia em pacientes multiarteriais, quando comparados com a reserva de fluxo fracionado coronariano (FFR), considerado hoje em dia como “padrão ouro”.

**Métodos:** Análise retrospectiva a partir de banco de dados prospectivo. Critérios de inclusão: doença multiarterial (>50% em segmento proximal ou médio, em pelo menos 2 coronárias maiores) submetidos a CPM e FFR em um intervalo de 3 meses. Critérios de exclusão: intervenção coronariana no intervalo entre a realização dos exames. TID foi considerado alterado quando >1,16 e 1,22, para estresse físico e farmacológico com dipiridamol, respectivamente; e QFEPE, quando houve queda >5% entre as fases de repouso e pós-estresse. A acurácia da CPM, TID e QFEPE foi

comparada com os dados do FFR. A performance diagnóstica foi avaliada através da área abaixo da “Receiving Operative Characteristic Curve “(cROC). **Resultados:** Foram analisados 39 pacientes, média de idade de 63,3 anos; 74% masculino; DAC triarterial em 41%; e doença de tronco de coronária esquerda em 25,6%. Considerando separadamente CPM, QFEPE e TID, a sensibilidade foi de 60%, 52% e 4%; especificidade 85,7%, 78,6% e 85,7%; valor preditivo negativo: 54%, 47% e 33%; e valor preditivo positivo de 88%, 81% e 33%. Quando comparada com a análise isolada da perfusão miocárdica pela CPM, a QFEPE aumentou a sua acurácia (área abaixo da cROC = 0,757 versus 0,729,  $p = 0,008$ ), mas a adição da TID não acrescentou aos dois anteriormente citados (área abaixo da cROC = 0,741,  $p = 0,013$ ). **Conclusão:** Baseado nos dados de FFR em nossa população, a QFEPE parece ser útil em acréscimo à avaliação perfusional pela CPM, diferentemente da TID. Estudos prospectivos e com uma amostra maior de pacientes são necessários para a confirmação de nossos achados.

---

**TL\_55070**

#### **Efeito da Estimulação Colinérgica Central e Periférica sobre a Pressão Arterial e Frequência em Ratos com Hipertensão Arterial Induzida por L-Name**

*Mickael Laudrup de Sousa Cavalcante, Gisele Lopes Cavalcante, José Virgulino de Oliveira Lima, Emanuelle Alves de Sousa Costa, Moisés Tolentino Bento da Silva e João Paulo Jacob Sabino*

*Universidade Federal do Piauí, Teresina, BRASIL.*

A hipertensão arterial acomete milhões de pessoas no mundo e acarreta altos gastos públicos, nesta doença ocorre um aumento da atividade simpática e redução da atividade parassimpática. A hiperatividade simpática na hipertensão arterial vem sendo exaustivamente investigada, levando ao desenvolvimento de abordagens farmacológicas com o intuito

## Trabalhos com Melhor Classificação

de atenuar o aumento do sistema nervoso simpático. Por outro lado, a administração utilização de métodos farmacológicos, como por exemplo, administração de anticolinesterásicos (piridostigmina e donepezila) que possam prevenir a redução do tono parassimpático na hipertensão arterial não vem recebendo a mesma atenção. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito da estimulação da função parassimpática, por meio da administração de brometo de piridostigmina (com ação periférica) e donepezila (com ação central) em ratos com hipertensão induzida por L-NAME. Os animais foram divididos em 4 grupos experimentais: I) Água; II) L-NAME; III) L-NAME + Piridostigmina; IV) L-NAME + Donepezila. Foi realizada a medida indireta da pressão arterial sistólica (PAS) e frequência cardíaca (FC), por meio de plestismógrafo de cauda. Em todos os grupos a PAS e FC foram verificadas nos dias 0 (medida basal), 2, 7 e 14 após o início do tratamento de L-NAME. Os animais iniciaram o tratamento com piridostigmina ou donepezila após o segundo dia de tratamento com L-NAME. Apenas os animais que apresentaram, no segundo dia, uma elevação da PAS maior que 25 mmHg foram incluídos nos grupos hipertensos. Os resultados mostraram que o L-NAME promoveu um aumento progressivo na PAS (178 mmHg) ao longo dos quatorze dias de tratamento, quando comparado a medida basal (115 mmHg). O tratamento com piridostigmina (D 44 mmHg) ou donepezila (D 42 mmHg) preveniu parcialmente o aumento da PAS. A FC não foi afetada pela administração de L-NAME, piridostigmina ou donepezila. Assim, conclui-se que a estimulação do sistema nervoso parassimpático por meio da administração de anticolinesterásicos com ação central ou periférica foi eficiente em prevenir o aumento da PAS em ratos com hipertensão arterial induzida por L-NAME.

### 2° lugar: TL\_54998 Avaliação de Práticas Baseadas em Evidência Através de Uma Estratégia Multifacetada em Pacientes de Alto Risco Cardiovascular: Substudo do Multicêntrico Bridge Prevention

*Alysson V Oliveira Castro, Luis Fernando C Gomes, Joao G O Freitas, Caio V V M Furtado, Igor L V Caetano e Carlos Eduardo Batista de Lima*

*Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL - Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL – Centro de Pesquisa Cardiolima, Teresina, PI, BRASIL*

**Introdução:** As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade no Mundo. Entretanto, o uso de estratégias farmacológicas para preveni-las na prática clínica permanece aquém do esperado. **Objetivos:** Avaliar o impacto de uma estratégia educacional multifacetada na aderência a diretrizes locais para prescrição de intervenções baseadas em evidência para pacientes de alto risco cardiovascular (estatinas, aspirina e IECA) em um período de 12 meses. **Métodos:** Inclui-se pacientes maiores de 40 anos e de alto risco cardiovascular, ou seja, evidências de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral/acidente isquêmico transitório e/ou doença arterial periférica, excluindo-se os portadores de fibrilação atrial ou em uso de medicações anticoagulantes além de pacientes que não assinaram o termo livre de consentimento para coleta de dados. Aplicou-se as ferramentas em visitas de admissão e de seguimento em 6 e 12 meses, coletando-se dados a partir de prontuário e de breve entrevista. Foi realizada a análise descritiva dos dados clínicos, terapêuticos e de eventos clínicos. **Resultados:** Dentre 231 pacientes avaliados no período de março a agosto de 2017, foram incluídos 25 pacientes, sendo 21 (84%) por DAC, 5 (20%) AVC/AIT, 2 (8%) DAP. A média de idade foi de 69,88 ± 12,33, 80% eram do sexo masculino, e, dentre os fatores de risco cardiovasculares, os mais prevalentes foram HAS (84%) e dislipidemia (72%). Em relação ao uso de terapia baseada em evidências, houve incremento nos níveis de prescrições ao longo do seguimento, sendo o de estatinas de 72% na admissão, para 87,50% aos 6 meses e 90% dos pacientes aos 12 meses. Da mesma forma, houve aumento da prescrição de IECA/BRA (76%, 91,67%, 95%), antiplaquetários (80%, 100%, 100%) e betabloqueadores (60%, 100%, 100%), além da terapia tudo ou nada que estava presente em 56% dos pacientes na admissão e subiu para 78,25%, aos 6 meses, e, 84,21%, aos 12 meses. Houve ainda melhora de parâmetros laboratoriais e clínicos (PA, glicemia em jejum, LDL-c, HbA1C). Dentre os desfechos pesquisados, houve um óbito por causa cardiovascular e um IAM não fatal. **Conclusão:** Nessa casuística, a utilização da ferramenta de orientação terapêutica baseada em evidências científicas proporcionou melhora no nível de prescrição medicamentosa recomendada, havendo consequente melhoria nos parâmetros clínicos e laboratoriais dos pacientes de alto risco cardiovascular.

### 3° Lugar: TL\_55102

# Conhecimento Confiante sobre Hábitos Saudáveis e Comportamentos de Risco à Saúde Cardiovascular entre Crianças Escolares

*Maria Andréia Brito Ferreira Leal e Carlos Eduardo Batista de Lima*

*Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL; Programa de Pós-graduação Saúde e Comunidade*

**Introdução:** Hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde cardiovascular presentes na infância, representam um relevante problema de saúde pública à medida que aumentam o risco para surgimento precoce de comorbidades e desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais na vida adulta. Acredita-se que o conhecimento de crianças sobre hábitos saudáveis e comportamentos de risco cardiovascular, pode contribuir para a incorporação de boas práticas de saúde que se prolongam por toda vida, contudo investigações dessa natureza ainda são limitadas. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento confiante sobre hábitos saudáveis e comportamentos de risco à saúde cardiovascular entre crianças. **Métodos:** Estudo transversal, com 397 crianças de 7 a 11 anos, do Programa Saúde na Escola, realizado no município de Teresina/PI, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº. 2.308.923. O conhecimento sobre hábitos saudáveis e comportamentos de risco cardiovascular foi avaliado utilizando-se o questionário CardioKids e o nível de confiança utilizando-se uma escala pictórica do tipo Likert. O conhecimento confiante foi obtido a partir da multiplicação dos escores do conhecimento pelo nível de confiança informado em cada item. Utilizou-se Regressão de Poisson na análise multivariada com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), sendo incluídas nesse modelo as variáveis com associação ao nível de 20% ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada. **Resultados:** Verificou-se elevado conhecimento com percentual médio total de acerto de 84,3%, porém um conhecimento confiante inferior com média percentual total de 74,1% de confiança nas respostas corretas. Na análise multivariada, o menor conhecimento confiante prevaleceu entre escolares da 1ª à 3ª séries (RP=2,069; IC95% 1,063-4,027). **Conclusão:** As crianças apresentaram elevado conhecimento sobre hábitos saudáveis e comportamentos

de risco à saúde cardiovascular, contudo um conhecimento confiante deficiente a respeito de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde cardiovascular, sugerindo-se repensar iniciativas de educação em saúde cardiovascular no contexto escolar, especialmente entre crianças de séries iniciais, a fim de contribuir para que essa população se aproprie de saberes que conduzam a mudanças de comportamentos, bem como a promoção da saúde cardiovascular.

### Categoria Poster

### 1° Lugar: TL 55021. Prêmio de melhor trabalho na categoria Pôster. Influência da Vitamina D na Insuficiência Cardíaca

*Milla Dantas Martins Rodrigues Xavier e Júlio César Ayres Ferreira Filho*

*FACID, Teresina, PI, BRASIL.*

A insuficiência cardíaca (IC) é uma questão de saúde pública mundial. Estudos implicam vias através das quais a vitamina D pode afetar a função cardiovascular e influenciar o risco de IC, e demonstraram melhora na sobrevida com a sua suplementação em pacientes com IC. Baixas concentrações de vitamina D estão relacionadas a indicadores de IC grave, como alto escore de NYHA, à pior qualidade de vida e menor desempenho funcional, contribuindo na causa e na progressão da IC. O objetivo principal desse estudo foi avaliar a relação entre o nível sérico de vitamina D e a classe funcional da NYHA. Os objetivos específicos foram relacionar os níveis séricos de vitamina D com a idade e avaliar a prevalência de hipovitaminose D nos pacientes portadores de IC internados em hospital de urgência de Teresina-PI. O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi realizada com 41 pacientes ( $\alpha = 0,05$ ) de julho a setembro de 2018 através da dosagem sérica da 25-hidroxivitamina D e da análise dos prontuários em Hospital de Urgência de Teresina-PI. Os dados foram organizados com o Microsoft Office Excel® versão 2017, analisados com o R EStatistic 3.4.4 através dos testes z para proporção e do coeficiente de correlação, e os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas confeccionados com Microsoft Office Excel® versão 2017. Quanto à idade, notou-se uma proporção inversa entre o nível sérico de vitamina D e a

## Trabalhos com Melhor Classificação

---

idade ( $r = -0,537$ ). Entre os pacientes com IC avaliados no estudo, 59% estava com hipovitaminose D. Em relação à classe funcional da NYHA, observou-se que, entre os pacientes com classes funcionais NYHA I e II, 57% e 64%, respectivamente, tinham vitamina D normal; nas classes III e IV, 58% e 67%, respectivamente, tinham hipovitaminose D. O nível sérico de vitamina D varia de forma inversa à idade nos pacientes com insuficiência cardíaca ( $r = -0,537$ ). Os resultados não tiveram nível de significância suficiente com essa amostra para concluir a prevalência de hipovitaminose D nessa classe de pacientes ( $p = 0,1851$ ). Esse estudo não obteve valores estatisticamente significativos para demonstrar a relação entre os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D e a classe funcional da NYHA. As limitações desse estudo foram o custo elevado dos exames laboratoriais e o período restrito de realização da pesquisa, culminando em uma amostra reduzida e interferindo, assim, na significância nos testes estatísticos.

### 2° Lugar: TL 55076 Perfil Clínico e Evolutivo Intra-Hospitalar de Pacientes Submetidos a Cateterismo Cardíaco em Hospital Universitário.

*Caubi Medeiros de Araújo, Paulo Marcio de Sousa Nunes, Jonatas Melo Neto, Thiago Nunes Pereira Leite e Carlos Eduardo Batista de Lima*

*Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL*

**Introdução:** O cateterismo cardíaco (CATE) é o método padrão-ouro para diagnóstico de doença coronariana. Visto a importância do método no contexto da DCA, a compreensão de suas principais limitações deve ser de conhecimento do serviço de hemodinâmica. Objetivo: Analisar o perfil clínico e evolutivo intra-hospitalar em até 48 horas de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco no Hospital Universitário do Piauí. **Métodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A população estudada foi constituída de todos os pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco no HU-UFPI no período de março de 2016 a agosto de 2018. A coleta de dados foi feita por meio do preenchimento de formulário pré-elaborado que contemplou aspectos clínicos e epidemiológicos além do perfil evolutivo em 48 horas. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft

Office Excel e analisados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. **Resultados:** Dos 552 pacientes avaliados, 141 (25,5%) foram submetidos à intervenção coronariana percutânea (ICP) e 411 (74,5%) ao cateterismo cardíaco diagnóstico (CATE). Prevalência do sexo masculino (58,9% e 51,8%), nos grupos ICP e CATE, respectivamente. A média de idade foi de  $67,1 \pm 11,6$  anos no grupo ICP e  $61,3 \pm 12,5$  no grupo CATE. Hipertensão arterial sistêmica foi o fator de risco mais prevalente, seguida de dislipidemia, tabagismo e diabetes. As indicações mais comuns de ICP foram síndrome coronariana aguda (56%) e do CATE foram teste isquêmico positivo (36,6%) e pré-operatório de cirurgia cardíaca (29,4%). Verificou-se, nos submetidos ao CATE, que 5,60% do total apresentaram algum tipo de complicação, 2,43% de alguma gravidade maior e 0,24% óbito. A taxa de óbito total foi de 0,37%. **Conclusão:** Houve predominância do sexo masculino. Os três fatores de risco para doença cardiovascular mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e tabagismo. A principal indicação para a realização do procedimento foi DAC estável com teste isquêmico não invasivo positivo. A taxa de óbito e de complicações foi baixa, além disso, foi compatível com a literatura nacional.

### 3° lugar: TL 54992 Distúrbio do Sono em Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca

*Caroline de Paulo Tajra, Vitoria Helena Lacerda C de Ferraz Rego, Rodrigo Dib de Paulo Tajra, Rumao Olivio Silva Neto, João Pedro Silva de Moraes e Antonio Dib Tajra Filho*

*Clinica Endocardio, PI, Brasil - Hospital São Paulo, PI, Brasil.*

**Introdução:** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é definida como sono com episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores. O paciente com AOS têm o dobro da prevalência de doença arterial coronariana, decorrente do processo inflamatório, disfunção endotelial, geração de radicais livres e oxidação de lipoproteínas e ativação do sistema nervoso simpático. **Métodologia:** Estudo observacional transversal e qualitativo. A coleta foi através do questionário de Berlim, questionário validado para reconhecer AOS. Serão incluídos, em nossa pesquisa, pacientes adultos (maiores de 18 anos de idade), que concordarem em assinar o TCLE submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital São Paulo na cidade de Teresina-PI.



O presente foi aprovado pelo comitê de ética, respeitando a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde. Os dados foram agrupados e organizados em softwares como o Excel e foi feita a análise dos mesmos através do EpiInfo versão 7.1.5 e do STATA 14. **Resultados:** Foram entrevistado 20 pacientes dos quais 75% tinha mais de 60 anos, em sua maioria do sexo masculino (80%), com fundamental completo (87,5%), 70% aposentado, 20% lavrador e 10% pescador. Com antecedentes patológicos de 40% apresentam diabetes, 30% dislipidemia, 55% hipertensão arterial, 40% etilista crônico, 40% pratica atividade física e 45% tabagista. Com diagnóstico pré-operatório de 78,9% com doença arterial coronariana e 21,1% com valvulopatia. Sendo realizado o procedimento cirúrgico de angioplastia em 12,5%, cateterismo cardíaco 37,5% e revascularização do miocárdio em 50%. Medicação em uso 50% usa IECA OU BRAII, 15% fazem uso de antiagregante plaquetário, 70% betabloqueadores, 30% diuréticos, 30% hipoglicemiantes, 40% estatinas. De acordo com o questionário aplicado aos pacientes 70% apresenta baixo risco de apneia obstrutiva do sono e 30% apresentam alto risco. **Conclusão:** Conclui-se então, que há uma marcante associação entre problemas do sono, especialmente a AOS e doenças cardiovasculares.

### Categoria Relato de Caso

**1° lugar: TL 55095. Prêmio de melhor trabalho na categoria relato de caso.**

#### **Avaliação de Dessincronia Ventricular e Resposta à Terapia de Ressincronização Cardíaca Através da Cintilografia de Perfusão Miocárdica**

*Lucas Cronemberger Maia Mendes, Wing Harrison Carvalho Lima E Joubert Ariel Pereira Mosquera*

*Hospital do Coração do Brasil, Brasília, BRASIL.*

**Introdução:** A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) surgiu como opção para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) sintomática avançada, disfunção sistólica grave e QRS alargado (>120ms). Entretanto, 20-30% dos pacientes com QRS alargado não respondem ao tratamento. Vários métodos de imagem têm sido usados na tentativa de melhor selecionar

pacientes que se beneficiam deste dispositivo, através do estudo de sincronismo ventricular, como o ecocardiograma (doppler tecidual e speckle tracking) e a ressonância magnética, com capacidade de predição de resposta à TRC bastante variável. A cintilografia de perfusão miocárdica, com a técnica de análise de fase é operador independente, além de possibilitar a avaliação da viabilidade miocárdica (e, portanto, auxiliando na melhor localização de eletrodos, ao localizar o último segmento ventricular a se contrair, baseado no mapa polar). O valor de corte de 135 graus para o alargamento de banda (HBW) pode prever a resposta clínica à TRC com sensibilidade e especificidade de 70%. Já no caso do desvio-padrão (SD) esse valor chega a 74%, com o uso de ponto de corte em 43 graus. Relato de Caso: FTO, masculino, diabético tipo 2, dislipidêmico e hipertenso. Histórico de infarto agudo do miocárdio anterior oligossintomático não tratado adequadamente em 2004. Evoluiu com disfunção do ventrículo esquerdo (Fração de Ejeção de 30%), bloqueio átrio-ventricular 2:1 e taquicardia ventricular não sustentada ao holter, mais de 90 dias após IAM. Foi submetido a cardiodesfibrilador implantável (CDI) em 2013. Vinha em tratamento clínico otimizado para IC, porém evoluiu com aumento do pace do marcapasso, de 30 para 80-90%, e alargamento do QRS, além de piora da classe funcional (CF), culminando em 3 internações entre 2017 e 2018. Houve melhora temporária da CF (de III para II) após troca de enalapril por sacubitril, valsartana, porém voltou ao quadro prévio alguns meses depois. Foi submetido a avaliação de dissincronia pela CPM, evidenciando alterações preditoras de boa resposta ao ressincronizador: SD = 92,6 graus; HBW = 317 graus. Após incremento do dispositivo, passou a apresentar CF I, com melhora eletrocardiográfica. CPM de controle demonstrou efetiva melhora na sincronia intraventricular (SD = 66,4 graus; HBW = 221 graus). Conclusão: trata-se de caso de comprovação de dissincronia ventricular pela CPM, com adequada predição de melhora clínica com uso de TRC.

**2° Lugar: TL 54399**

#### **Tempestade Elétrica como Manifestação Inicial de Miocardiopatia Não Compactada em Puerpera**

*Lucas Capia Castro de Carvalho, Fernanda Belem Silva, Camila Camarco Batista e Marcos Roberto Queiroz França*

*Hospital Universitário da universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL.*

**Introdução:** A miocardiopatia não compactada é uma doença rara, classificada como cardiomiopatia primária de origem genética. Sua prevalência varia de 0,014 a 1,3% em pacientes encaminhados para estudo ecocardiográfico chegando a 4% nos portadores de insuficiência cardíaca. Caracteriza-se por numerosas trabeculações e proeminentes recessos intertrabeculares que penetram profundamente o miocárdio formando uma parede ventricular espessada. Pode apresentar-se de forma assintomática até manifestações como tromboembolismo, insuficiência cardíaca, arritmia ventricular, supraventricular e morte súbita. **Relato de Caso:** Paciente de 34 anos, feminino, negra, trabalhadora, sem comorbidades prévias ou uso de medicações, deu entrada no pronto-socorro de uma maternidade de referência em 37ª semana de gestação com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia leve motivo pelo qual foi induzido o parto vaginal. No primeiro dia pós-parto, durante amamentação, apresentou quadro de síncope sem sintomas precedentes, seguida de 32 paradas cardiorrespiratórias em ritmo de fibrilação ventricular. Realizou-se manobras de ressuscitação cardiopulmonar, desfibrilações com êxito e infusão de amiodarona endovenosa. Permaneceu 2 dias em ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva evoluindo bem. O eletrocardiograma (ECG) após estabilização clínica evidenciou QT longo, ecocardiograma: FEVE: 49%, hipocontratibilidade miocárdica difusa e movimento assíncrono do septo interventricular. No exame laboratorial evidenciou hipocalcemia ( $K^+$ : 3.0mmol/L) e recebeu reposição venosa. Após extubação e melhora clínica, foi transferida a um hospital terciário de referência para prosseguir investigação. Realizou Holter ECG 24 horas, que evidenciou variabilidade da frequência com valores limítrofes (SDNN= 71ms) e o intervalo QT mostrou-se prolongado (QTc 455-484ms), além de investigação complementar com RNM miocárdica cujos achados foram aumento da trabeculação do VE com relação MNC/NC 4,3 e massa não compactada correspondendo a 50% da massa total do VE. Após tais achados, foi decidido por implante de cardiodesfibrilador (CDI), recebeu alta para seguimento ambulatorial em uso de enalapril 10mg, amiodarona 200mg, propranolol 80mg, e foi orientada a investigação ambulatorial de todos os parentes de 1º grau. **Conclusão:** A MNC tem grande variabilidade na forma clínica, sua principal causa de óbito é a morte súbita devido a arritmia ventricular. Portanto, faz-se necessária, a avaliação minuciosa para o implante de CDI.

### 3º Lugar: TL 55041 Raro Caso de Tamponamento Cardíaco como Manifestação Inicial de Lúpus Eritematoso Sistêmico

*Guilherme Marconi Guimaraes M Holanda, Erica Helena Torres Reis, Ilanne Saraiva de Arêa Leão Costa E Jose Itamar Abreu Costa*

*Hospital Itacor, Teresina, PI, BRASIL - Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, BRASIL.*

**Introdução:** Dentre as manifestações cardíacas do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), destaca-se a pericardite, presente em aproximadamente 30% dos pacientes, comumente levando a derrame pericárdico de volume discreto a moderado. Por outro lado, é raro o desenvolvimento de derrame pericárdico volumoso o suficiente para causar tamponamento cardíaco. Em uma série de casos com mais de 1300 pacientes com LES, tamponamento cardíaco foi encontrado em apenas 0,8% dos casos, sendo ainda mais raro como manifestação inicial. **Descrição do Caso:** Paciente feminina, 41 anos, dá entrada ao pronto socorro com queixa de dispnéia progressiva há 1 mês, diminuição da resistência física, episódios de epigastralgia associada a plenitude precoce, palpitações e edema de membros inferiores. Ao exame físico apresentava-se com ritmo cardíaco irregular taquicárdico com presença de terceira bulha à ausculta, além de murmúrios vesiculares reduzidos em base bilateralmente e edema de membros inferiores 2+/4+. Avaliação ecocardiográfica revelou derrame pericárdico de grau importante com sinais iniciais de restrição ao enchimento diastólico, insuficiência tricúspide discreta e derrame pleural à esquerda. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo era de 70%. Foi prontamente realizada drenagem pericárdica por meio de pericardiotomia e colocação de dreno, com saída imediata de 700 ml de líquido seroso, e posterior débito de dreno de 200 ml em 10 horas. Biópsia de pericárdio foi realizada no mesmo procedimento. A paciente recebeu cuidados em Unidade de Terapia Intensiva por dois dias, evoluindo bem. Durante a investigação, duas entidades clínicas eram diagnósticos diferenciais possíveis: disfunção tireoideana e LES, aquela sendo descartada por dosagem normal de TSH e T4 livre. A positividade de diversos marcadores imunológicos confirmou o diagnóstico de LES (Fator antinuclear padrão misto nuclear homogêneo

e pontilhado fino título 1:320, Anti SSA/Ro reagente – 123 U/ml, Anti DNA nativo reagente 1:80, Anti SSB/LA reagente 320U/ml, Anticoagulante lúpico presente, dentre outros). O fragmento de pericárdio biopsiado apresentou leve infiltrado inflamatório linfomononuclear. Atualmente a paciente

segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** Derrame pericárdico relacionado ao LES deve ser lembrado como uma rara, mas possível, causa de tamponamento cardíaco mesmo em pacientes sem diagnóstico prévio ou história sugestiva de LES.



## Mensagem do Presidente

---

Já foram iniciados os preparativos para o XXXIX Congresso Norte Nordeste de Cardiologia e XXVIII Congresso Paraense de Cardiologia que acontecerá no período de 24 a 26 de outubro de 2019 no Hangar Centro de Convenções e Feiras da Amazônia em Belém do Pará. Será por certo um grande evento, proporcionando aos cardiologistas e colegas de áreas afins uma atualização científica de alto nível e uma oportunidade imperdível de desfrutar das belezas da Amazônia. Coube à sociedade Paraense de Cardiologia a honra e a responsabilidade pela organização local do evento. O evento tem como público alvo todos os profissionais e estudantes das áreas de medicina, educação física, fisioterapia, nutrição e enfermagem. Elaboramos uma programação com abordagem ampla dos temas da cardiologia, acrescida de Simpósios específicos nas áreas de cardiologia intervencionista, arritmias, imagem e áreas afins (educação física, enfermagem, nutrição e fisioterapia). Contaremos com a participação de convidados nacionais elevando o nível de excelência do evento. Além do esmero científico que empenharemos em lhes proporcionar, estamos trabalhando no sentido de construir um grande encontro social dentro dos elementos da natureza que exaltam a singularidade de nossa cidade. Contamos com a presença de todos, neste promissor evento, que desde já, conta com o nosso total envolvimento e dedicação para construir com sucesso este propósito.

Saudações,

**Dr. Moacyr Magno Palmeira**

Presidente da Sociedade Paraense de Cardiologia e Presidente do XXXIX Congresso Norte Nordeste de Cardiologia e  
XXVIII Congresso Paraense de Cardiologia

### Transplante Cardíaco no Piauí, Um Breve Relato

Iniciamos a indicar transplantes de corações em piauienses em 1993 quando foi transplantada a jovem MBA (PICOS) no Incor em São Paulo. Posteriormente, P.I.N\*São João da Canabrava no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – SP e O.B.T\* procedente de PICOS encaminhado para Brasília. No Piauí, o paciente JR (procedente de BALSAS, cidade do interior do Maranhão), portador de Miocardiopatia Dilatada Biventricular, foi submetido a transplante de coração no Hospital Santa Maria pela equipe do Dr. Antônio Dib Filho; ele foi um dos 19 (dezenove) transplantados no Piauí entre 11 de set de 2001 e novembro de 2009. Retorna para sua cidade de origem e depois de alguns anos faleceu, vítima de um acidente automobilístico. JR era filho de Uruçuí, porém residia há anos em Balsas Maranhão, onde foi acometido por enfermidade grave: Miocardiopatia Dilatada Biventricular. Ele era comerciante e chamado José do Rolo, por viver de troca, trocava tudo por tudo. Quando chegou em Teresina, montou no antigo Mercado do Cajueiro uma venda de carne do sol. Infelizmente, o Hospital Santa Maria teve que fechar o serviço de transplante, e nos dias atuais, não esse serviço não é mais fornecido aos Piauienses. Esperamos que o Hospital Getúlio Vargas ou o Hospital Universitário da UFPI, tenham condições de contemplar serviços de cirurgia cardíaca voltados para correções das mais diversas patologias congênitas, e que seja, também criado um serviço para que seja possível transplantar os corações dos irmãos necessitados do nosso estado.

**José Itamar Abreu Costa**

Cardiologista do Hospital Itacor em Teresina -Piauí

Co-editor da RNNC – Memórias da SNNC