



ABC Cardiol

Journal of Brazilian Society of Cardiology

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 113, Nº 3, Suplemento 2, Setembro 2019

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXXI CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO



MEDCARDIO
Cirurgiões Cardiovasculares do ES





ABC Cardiol

Journal of Brazilian Society of Cardiology

Diretor Científico

Dalton Bertolim Prêcoma

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Cardiologia Cirúrgica

Tirone David

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/ Congênitas

Ieda Biscegli Jatene

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos

João Luiz Cavalcante

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exterior

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

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

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

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

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

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Cândida Fonseca – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

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

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

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

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

Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal

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

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

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

Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha

Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica

Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – Estados Unidos

Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – Estados Unidos

Piero Anversa – University of Parma, Parma – Itália

Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Oscar Pereira Dutra

Vice-Presidente

José Wanderley Neto

Presidente-Eleito

Marcelo Queiroga

Diretor Científico

Dalton Bertolim Prêcoma

Diretor Financeiro

Denilson Campos de Albuquerque

Diretor Administrativo

Wolney de Andrade Martins

Diretor de Relações Governamentais

José Carlos Quinaglia e Silva

Diretor de Tecnologia da Informação

Miguel Antônio Moretti

Diretor de Comunicação

Romeu Sergio Meneghelo

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Diretor de Qualidade Assistencial

Evandro Tinoco Mesquita

Diretor de Departamentos Especializados

Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

Diretor de Relação com Estaduais e Regionais

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Fernando Augusto Alves da Costa

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Carlos Eduardo Rochitte

Editor-Chefe do International Journal of Cardiovascular Sciences

Claudio Tinoco Mesquita

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Edvaldo Ferreira Xavier Júnior

SBC/AM – João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

SBC/BA – Emerson Costa Porto

SBC/CE – Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

SBC/DF – Ederaldo Brandão Leite

SBC/ES – Fatima Cristina Monteiro Pedroti

SBC/GO – Gilson Cassem Ramos

SBC/MA – Aldryn Nunes Castro

SBC/MG – Carlos Eduardo de Souza Miranda

SBC/MS – Christiano Henrique Souza Pereira

SBC/MT – Roberto Candia

SBC/NNE – Maria Alayde Mendonca da Silva

SBC/PA – Moacyr Magno Palmeira

SBC/PB – Fátima Elizabeth Fonseca de Oliveira Negri

SBC/PE – Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

SBC/PI – Luiza Magna de Sá Cardoso Jung Batista

SBC/PR – João Vicente Vitola

SBC/RN – Sebastião Vieira de Freitas Filho

SBC/SC – Wálmore Pereira de Siqueira Junior

SBC/SE – Sheyla Cristina Tonheiro Ferro da Silva

SBC/TO – Wallace André Pedro da Silva

SOCERGS – Daniel Souto Silveira

SOCERJ – Andréa Araujo Brandão

SOCERON – Fernanda Dettmann

SOCESP – José Francisco Kerr Saraiva

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – Maria Cristina de Oliveira Izar

SBC/DCC – João Luiz Fernandes Petriz

SBC/DCC/CP – Andressa Mussi Soares

SBC/DCM – Marildes Luiza de Castro

SBC/DECAGE – Elizabeth da Rosa Duarte

SBC/DEIC – Salvador Rassi

SBC/DERC – Tales de Carvalho

SBC/DFCVR – Antoinette Oliveira Blackman

SBC/DHA – Rui Manuel dos Santos Povoá

SBC/DIC – Marcelo Luiz Campos Vieira

SBCCV – Rui Manuel de Sousa S. Antunes de Almeida

SOBRAC – Jose Carlos Moura Jorge

SBHCI – Viviana de Mello Guzzo Lemke

DCC/GAPO – Pedro Silvio Farsky

DERC/GECESP – Antonio Carlos Avanza Jr

DERC/GEEN – Rafael Willain Lopes

DERC/GERCPM – Mauricio Milani

DCC/GECEI – Luiz Bezerra Neto

DCC/GECCO – Roberto Kalil Filho

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DCC/GEMCA – Roberto Esporcatte

DEIC/GEMIC – Fabio Fernandes

DCC/GERTC – Juliano de Lara Fernandes

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 113, Nº 3, Suplemento 2, Setembro 2019

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



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

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Tecnologia da Informação e

Comunicação

Núcleo Interno de Design

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

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

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



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia

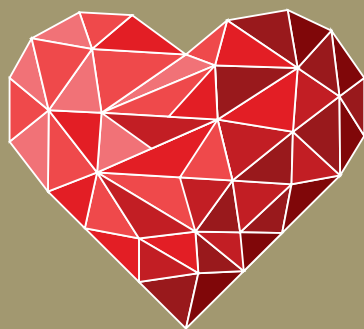




Resumo das Comunicações

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

VITÓRIA - ESPÍRITO SANTO



XXXI

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

PEDRA AZUL • DOMINGOS MARTINS/ES



22 a 24 de
agosto de 2019



Hotel Eco da Floresta
Pedra Azul, Domingos Martins/ES



55021

Assistência a casos de dor torácica pelo serviço de atendimento móvel de urgência (samu) no Espírito Santo

ANA PAULA ORTELAN ZANOTTI, JAMILLE DO AMARAL SANTOS, SIMONE KARLA APOLONIO DUARTE, JULIANNA VAILLANT LOUZADA OLIVEIRA, LEONARDO FRANÇA VIEIRA, LUCIANA CARRUPT MACHADO SOGAME, CAIO DUARTE NETO e ROBERTO RAMOS BARBOSA

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

Introdução: A dor torácica é o sintoma cardinal do infarto agudo do miocárdio (IAM), e é uma das principais causas de procura de assistência médica em serviços de emergência. O IAM é a primeira causa de morte no Brasil, com cerca de 100 mil óbitos anuais. O adequado atendimento pré-hospitalar de casos suspeitos é o passo fundamental para a redução da mortalidade por causas cardiovasculares. **Objetivo:** Avaliar as ocorrências para o sintoma de dor torácica atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em relação a perfil epidemiológico e mortalidade pré-hospitalar. **Métodos:** Estudo transversal com coleta de dados retrospectivos dos boletins de ocorrência de atendimentos pré-hospitalares do SAMU do Espírito Santo, realizados entre janeiro e outubro de 2015. A seleção da amostra ocorreu por meio do processo de amostragem aleatória sistemática, com intervalo de seleção preestabelecido. Dentre a amostra total, foram incluídos indivíduos ≥ 18 anos com dor torácica como principal sintoma que motivou a solicitação. Foram excluídos boletins de ocorrência incompletos ou com atendimento médico não realizado. As variáveis analisadas contemplaram dados clínicos e epidemiológicos, relacionando-os à assistência e ao desfecho. **Resultados:** Foram incluídos 2.511 boletins de ocorrência do SAMU, dos quais 107 casos 4,3% foram de dor torácica e compuseram a amostra analisada. A média de idade foi de $56,2 \pm 17$ anos, sendo a faixa etária mais prevalente de 55 a 64 anos 22,4%. Houve predomínio do sexo masculino 55,1%, o município de origem mais frequente foi a Serra 25,2%, e o dia da semana foi a quinta-feira 16,8%. A gravidade foi classificada como verde em 5,6% dos casos, amarelo em 57,9% e vermelho em 17,7%. Houve necessidade de ressuscitação cardiopulmonar pré-hospitalar em 0,9%. Transporte a algum serviço de saúde foi realizado em 89,7%, enquanto 9,3% foram liberados no local e 2,8% recusaram atendimento. Nenhum óbito foi constatado em nível pré-hospitalar. **Conclusão:** Dor torácica correspondeu a uma parcela pequena do total de casos atendidos pelo SAMU, e a maioria foi transferida para continuação da assistência numa instituição hospitalar. Há uma necessidade de educação da população, visto que o reconhecimento precoce do IAM apresenta benefícios de redução de mortalidade.

55767

Impacto do treinamento prático em eletrocardiografia com simulação realista para alunos de medicina

MATEUS DAROZ GONÇALVES, INGRID ARDISSON COLODETE, LARISSA ROSA PASSOS, PAULO EDUARDO DE MIRANDA ALVIM, LUDMILA RIBEIRO BRAMBATI, RAFAEL TARDIN ALVES BELLON, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, ROBERTO RAMOS BARBOSA e LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA

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

Introdução: O eletrocardiograma é um instrumento muito usado na prática médica para identificação e diagnóstico de várias patologias cardiovasculares, mas seu aprendizado mostra-se desafiador no ensino médico. Existem déficits na formação médica em relação à interpretação das principais alterações eletrocardiográficas. Atividades práticas têm se destacado por melhorar o aprendizado de médicos e estudantes de medicina. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do treinamento teórico-prático em eletrocardiografia na forma de workshop para estudantes de medicina. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio da análise de dados colhidos de questionários aplicados antes e após a realização do Workshop de Interpretação de Eletrocardiograma para alunos de medicina. O workshop conteve um alinhamento teórico de 30 minutos, seguido de três estações práticas de 20 minutos com simulação realista voltadas para a interpretação eletrocardiográfica aplicada em casos clínicos. Os testes pré e pós treinamento foram idênticos, com dez perguntas abrangendo campos diversos da eletrocardiografia. Um questionário de satisfação com o treinamento e o método contendo cinco perguntas foi aplicado ao final, com respostas possíveis de um a cinco, sendo um menos satisfeito e cinco mais satisfeito. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** 53 alunos participaram do treinamento e responderam aos questionários de forma completa, e apenas 31,4% já haviam concluído com aprovação a disciplina de Cardiologia. As notas médias pré e pós treinamento foram $5,8 \pm 1,5$ e $6,9 \pm 1,8$ pontos ($p=0,001$). O questionário de satisfação apresentou nota média de 3,4 pontos, representando 68% de satisfação, sendo que 83,1% das respostas foram ≥ 3 pontos. Houve tendência a maior satisfação nos alunos que já haviam concluído a disciplina de Cardiologia, sem significância estatística. **Conclusões:** Houve aumento significativo da nota média quando comparados os testes pré e pós treinamento prático, e observou-se elevada taxa de satisfação com o treinamento prático de eletrocardiografia com simulação. O uso de simulação realista no ensino de interpretação eletrocardiográfica é uma ferramenta eficaz para melhorar a compreensão do acadêmico sobre o assunto.

55590

Sacubitril/valsartan em associação com dobutamina no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um relato de caso

JOSÉ CARONE FILHO, ASSAD MOGUEL SASSINE, DEBORA DE MARTIN E RAMON OTT VARGAS

Hospital Evangélico Vila Velha, Vila Velha, ES.

Introdução: O sacubitril/valsartan é uma das mais recentes armas no arsenal terapêutico do tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC). Sua segurança e eficácia foi demonstrada em estudos consistentes. A associação desta droga com dobutamina ainda não está bem descrita na literatura. Neste caso, será apresentado um relato de paciente com IC que recebeu esta associação no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Descrição do Caso:** homem, 72 anos, com relato de dispnéia (NYHA 3), queda do estado geral e 1 episódio de síncope. Apresentava história de cirurgia de revascularização miocárdica a 5 anos, hipertensão arterial e diabetes. Ao exame: sopro sistólico em foco aórtico (3+/6+), sem demais achados importantes. Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) da internação evidenciando dupla lesão valvar aórtica importante, área valvar aórtica estimada em $0,8 \text{ cm}^2$, insuficiência mitral importante e fração de ejeção de 35% (superestimada), diâmetro diastólico de ventrículo esquerdo (DDVE) de 63 mm, diâmetro sistólico de ventrículo esquerdo (DSVE) de 50 mm. Optado por cirurgia de troca valvar mitro-aórtica, com implante de bioprótese aórtica n 23 e bioprótese mitral n 31, sendo realizado com 125 minutos de circulação extracorpórea (CEC) e 89 minutos de anóxia. A proteção miocárdica foi realizada com solução Custodiol. Paciente saiu de CEC com auxílio de dobutamina na dose de 20 ug/kg/min , evoluiu com descompensação por baixo débito na tentativa de desmame da droga nos dias que se seguiram, apresentando hipotensão grave e sinais de baixo fluxo cerebral, com episódio de convulsão. Solicitado ECOTT no 2º dia de pós-operatório que evidenciou fração de ejeção de 19%, DDVE de 63 mm, DSVE de 50 mm, e próteses mitral e aórtica normofuncionantes. O paciente mantém dose de 15 ug/kg/min de dobutamina. Discutido com a equipe médica e optado por início de sacubitril/valsartan na dose de $24/26 \text{ mg}$ duas vezes ao dia. Após 5 dias, o mesmo evoluiu com desmame completo de dobutamina, mantendo dose de sacubitril/valsartan, em classe funcional 2 (NYHA), tendo condições de alta hospitalar para seguimento ambulatorial após 7 dias. **Conclusão:** Apesar de não apresentar ainda respaldo na literatura como droga para desmame de dobutamina no paciente pós-operatório de cirurgia cardiovascular com IC, o sacubitril/valsartan mostrou-se eficaz para este fim no caso apresentado. Outros estudos com o propósito de validar tal conduta deverão ser realizados.

56211

Miocardiopatia hipertrofica assimétrica sintomática - Relato de caso

MARIANA S. REBELIN, RAISSA A. STORCH, LAISSA C. C. PROESCHOLDT E PAULO R. A. A. BERNARDES

Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina, ES
Hospital e Maternidade São Jose - HMSJ, Colatina, ES

Introdução: A cardiomiopatia hipertrofica (CMH) é uma doença genética, cuja prevalência é de 1:500 indivíduos. Caracteriza-se por hipertrofia ventricular esquerda (HVE), de distribuição simétrica ou assimétrica. Obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE) com desenvolvimento de gradiente sistólico sub-aórtico pode ser evidenciada em repouso ou sob provocação. 25% dos pacientes evoluem para sintomas incapacitantes ou morte, enquanto que os restantes são assintomáticos ou com leves sintomas. As manifestações clínicas mais frequentes incluem: dispnéia, dor torácica, síncope, palpitações e morte súbita cardíaca. **Relato de caso:** Feminino, 55 anos, sem antecedentes, queixa de dispnéia aos esforços nos últimos 6 meses. Ao exame físico, sopro sistólico ejetivo em foco aórtico, que se intensificava com a Manobra de Valsalva. Eletrocardiograma com inversão de onda T simétrica em precordiais. Ecocardiograma (ECO) com HVE assimétrica septal e obstrução em VSVE ao repouso (gradiente de 184 mmHg); função sistólica preservada; disfunção diastólica grau 2; dilatação de átrio esquerdo e valva mitral com cordoalhas redundantes, efeito Venturi e insuficiência mitral secundária. HOLTTER de 24h descartou arritmias ventriculares. Ressonância magnética confirmou os achados do ECO, com CMH assimétrica septal e sinais de obstrução dinâmica na VSVE, e fibrose mesocárdica em 4% do ventrículo esquerdo. Instituída terapia com Metoprolol, com pouca resposta. Optado por associar furosemida e bloqueador de canal de cálcio, sem melhora da classe funcional. Optado por realizar teste de esforço cardiopulmonar para confirmar limitação cardíaca, no qual, foi evidenciada capacidade funcional reduzida e a análise do pulso de oxigênio identificando platô precoce durante o exercício, inferindo limitação precoce do volume sistólico ao exercício. **Conclusão:** CMH obstrutiva, alterações anatômicas da valva mitral, associadas ao efeito Venturi, geram a obstrução na VSVE e o aparecimento do gradiente pressórico intraventricular. O correto diagnóstico é importante, pois em muitos casos a morte súbita cardíaca é a primeira manifestação da doença. O tratamento clínico busca atenuar o gradiente em VSVE e a congestão pulmonar, para alívio dos sintomas. Entretanto, é indicado tratamento cirúrgico (cardiomiectomia transvalvar aórtica e plastia mitral) nos pacientes com sintomas refratários. Cerca de 90% dos pacientes relatam melhora significativa dos sintomas em longo prazo.

56206

Acurácia de Escores Oesil, Rose e San Francisco Para Estratificação de Síncope na Unidade de Urgência. Dados de Registro Multicêntrico Brasileiro.

MONIZE GIUBERTI MOUTINHO, EDUARDO ROQUE, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, ADSON DIAS DE PAULA, LIGIA CLOSS OLIVEIRA FONTANA, MARCOS VIANNA VESCOVI JUNIOR, MILENE DE ÁVILA MIRANDA, HENRIQUE JOSE BONALDI, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR E FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

GRUPO MERIDIONAL, Serra, ES, INCOR - FMUSP, São Paulo, SP.

Introdução: Síncope é uma causa frequente de visitas ao pronto socorro (PS) e responsável por cerca de 5 a 10% dos atendimentos de causa cardíológica, com risco de morte em 6 meses de até 10%. **Objetivos:** O Objetivo de nosso trabalho foi avaliar a acurácia dos scores de estratificação de síncope com preditores de eventos cardiovasculares. **Desenho:** Registro prospectivo, multicêntrico e observacional. Incluíram-se 227 pacientes com Síncope entre 02/15 a 12/18 no PS dos centros participantes (ROAD Brazil). **Métodos:** Todos os pacientes que apresentaram, na avaliação inicial queixa de síncope foram passíveis de inclusão. Dados clínicos, do exame físico e resultados de exames laboratoriais foram computados e calculamos os scores de Oesil, Rose e San Francisco. **Endpoint:** Foi considerado evento cardiovascular a ocorrência de óbito cardiovascular, necessidade de implante de marcapasso, cardiodesfibrilador, resincronizador, cirurgia cardíaca, necessidade de revascularização percutânea ou cirúrgica do miocárdio, sangramento BART 3 ou 4, choque cardiogênico ou distributivo, Necessidade de dispositivo de assistência ventricular ou ECMO, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e reinternação por síncope nos primeiros 6 meses de seguimento. **Resultados:** Entre 227 pacientes computamos 158 eventos. A acurácia dos escores de Oesil foi de 0,60, Rose 0,45 e o escore de San Francisco foi de 0,61. A mortalidade nos primeiros 6 meses foi de 13,65%. **Conclusões:** Os scores para avaliação de síncope possuem uma razoável para prever eventos cardiovasculares graves.

56230

Espasmo Coronário em Paciente com Infarto Agudo causando Subdimencionamento e consequente Trombose Subaguda de Stent

GUILHERME F CINTRA, BRUNO MOULIN MACHADO, VITOR A PAZOLINI E JOSE AIRTON DE ARRUDA

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, ES.

Masculino, 63 anos

HP: Asma, sem uso de medicações. Sem comorbidades. Alérgico a AAS e dipirona

HF: negativo p/ DAC precoce

QPD: Dor torácica há 4 anos

HMD: Admitido devido dor torácica típica e ECG com supra de segmento ST em parede anterior

Recebeu apenas clopidogrel devido alergia ao AAS

EF: PA: 95 X 65 mmHg / FC: 65 bpm. Pulsos finos e extremidades frias

Cateterismo de emergência com oclusão em terço proximal/médio de DA

Realizada pré dilatação seguida de implante de stent não farmacológico 2,5 x 38 mm liberado a 18 atm por 30 segundos, chegando ao diâmetro final de 2,95 mm em DA

Administrado 200 mcg de tridil antes e após a angioplastia, 7,500 UI de heparina não fracionada e iniciado Tirofiban EV devido alergia a AAS; recomendada dessensibilização. Porta balão de 74'.

Alta no 4o PIM com clopidogrel, enalapril e metoprolol; optada monoterapia antiplaquetária pela cardiologia.

ECO pré alta com FE 64% e HCVE discreta e acinesia médio-apical de parede septal e hipocinesia apical lateral. Disfunção diastólica tipo II.

7 dias após alta houve recorrência de dor semelhante e ECG evidenciando novo supra ST anterior.

Foi re-encaminhado a cate de emergência observando trombose de stent em DA. Após múltiplas passagens de guia pela malha lateral do stent constatado subdimencionamento do stent previamente implantado. Não sendo possível acessar sua luz verdadeira, optado por trombólise com 10 mg intracoronariano de alteplase e 40mg EV durante 30 minutos, resultando em artéria aberta e com alta carga trombótica e fluxo anterógrado TIMI II.

Realizado novo cate após 7 dias para resgate de stent prévio via femoral D com técnica de entrelaçamento de fios guia sendo retirado todo sistema (cateter + guias + stent resgatado + introdutor femoral) e puncionada femoral E para implante stent farmacológico em DA. Após dessensibilização do AAS iniciado DAPT com Ticagrelor.

Novo ECO antes alta revelava FE 44% e HCVE discreta e acinesia médio-apical de parede septal e hipocinesia apical lateral.

56221

Influência da Apneia do sono em indivíduos com Hipertensão Refratária

BRUNA MARIANO AVANZA, ANTONIO CARLOS AVANZA NETO E ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR

CENTROCOR, Vitória, ES.

Introdução: A hipertensão arterial refratária (HAR) é definida como pressão arterial acima de 140/90 mmHg a despeito do uso de três drogas de classes diferentes em dose máxima. A apneia do sono é a principal causa secundária de hipertensão refratária. **Objetivos:** Avaliar a influência da apneia do sono na gênese da hipertensão arterial refratária. **Metodologia:** realização de polissonografia domiciliar em indivíduos que apresentavam hipertensão refratária confirmada pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). **Resultados:** Foram avaliados 12 indivíduos com HAR, de ambos os sexos com idade média de 54±6 anos, submetidos a realização de polissonografia domiciliar de acordo com protocolo específico, sendo que 4 (33,3%) apresentavam apneia do Sono Grave, 3 (25%) moderada, e 5 (41,6%) a polissonografia foi normal. **Conclusão:** em discordância com os dados da literatura, 41,6% dos indivíduos com HAR não apresentaram apneia do sono.

56203

Comunicação interventricular pós-infarto agudo do miocárdio: uma apresentação rara - relato de caso

CARINA MASSARIOL, DÉBORA PEREIRA GALVÊAS, STELLA DE SOUZA CARNEIRO E FABRÍCIO THEBIT BORTOLON

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes - UFES, Vitória, ES

Hospital Unimed Vitória, Vitória, ES.

Introdução: A comunicação interventricular (CIV) é descrita como uma complicação mecânica rara pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), com incidência em torno de 0,2%. Mais comumente associada a IAM de parede anterior, a CIV apresenta elevados índices de mortalidade, sendo o diagnóstico precoce uma forma de minimizá-la. Relatamos um caso de CIV pós IAM inferior que evoluiu com choque e óbito. **Descrição:** Paciente masculino, 63 anos, previamente hipertenso e ex-tabagista, apresentando quadro de precordialgia associada a sudorese. No eletrocardiograma havia supradesnívelamento do segmento ST em parede inferior e cateterismo cardíaco evidenciou oclusão de coronária direita, realizada angioplastia primária e implante de um STENT convencional. Cinco dias após, o paciente apresentou episódio súbito de lipotímia, hipotensão, sudorese e detectado sopro cardíaco novo. Realizou ecocardiograma que confirmou a presença de comunicação interventricular, sendo encaminhado à UTI por sinais de instabilidade hemodinâmica. Indicada correção cirúrgica da CIV associada a revascularização do miocárdio, realizada com sucesso no sexto dia pós-IAM. Paciente evoluiu com progressiva deterioração hemodinâmica, choque cardiogênico e óbito. **Conclusão:** A CIV é uma complicação rara comumente observada de 3 a 7 dias pós-IAM. Mais associada a infarto de parede anterior e, quando acomete parede inferior, observa-se pior prognóstico. Os principais fatores de risco são idade avançada, sexo feminino, hipertensão arterial, ausência de tabagismo e infarto anterior. O diagnóstico é aventado em vigência de sintomas súbitos de insuficiência cardíaca, presença de novo sopro sistólico e precordialgia, podendo evoluir com deterioração hemodinâmica e choque cardiogênico. O Ecocardiograma é o método mais utilizado para confirmação diagnóstica. A correção cirúrgica é o tratamento padrão-ouro, realizado através de um implante muscular, com taxa de mortalidade em torno de 45%. O dispositivo Amplatzer é um método de reparo percutâneo semelhante ao implante muscular e, apesar de oferecer uma opção menos invasiva, não foi relatada superioridade em relação à cirurgia. Em suma, a CIV é uma complicação grave associada a altos índices de mortalidade, sendo imprescindíveis diagnóstico e tratamento precoces, a fim de minimizar os riscos e contribuir para uma melhor sobrevida.

56209

Risco de Sangramento Grave nos Pacientes Com Câncer Submetidos a Trombólise Por Embolia Pulmonar. A Presença de Metástases Inviabiliza o Tratamento?

JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, EDUARDO ROQUE, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, PAULO TADEU PENEDO JUNIOR, MILENE DE ÁVILA MIRANDA, LIGIA CLOSS OLIVEIRA FONTANA, MONIZE GIUBERTI MOUTINHO, ADSON DIAS DE PAULA, FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA E FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

GRUPO MERIDIONAL, Serra, ES, - INCOR - FMUSP, São Paulo, ES.

Introdução: Avaliar se a presença de metástases na admissão foi um fator determinante para ocorrência de sangramento grave (BARC³ 3) com trombólise nos pacientes com TEP. **Desenho:** Este foi um estudo retrospectivo, em um centro e observacional. **Materiais:** Total 22 pacientes com Embolia pulmonar e instabilidade hemodinâmica, com neoplasia ativa, admitidos no setor de emergência e seguimento de longo prazo. Pacientes tiveram diagnóstico através de Angiotomografia ou Arteriografia pulmonar, que apresentavam instabilidade hemodinâmica e foram submetidos a Trombólise com rTPA. **Endpoint:** Objetivo primário foi analisar a ocorrência de sangramento grave (BARC >2), o objetivo secundário foi analisar a ocorrência de morte no seguimento de longo prazo. **Resultados:** No período entre 02/11 a 12/16, avaliamos 22 pacientes. Nos primeiros 30 dias após a trombólise, ocorreram 2 eventos de hemorragia cerebral fatal (1 paciente com metástase e 1 paciente sem metástase). Todos os eventos ocorreram nas primeiras 36h da admissão, sendo que todos os pacientes na qual foi revertida a instabilidade hemodinâmica receberam alta hospitalar. **Conclusões:** A presença de metástase não foi determinante de prognóstico que inviabilizou a trombólise química e a sobrevida a longo prazo esteve relacionada a doença primária.

55789

Teste de caminhada de 6 minutos e sua correlação com classe funcional na insuficiência cardíaca

JESSICA P. DAMASCENO, GABRIELA L. DEVENS, PIETRO D. LIMA, ROBERTO R. BARBOSA, TIAGO M. JACQUES, OSMAR A. CALIL, RENATO G. SERPA E LUIZ F. M. BARBOSA

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES.

Introdução: A classificação por classe funcional (CF) da New York Heart Association (NYHA) é o método convencional para avaliação de status funcional em portadores de insuficiênciacardiaca (IC) e pode estar sujeita a vieses de diferentes interpretações. O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é um método de baixo custo para avaliação objetiva do grau de limitação funcional e estratificação prognóstica na IC. **Objetivo:** Analisar a correlação entre CF de acordo com a NYHA obtida em consulta e os resultados do TC6M. **Método:** Estudo transversal onde foram avaliados pacientes com IC de fração de ejeção reduzida, em CF I a III, em acompanhamento num serviço ambulatorial de um hospital de ensino de Vitória-ES, no período de agosto-2018 a abril-2019. Parâmetros analisados foram CF NYHA obtida na consulta de forma subjetiva, o TC6M pós-consulta, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pelo método de Simpson no ecocardiogramatranstorácico e medicações redutoras de mortalidade da IC. A distância percorrida foi classificada em CF I quando superior a 420 metros; CF II entre 340 e 420 metros; CF III entre 260 e 340 metros; e CF IV quando inferior a 260 metros. Análise estatística utilizou teste do qui-quadrado de Pearson, teste de Fisher, t de student, ANOVA e teste de correlação. **Resultados:** Incluídos 70 pacientes, média de idade de 61,2 ±12,7 anos, FEVE 34,1±9,8%. 97,1% utilizavam betabloqueadores; 44,3% inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores do receptor de angiotensina; 50% sacubitril/valsartana; 95,7% espirinolactona. Análise subjetiva da CF NYHA demonstrou 52,9% em CF I; 37,1% II; e 10% III. A distância média percorrida pelos pacientes em CF I foi de 437,8±95,8 metros; CF II de 360,1±96,4; e CF III, 248,4±98,3 (p=0,0024). Após o TC6M, houve mudança da CF NYHA pela capacidade funcional em 48,6% dos pacientes, sendo 32,9% para CF mais alta e 15,7% para CF mais baixa. Nos que estavam em CF I houve mudança da CF em 35,1%, em CF II 61,5% (30,7% para CF mais alta e 30,7% para CF mais baixa); em CF III 71,4% (28,6% para CF mais alta e 42,9% para CF mais baixa). Para a associação entre CF NYHA na consulta e distância total percorrida no TC6M, o coeficiente de correlação de Pearson de -0,55. **Conclusão:** Houve correlação moderada entre a CF NYHA subjetiva e o TC6M. Foi observada mudança da CF NYHA após o TC6M em aproximadamente metade dos pacientes, principalmente naqueles inicialmente avaliados como CF II e III.

56205

Takotsubo invertido x Miocardite aguda: a importância da Ressonância cardíaca para diagnóstico diferencial

STELLA DE SOUZA CARNEIRO, MURILO JARDIM DE CARVALHO, DAVI MUZURIOS E CARINA MASSAROL

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
Hospital Unimed, Vitória, ES.

Introdução: A Síndrome de Takotsubo (ST), é um diagnóstico diferencial de dor torácica na emergência, assim como a miocardite aguda. Relatamos o caso de uma paciente, que se apresentou no pronto socorro com dor torácica aguda e insuficiência cardíaca aguda, com ecocardiograma sugerindo uma variante da ST, a Síndrome de Takotsubo invertido, em que a Ressonância Cardíaca foi fundamental para o diagnóstico diferencial. **Relato:** Paciente do sexo feminino, com quadro de dor torácica em aperto, com irradiação para todo tórax, associada a dispneia e sintomas de baixo débito. Evoluiu com edema agudo de pulmão, com boa resposta às medidas clínicas. Ao exame físico, apresentava-se em grave estado geral, com palidez cutânea. Ausculta cardíaca e respiratória normais, taquidispneia aos mínimos esforços. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal, sem alterações do segmento ST. Troponina positiva e ecocardiograma evidenciando padrão de ST invertido (STI). Cineangiografia sem lesões coronarianas. Ressonância cardíaca, evidenciou acometimento do mesocárdio, compatível com quadro de miocardite. **Discussão:** A ST, caracteriza-se por alteração transitória da contratilidade do ventrículo esquerdo, com acinesia apical ventricular, e hipercontratilidade basal, na ausência de doença coronária obstrutiva. Foi descrita uma variante da ST, denominada STI, em que na cineangiografia se evidencia a inversão do padrão contrátil. O ecocardiograma sugere o diagnóstico, que pode se confirmar na cineangiocoronariografia. Tanto a ST como a sua variante, possuem um prognóstico favorável, consistindo o tratamento em medidas de suporte em ambas as situações. A miocardite aguda é caracterizada pela presença de uma resposta inflamatória do miocárdio, frequentemente em decorrência de uma agressão infecciosa primária em outro sítio. A avaliação diagnóstica da miocardite se baseia na suspeita clínica, juntamente com métodos diagnósticos não invasivos. A confirmação diagnóstica só é possível através da da biópsia endomiocárdica do ventrículo direito. O ecocardiograma evidencia as alterações de contratilidade e tem importante papel no diagnóstico diferencial. A RMC é uma ferramenta não invasiva de grande importância para o diagnóstico de afecções miocárdicas agudas não isquêmicas, como a miocardite e a ST. **Conclusão:** A miocardite e a ST, são diagnósticos diferenciais de dor torácica e a RNM é extrema importância para diagnóstico diferencial e prognóstico.

55600

MINOCA por vasoespasm coronário recorrente: a importância do diagnóstico preciso

JOCYLEY EMERICK PADILHA JR, GUSTAVO PEZZODIPANE PICALLO, ROBERTO RAMOS BARBOSA E VITOR MARTINELLI BATISTA ROLIM

Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES.
Serviço de Cardiologia do HSCMV, Vitória, ES.

Introdução: O vasoespasm coronário é definido como uma resposta contrátil exagerada do músculo liso da artéria coronária epicárdica. Sua forma de apresentação é bastante variável, podendo ser desde assintomático até casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou morte súbita. Muitas vezes, seu diagnóstico e manejo clínico são desafiadores. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, apresentou IAM sem supradesnivelamento de ST em 03/11/18, com eletrocardiograma evidenciando intenso infradesnivelamento de ST e inversão de onda T em derivações precordiais. Cineangiocoronariografia demonstrou artérias coronárias sem obstruções significativas e ventriculografia esquerda com aspecto sugestivo de balonamento apical. Recebeu alta hospitalar em 08/11/18 com o diagnóstico de síndrome de Takotsubo, porém foi readmitido no dia 08/12/18 com dor torácica aguda caracterizando novo episódio de IAM sem supradesnivelamento de ST. Após ampla discussão sobre a propedêutica diagnóstica, cineangiocoronariografia foi novamente realizada e evidenciou vasoespasm intenso no terço médio da artéria descendente anterior, revertido após administração de nitroglicerina intracoronária. Foi então instituída terapia com bloqueadores de canal de cálcio e nitratos em doses otimizadas, com controle clínico adequado e sem novos episódios de angina ou IAM. **Conclusão:** IAM com artérias coronárias normais (do inglês MINOCA) é uma entidade prevalente e de difícil condução clínica e tratamento. A definição diagnóstica precisa é fundamental para o seguimento clínico, uma vez que a identificação da causa subjacente propicia o tratamento específico.

55781

Sacubitril/Valsartana Versus Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina ou Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina no Teste de Caminhada de 6 Minutos em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

GUSTAVO PEZZODIPANE PICALLO, DANIEL ROBERT ALEXANDER, ROBERTO RAMOS BARBOSA, ANDRESSA CORTELETTI, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA, TIAGO DE MELO JACQUES, OSMAR ARAUJO CALIL, RENATO GIESTAS SERPA E PIETRO DALLORTO LIMA

Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES.
Serviço de Cardiologia do HSCMV, Vitória.

Introdução: O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é um método de baixo custo para avaliação objetiva da capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). A instituição de sacubitril/valsartana na ICFER tem mudado paradigmas perante demais terapias redutoras de mortalidade. **Objetivo:** Comparar parâmetros clínicos e a distância percorrida no TC6M entre os pacientes em uso de sacubitril/valsartana e os em uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA). **Métodos:** Estudo transversal com pacientes com ICFER, em classe funcional (CF) da New York Heart Association (NYHA) I a III, acompanhados em serviço público especializado em Vitória-ES, entre agosto/2018 e abril/2019, com avaliação da distância percorrida no TC6M. Análise comparativa foi realizada entre os grupos em uso de sacubitril/valsartana e o grupo IECA ou BRA. Análise estatística compreendeu o teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de student. **Resultados:** Foram incluídos 66 pacientes (53,0% sacubitril/valsartana, 47,0% IECA/BRA), com média de idade de 61,2±12,7 e média de fração de ejeção (FE) de 34,1±9,8. O grupo sacubitril/valsartana apresentava FE mais baixa comparado ao grupo IECA ou BRA (30,5±9,8 vs 37,9±9,8, p=0,003), menor proporção de pacientes em CF I na avaliação clínica (42,9% vs 61,3%, p=0,06) e maior prevalência de diabetes (54,3% vs 38,7%, p=0,09). A distância total percorrida no TC6M foi semelhante nos dois grupos (382,1±95,5 vs 406,6±98,5 metros, p=0,31). Não houve interferência da dose-alvo da distância percorrida no TC6M (393,5±83,4 no grupo sacubitril/valsartana vs 406,7m±98,8 no grupo IECA ou BRA, p=0,56). Comparados somente os pacientes em CF I, observou-se diferença significativa entre os grupos sacubitril/valsartana e IECA ou BRA (392,2m±87,5 vs 470m,1±59,8, p=0,03). **Conclusão:** Observou-se perfil clínico geral de alta gravidade na ICFER e quantidade expressiva de pacientes em uso de sacubitril/valsartana. Não foi observada diferença significativa no TC6M entre os grupos sacubitril/valsartana e IECA ou BRA, apesar do grupo sacubitril/valsartana apresentar menor FE e menor proporção de pacientes em CF I em relação ao grupo IECA ou BRA.

55881

Análise da adesão terapêutica em pacientes com insuficiência cardíaca

THABATA SILVA COSTA, MARIANA NUNES TETZLAFF, SIMONE KARLA APOLONIO DUARTE, ANDRESSA CORTELETTI, TIAGO DE MELO JACQUES, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, 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.
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) apresenta prevalência crescente em todo o mundo, e representa atualmente uma das principais causas de morte e hospitalização. A adesão ao tratamento médico é ponto fundamental para reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida na IC. **Objetivo:** Avaliar o nível de adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e não-farmacológico da IC. **Métodos:** Estudo transversal realizado em um serviço ambulatorial especializado em IC no Espírito Santo, através de entrevistas com checklist farmacológico (MoriskyMedicationAdherenceScale -MMAS-8) e não-farmacológico (questionário específico com quatro perguntas). Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de IC com fração de ejeção reduzida (menor que 50%). **Resultados:** Foram incluídos 47 pacientes, com média de idade 65,5 ± 13,7 anos, sendo 61,7% do sexo masculino, com fração de ejeção média de 32,8% ± 13,7. O escore médio do MMAS-8 foi 9,98 ± 2,2, e 83% dos pacientes apresentaram escore ≥ 8 (alta adesão). Baixa adesão (escore < 6) foi observada em 4,2%. Houve adesão elevada ao tratamento não-farmacológico em 89,4% quanto à adição de sal à comida, 23,4% quanto a atividade física regular, 97,9% quanto à abstenção do tabagismo, e 97,9% quanto ao consumo de bebidas alcoólicas. **Conclusão:** Observou-se alta adesão ao tratamento da IC, tanto para as intervenções farmacológicas quanto para as não-farmacológicas. Contudo, a prática de atividades físicas regulares mostrou-se aquém da taxa ideal. O tratamento rigoroso da IC é ponto-chave para reduzir a morbimortalidade desta síndrome, e serviços ambulatoriais especializados e multiprofissionais devem promover estímulo contínuo à adesão terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência cardíaca; Adesão ao tratamento; Farmacológico.

56218

Prevalência de Doenças Cardiovasculares na Unidade Coronariana de Hospital de Alta Complexidade no Período de 30 dias. (Estudo Piloto)

BEATRIZ DE ALMEIDA CAFE, AMANDA VIEIRA DE ANDRADE CARNEIRO, ANTONIO CARLOS AVANZA NETO E ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR

CIAS, Vitória, ES.

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo ocidental, sendo o Acidente Vascular Isquêmico e a Doença Arterial Coronariana as mais prevalentes. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de doenças cardiovasculares em Unidade Coronariana de Hospital de Alta Complexidade. **Metodologia:** pesquisa de dados existentes em prontuários médicos, Sistema Epimed durante o período de 01 a 30/04/2019. **Resultados:** A média de idade foi 62±73. A doença com maior prevalência foi angina instável (AI) com 18,87%, seguido de insuficiência cardíaca aguda (ICA) 12,7%, infarto com supra de ST (IAM SUPRA) e infarto sem supra de ST (IAM S/ SUPRA) 9,33%, edema agudo de pulmão (EAP) 5,33%, tromboembolismo pulmonar (TEP) e fibrilação atrial (FA) 4%, bradiarritmias (BRADI) 2,67% e outras patologias (OUTROS) 34,47%. **Conclusão:** O diagnóstico de AI foi o mais prevalente durante esse período na Unidade Coronariana do hospital.

56062

Tuberculose pericárdica um cenário de difícil diagnóstico: Relato de caso

LAISSA CECILIA CESAR PROESCHOLDT, JOÃO ELIZEO VIEIRA DE SOUZA LOPES, NATHALIA LOSS FRANZIN E PAULO ROBERTO ANGELETE ALVAREZ BERNARDES

Hospital e Maternidade São Jose, Colatina, ES.
Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina, ES

Introdução: A pericardite tuberculosa (PT) refere-se a uma infecção da membrana que cobre o coração (pericárdio) pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Essa infecção pode resultar em acúmulo de líquido ao redor do coração (tamponamento), além de espessamento do pericárdio sem derrame (pericardite constritiva), que limitam a ação de bombeamento do coração. É uma rara manifestação e acomete entre 1 e 4% dos pacientes diagnosticados com TB e sua taxa de mortalidade pode chegar a 90% sem o correto diagnóstico e tratamento, que decorre da diversidade e imprecisão dos sintomas. **Métodos:** Estudo Descritivo, em que foram utilizadas informações obtidas pela análise de prontuário, exames complementares e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 55 anos, hipertenso, diabético e com insuficiência cardíaca, foi encaminhado com queixa de dispnéia aos médios esforços com piora em decúbito dorsal, edema em membros inferiores e tosse. Os sintomas tiveram início há 60 dias, associados a derrame pleural de repetição. Ao exame físico encontrava-se hipocorado, emagrecido, com turgência jugular patológica e sinal de Kussmaul. O eletrocardiograma mostrava taquicardia sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Foi solicitado ecocardiograma que revelou disfunção sistólica global discreta e presença de espessamento pericárdico, associado a derrame discreto com fisiologia restritiva (confirmado pelo aumento da variabilidade respiratória do pico da onda mitral, aumento inspiratório da velocidade do fluxo nas veias hepáticas, movimentação septal anômala e veia cava inferior dilatada com fasicidade respiratória diminuída). O estudo foi complementado com tomografia que evidenciou dimensões cardíacas aumentadas à custa de espessamento e moderado derrame pericárdico. A principal suspeita diagnóstica foi de PT, sendo então solicitada biópsia pericárdica que revelava espessamento pericárdico importante e, na anatomopatologia, confirmou-se a hipótese de PT. Foi iniciado tratamento com esquema quádruplo antituberculose (isoniazida, etambutol, rifampicina e pirazinamida). O paciente seguiu em acompanhamento regular no centro de tratamento de tuberculose e equipe de cirurgia cardíaca. **Conclusão:** Por se tratar de uma rara manifestação de tuberculose e com sintomatologia inespecífica, seu diagnóstico permanece um desafio clínico e a alta suspeição e a realização precoce dos métodos diagnósticos invasivos é de extrema importância para evitar a sua evolução.

55634

Anticoagulação em pacientes com fibrilação atrial: comparação entre varfarina e novos anticoagulantes orais (NACOs) no âmbito do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO, ROBERTO RAMOS BARBOSA, LUIZ FERNANDO MACHADO BARBOSA, RENATO GIESTAS SERPA, OSMAR ARAUJO CALIL, TIAGO DE MELO JACQUES, ANDRESSA CORTELETTI, JULIANA CASTIGLIONI FRIZERA, MARCELA SCÁRDUA SABBAGH E LAÍS DE SOUZA PEDRONI

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

Introdução: A varfarina foi, por décadas, a única alternativa disponível para anticoagulação na fibrilação atrial (FA). Apesar do incontestável benefício que esta droga trouxe, os novos anticoagulantes orais (NACOs) vêm ganhando espaço como terapia de primeira linha por sua eficácia e segurança, porém seu custo limita seu uso em saúde pública no Brasil. **Objetivo:** Comparar os resultados da anticoagulação com varfarina e NACOs em pacientes portadores de FA não valvar acompanhados em serviço do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional realizado em pacientes com FA não valvar, acompanhados no ambulatório de cardiologia de um hospital de ensino em Vitória-ES, incluídos consecutivamente entre outubro/2017 e fevereiro/2018. Os desfechos utilizados foram óbito, acidente vascular encefálico (AVE) e sangramento maior no seguimento de um ano. Os pacientes foram comparados de acordo com o tipo de anticoagulante em uso no momento da inclusão (varfarina vs NACOs). **Resultados:** Dos 41 pacientes incluídos, 27 (65,9%) estavam em uso de varfarina e 14 (34,1%) estavam em uso de NACOs (29,2% dabigatran e 4,9% rivaroxabana). No grupo varfarina observou-se maior número de consultas no seguimento ($8,1 \pm 4,8$ vs $3,8 \pm 2$, $p=0,0004$), menor renda familiar ($1,5 \pm 0,7$ vs $2,1 \pm 0,8$, $p=0,02$) e tendência a escore HAS-BLED mais elevado ($1,9 \pm 1,1$ vs $1,3 \pm 0,8$, $p=0,05$). Não-adesão à anticoagulação foi observada em 3,7% no grupo varfarina e 7,1% no grupo NACO ($p=0,46$). A substituição do anticoagulante inicialmente em uso foi realizada em 22,2% no grupo varfarina e 7,1% no grupo NACO ($p=0,18$). Após seguimento de um ano, não houve diferença entre os grupos varfarina e NACOs em relação a óbito (7,4% vs 14,3%, $p=0,31$), AVE (0% vs 0%, $p=NA$) ou sangramento maior (14,8% vs 0%, $p=0,17$). **Conclusões:** Não houve diferença entre pacientes anticoagulados com varfarina ou NACOs em relação a desfechos clínicos. O grupo varfarina apresentou menor renda familiar e escore HAS-BLED mais elevado no momento da inclusão, além de maior número de consultas ao longo de um ano. Nota-se tendência ao uso cada vez mais amplo dos NACOs no Brasil, inclusive em serviços públicos, e estudos locais sobre acesso e práticas clínicas são necessários para conhecimento, aprimoramento e aplicação das evidências científicas.

56217

Análise cardiometabólica de cardiopatas pré-transplante cardíaco após terapia com sacubitril-valsartana

LUCAS MARTINS FRIZZERA BORGES, ANGELA RUBIA NEVES CAVALCANTI FUCHS, ANA LUIZA GUIMARÃES FERREIRA, ANA CATARINA NUNES SANTANA, FLÁVIA ROBERTA DA COSTA MEDINA, FLÁVIA BERNARDES MORAIS, ALMIR SERGIO FERRAZ, GUACIRA GRECCA, CARLOS ALBERTO CORDEIRO HOSSRI E RICA DODO DELMAR BUCHLER

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP.

Introdução: Aprimorar a terapêutica da insuficiência cardíaca (IC) é desafio contínuo. O desenvolvimento do fármaco sacubitril-valsartana (SV) e sua utilização na prática diária apresentou resultados promissores através de resultados iniciais positivos na redução de mortalidade e reinternação hospitalar. Neste sentido, a mensuração efetiva das respostas cardiometabólicas (CM) em diversas etiologias da IC utilizando o Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) torna-se imprescindível para analisar a eficácia do tratamento farmacológico a nível metabólico. **Objetivo:** Analisar as respostas CM ao uso de SV em pacientes portadores de IC avançada através do TCPE e possibilitar avaliação funcional e prognóstica individualizada. **Métodos:** Coorte de pacientes que iniciaram uso de SV durante acompanhamento ambulatorial de IC avançada. Os pacientes incluídos eram portadores de diversas etiologias de IC (Isquêmica, Chagásica, Valvar, Idiopática e outras) e foram avaliados com TCPE antes e após $8 \pm 4,3$ meses do início da terapia com SV. Análises parâmetros clínicos (Classe Funcional (CF) – NYHA), CM através do VO2 pico, % do VO2 máx predito, Eficiência Metabólica (OUES), Tempo de queda do VO2 (T1/2) além da eficiência ventilatória (VE/ VCO2 slope). **Resultados:** Nesse estudo inicial com 8 pacientes, 50% apresentavam-se em CF III da NYHA e 75% evoluíram com melhora da CF enquanto os 25% restantes pioraram. Houve tendência a melhor eficiência metabólica (OUES) e redução do T1/2 ($p>0,05$), além de acréscimo significativo do VO2 pico de $20,63 \pm 4,6$ para $23,22 \pm 5,65$ ($p=0,012$). A relação VE/VCO2 slope tendeu a redução de $36,8 \pm 4,9$ para $34,0 \pm 8,3$ ($p>0,05$). **Conclusões:** A terapia com SV promoveu redução expressiva da CF e incremento significativo na potência aeróbica (VO2 pico) em pacientes com IC CF III/III. Houve tendência à melhora da eficiência metabólica e ventilatória no grupo estudado. Os portadores de miocardiopatia chagásica deste grupo não obtiveram melhora de CF. O TCPE foi ferramenta fundamental na avaliação funcional, resposta terapêutica e prognóstica de pacientes com IC avançada de diversas etiologias.

56223

Displasia da valva aórtica associada a estenose e insuficiência valvar grave, dilatação aneurismática de aorta e grande canal arterial em neonato: relato de caso.

DANIELLE LOPES ROCHA, KARLA LOUREIRO LOSS, RAFAEL AON MOYSÉS E ARIANE BINOTI PACHECO

Heimaba, Vila Velha, ES.

Introdução: As malformações congênitas da valva aórtica incluem valva aórtica bicúspide, estenose, displasia e ausência da válvula. A displasia está relacionada aos casos de estenose aórtica crítica que representa a forma mais comumente vista no período perinatal. Já os casos de insuficiência aórtica importante estão geralmente associados a agenesia e/ou displasia da valva aórtica. A descrição desse tipo de lesão no período fetal ou neonatal é raro. Descrevemos aqui os aspectos ecocardiográficos e fisiopatológicos da displasia aórtica associada a dupla lesão importante desta valva, aneurisma de aorta ascendente e grande canal arterial tipo B de Krichenko detectado em um feto de terceiro trimestre. **Relato de caso:** Gestante encaminhada para o Heimaba devido a suspeita de cardiopatia congênita em US obstétrico realizado na 39ª semana de gestação. Neonato do sexo feminino, Apgar 8/9, peso 2910g, encaminhada a UTIN. Ecocardiograma na 1ª hora de vida evidenciando dupla lesão valvar aórtica moderada, amplo canal arterial patente tipo janela aorto-pulmonar, cavidades cardíacas esquerdas aumentadas, dilatação aneurismática da aorta ascendente e transversa. Optado por realização de angiogramografia que evidenciou tronco pulmonar dilatado (Score Z:+5,47), dilatação importante da aorta ascendente (Score Z:+8,61), arco transversal proximal (Score Z:+7,27) e distal (Score Z:+7,88). A aorta torácica apresentava trajeto preservado com dilatação e grande comunicação com o tronco da artéria pulmonar na topografia do canal arterial. Optado por correção cirúrgica do canal arterial. Ecocardiograma realizado no pós-operatório imediato evidenciando insuficiência aórtica importante, valva aórtica trivalvular, com folheto coronariano direito espessado, curto e com mobilidade reduzida, estenose aórtica moderada (gradiente sistólico de 52 mmHg) e disfunção sistólica moderada do VE (FE:37%). **Discussão:** A displasia valvar aórtica grave é extremamente rara no período neonatal e tem manifestação grave repercussão clínica logo após o nascimento. O tratamento cirúrgico da displasia aórtica grave em neonatos é extremamente complexo e apresenta elevada mortalidade, em especial nos casos com dilatação aneurismática de aorta ascendente (cirurgia de Ross Konno). O diagnóstico pré-natal das cardiopatias congênitas está diretamente relacionado ao prognóstico destes pacientes, contribuindo para o aumento da sobrevivência do recém-nascido principalmente nos casos de lesões obstrutivas do ventrículo esquerdo.

56226

Embolização de Tumor Cardíaco Primário através de ramo da Coronária Direita

VITOR ARANTES PAZOLINI, GUILHERME FERNANDES CINTRA, BRUNO MOULIN MACHADO E JOSE AIRTON DE ARRUDA

Hospital Evangélico Vila Velha, Vila Velha, ES.

Mulher, 48 anos, hipertensa controlada, procurou o Pronto Socorro com queixa de dor torácica de início há duas horas, de forte intensidade em hemitórax esquerdo com irradiação para membro superior esquerdo. Exames iniciais dentro da normalidade. Devido suspeita clínica de isquemia miocárdica foi solicitado cineangiogramografia. Artérias coronárias direita e esquerda isentas de obstruções. No terço médio da artéria coronariana direita, observa-se grande ramo nutridor de massa nodular, hipervasacularizada, bem delimitada, posterior a silhueta cardíaca a escopia. Diante do achado, foi solicitado AngioTC de tórax. Formação nodular expansiva com hiperrealce heterogêneo pelo meio de contraste localizada no mediastino médio, abaixo do nível da carina, anteriormente ao esfago e interposta entre o ramo principal direito da artéria pulmonar e o átrio esquerdo, medindo $5,3 \times 3,4$, deslocando as estruturas adjacentes porém sem sinal de invasão das mesmas. Optado por embolização do tumor devido hipervasacularização, seguido de ressecção cirúrgica. Para a embolização foi realizada punção em artéria e veia femoral direita, utilizado introdutor 6F, introduzido cateter JR e cateterizado ostio de coronária direita. Na veia femoral foi utilizado introdutor 5F e posicionado cateter PIG no tronco da artéria pulmonar. Realizado injeção simultânea no início do procedimento, onde foi possível estabelecer a relação do tumor com estruturas vasculares adjacentes. Na sequência foi utilizado-se fio guia 0,014, avançando pelo ramo nutridor do tumor e posicionado microcateter Eclipse e realizado injeção de Líquido embólico Squid 12, composto por um polímero EVOH, solvente DMSO e pó de tântalo micronizado que juntos formam um polímero que se precipita em contato com sangue. O procedimento foi realizado com sucesso, com interrupção total do fluxo sanguíneo para o tumor. No dia seguinte a paciente foi submetida a ressecção cirúrgica. Recebeu alta no quinto pós-operatório. O resultado do exame anátomo patológico evidenciou paragangliomacardiaco. Tumores cardíacos primários são muito raros. A prevalência relatada varia de 0,001% a 0,03%. Os paragangliomas cardíacos estão entre os tumores mais infrequentes, constituindo <1% de todos os tumores cardíacos primários. São tumores de células cromafins que produzem e secretam catecolaminas e estão localizados na medula adrenal em 90% dos casos e no mediastino em <2%.

OBS: imagens em filme

56208

A associação entre o escore de risco HFPEF e STRAIN atrial esquerdo. Um estudo observacional e prospectivo

PAULO V. G. PORTO, FERNANDO G. PORTO, PATRICK V. COSTA, FABRICIO T. BORTOLON, STELLA S. CARNEIRO, DÉBORA P. GALVÉAS, CARINA MASSARIOL, FERNANDO L. T. GOMES, RODOLPHO J. M. FARINAZZO E CARLOS M. PAZOLINI

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
Hospital da Unimed, Vitória, ES.

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma doença de progressivo impacto que de forma crescente aumenta a sua incidência na população mundial atingindo cerca de 23 milhões de pessoas. No Brasil em 10 anos (1996 – 2016) houve 593.546 óbitos e 2,4% dos pacientes IC que internam, evoluem para óbito. Dentre as apresentações a insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFEP) alcança cerca de 50% de sua prevalência e estimado crescimento de 10% na próxima década. Parâmetros mais objetivos de avaliação de risco de tal condição são necessários. O escore HFPEF condiciona fatores clínicos ao risco de ICFEP. Paralelamente a avaliação do Strain atrial tem demonstrado associação a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (VE). **Objetivo:** Associar os valores de Strain Atrial, pelo método SpeckleTracking, com os do escore HFPEF e a avaliação diastólica segundo a associação americana de ecocardiografia (JASE), naqueles pacientes que mantinham dispnéia sem outros motivos conhecidos para possuí-la. **Metodologia:** Estudo analítico observacional e prospectivo, composta de uma análise descritiva. Foram selecionados 259 pacientes, já agendados eletivamente no serviço de ecocardiografia do hospital das clínicas (HUCAM), com queixa de dispnéia. Foram definidos previamente critérios de exclusão baseando – se em possível associação ao sintoma em questão. Deste modo 156 pacientes foram excluídos e 103 incluídos. **Resultados:** A dispnéia foi mensurada em moderados esforços, em 88,3% dos casos. A média do valor absoluto de pontuação no escore HFPEF foi de 2,49 pontos, e do strain de 36%. Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Este coeficiente tem fraca correlação e é negativo, ou seja, à medida que o Strain aumenta, o escore dos pontos de ICFEP diminui. Além de associar a função diastólica normal, a um maior valor médio do strain. **Discussão:** A avaliação do strain atrial para complementação diagnóstica na suspeita de insuficiência cardíaca já é uma realidade. Prever que novos consensos o indicarão neste contexto é de bom senso. Além de que utilizar o escore HFPE é prático, confiável e importante em demonstrar quais variáveis são mais importantes em um universo de fatores de risco para ICFEP. Estes dois fatores vão ao encontro em tornar ferramentas diagnósticas, pragmáticas ao clínico. **Conclusão:** A associação do strain atrial, disfunção diastólica e pontuação no escore HFPEF existe e pode ser aplicável.

56220

Avaliação da Etiologia da insuficiência cardíaca aguda em indivíduos internados na Unidade Coronária de Hospital Terciário (Estudo Piloto)

AMANDA VIEIRA DE ANDRADE CARNEIRO, BEATRIZ DE ALMEIDA CAFE, ANTONIO CARLOS AVANZA NETO E ANTÔNIO CARLOS AVANZA JÚNIOR

CIAS, Vitória, ES.

Introdução: A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é doença multifatorial, de alta prevalência, sendo a doença arterial coronária (DAC) a sua principal etiologia em nosso meio. **Objetivos:** Avaliar a etiologia da ICA em indivíduos internados em Unidade Coronariana de hospital Terciário. **Metodologia:** Dados pesquisados em prontuários e Sistema Epimed no período de 01/2 à 31/04/2019. **Resultados:** Foram avaliados 26 pacientes de ambos os sexos com idade média de 62±6 anos, sendo que 21% apresentaram como causa mais provável hipertensão arterial (HAS), 47% doença arterial coronariana crônica, 12% miocardite, 0% doença aórtica e 24% etiologia não definida. **Conclusão:** Os dados desse estudo piloto corroboram com os dados da literatura, quanto a maior prevalência de DAC como etiologia principal da ICA.

56210

Avaliação dos Preditores de Maior Percentual de Fibrose entre os Pacientes Admitidos Com Síndrome Isquêmica Aguda Instável. O Uso de Morfina Seria um Preditor Independente?

EDUARDO ROQUE, ALEXANDRE DE MATOS SOEIRO, PAULO TADEU PENEDO JUNIOR, JÚLIO FERREIRA SIQUEIRA, BIANCA DADALTO, FERNANDA BENTO DE OLIVEIRA, MILENE DE ÁVILA MIRANDA, MARCELA CALMON MONTAVANELLI MONTEIRO, MUCIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR E FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

GRUPO MERIDIONAL, Serra, ES.
INCOR - FMUSP, São Paulo, SP. Multivix, Vitória, ES.

Recentemente tem sido questionado se o uso de opioides está relacionado à redução da absorção de antiagregantesplaquetários e maior ocorrência de eventos cardiovasculares. **Objetivos:** Avaliar se o uso de morfina apresentou correlação com percentual de fibrose miocárdica na ressonância cardíaca (MRI-Card) com pesquisa de realce tardio. **Métodos:** Pacientes com diagnóstico de SCA submetidos a estratificação e tratamento de emergência, submetidos à MRI-Card, com registro da porcentual de fibrose miocárdica. Dados da história clínica, exame físico, laboratório de admissão, tempo de porta balão, Escores GRACE, eTIMI, classificação de KILLIP e uso de inibidor de GpIIb/IIIa foram analisados. **Endpoint:** Percentual de Fibrose quantificado pela MRI-Card com pesquisa de realce tardio com Gadolínio. **Resultados:** Avaliamos 79 pacientes entre 01/17 a 12/18, com média de idade de 63,2a (DP 9,11), sexo masculino 72%, creatinina 0,8 mg / dL (DP 0,17) e dose de morfina de 3,4 mg (DP 3,02). O tempo de porta do balão foi de 71,2min (DP 13,6). Na análise multivariada testamos todas as variáveis independentes. O uso prévio de morfina e o tempo de porta do balão foram marcadores independentes. **Conclusão:** Nosso estudo encontrou que o percentual de fibrose apresentou a maior ocorrência no grupo que utilizou morfina na admissão, quando comparado ao grupo que não o utilizou.

56225

Miocardite Viral Pelo Vírus da Dengue. Relato de Caso e Revisão da Literatura

ADSON DIAS DE PAULA, LIGIA CLOSS OLIVEIRA FONTANA, EDUARDO ROQUE E FATIMA CRISTINA MONTEIRO PEDROTI

GRUPO MERIDIONAL, ES

Introdução: A manifestação de miocardite em infecções por dengue é muito comum. Estima-se que a prevalência varia de 9% a 15% dos pacientes com infecção de dengue aguda. Diante disso, este relato de caso objetiva elucidar a importância do diagnóstico precoce a fim de reduzir as complicações na prática clínica. **Método:** Todas as informações descritas foram obtidas por meio de entrevista com o paciente, revisão do prontuário, registro descritivo dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Descrição do caso:** Trata-se de homem de 69 anos, hipertenso, com sintomas típicos de dengue com sinais de alerta/choque (lipotímia, dor abdominal, hemoconcentração [HT = 52], plaquetopenia de 15.000 e hipotensão). Submetido a reposição volêmica e encaminhado para unidade de terapia intensiva (UTI). Piora da plaquetopenia (10.000), sendo transfundido 9UI de plaquetas. No 6º dia de internação na UTI, apresentou sopro pior da ausculta, realizado ecocardiopltertranstorácico normal, marcadores de necrose miocárdica tocados. Avaliado pela cardiologia (estratificação não invasiva + DAPT e estatina). No 8º dia, piora da dor torácica e ascensão de troponina, sem alterações eletrocardiográficas. Feito CATE de urgência (sem lesões significativas). Transferido paciente para unidade de terapia intensiva cardiovascular (UTIC) no 10º como caso de miocardite. Ressonância magnética cardíaca (derrame pericárdico, hipertrofia ventricular, realce tardio mesocárdioanteriorseptal, padrão não isquêmico). Melhora progressiva dos sintomas (uso de colchicina e alopurinol), alta para enfermaria no 14º dia e Alta hospitalar no 15º dia, assintomático. **Conclusão:** condição comum, a miocardite em dengue necessita atenção diagnóstica para evitar desfechos desfavoráveis.

A

Adson Dias de Paula - 56206, 56209, 56225
Alexandre de Matos Soeiro - 56206, 56209, 56210
Almir Sergio Ferraz - 56217
Amanda Vieira de Andrade Carneiro - 56218, 56220
Ana Catarina Nunes Santana - 56217
Ana Luiza Guimarães Ferreira - 56217
Ana Paula Ortelan Zanotti - 56021
Andressa Corteletti - 55781, 55881, 55634
Angela Rubia Neves Cavalcanti Fuchs - 56217
Antônio Carlos Avanza Júnior - 56221, 56218, 56220
Antonio Carlos Avanza Neto - 56221, 56218, 56220
Ariane Binoti Pacheco - 56223
Assad Moguel Sassine - 55590

B

Beatriz de Almeida Café - 56218, 56220
Bianca Dadalto - 56210
Bruna Mariano Avanza - 56221
Bruno Moulin Machado - 56230, 56226

C

Caio Duarte Neto - 56021
Carina Massariol - 56203, 56205, 56208
Carlos Alberto Cordeiro Hossri - 56217
Carlos M. Pazolini - 56208
Caroline Delboni Nascimento - 55634

D

Daniel Robert Alexander - 55781
Danielle Lopes Rocha - 56223
Davi Muzi Rios - 56205
Debora de Martin - 55590
Débora Pereira Galvêas - 56203, 56208

E

Eduardo Roque - 56206, 56209, 56210, 56225

F

Fabricio Thebit Bortolon - 56203, 56208
Fatima Cristina Monteiro Pedroti - 56206, 56209, 56210, 56225
Fernanda Bento de Oliveira - 56209, 56210
Fernando G. Porto - 56208
Fernando L. T. Gomes - 56208
Flávia Bernardes Morais - 56217
Flávia Roberta da Costa Medina - 56217

G

Gabriela L. Devens - 55789
Guacira Grecca - 56217
Guilherme Fernandes Cintra - 56230, 56226
Gustavo Pezzodipane Picallo - 55600, 55781

H

Henrique Jose Bonaldi - 56206

I

Ingrid Ardisson Colodete - 55767

J

Jamille do Amaral Santos - 56021
Jessica P. Damasceno - 55789
João Elizeo Vieira de Souza Lopes - 56062
Jocyley Emerick Padilha Jr - 55600
Jose Airton de Arruda - 56230, 56226
José Carone Filho - 55590
Juliana Castiglioni Frizzera - 55881, 55634
Julianna Vaillant Louzada Oliveira - 56021
Júlio Ferreira Siqueira - 56209, 56210

K

Karla Loureiro Loss - 56223

L

Laís de Souza Pedroni - 55634
Laissa Cecilia Cesar Proescholdt - 56211, 56062
Larissa Rosa Passos - 55767
Leonardo França Vieira - 56021

Ligia Closs Oliveira Fontana - 56206, 56209, 56225

Lucas Martins Frizzera Borges - 56217

Luciana Carrupt Machado Sogame - 56021

Ludmila Ribeiro Brambati - 55767

Luiz Fernando Machado Barbosa - 55767, 55789, 55781,
55881, 55634

M

Marcela Calmon Montavanelli Monteiro - 56210

Marcela Scárdua Sabbagh - 55634

Marcos Vianna Vescovi Junior - 56206

Mariana Nunes Tetzlaff - 55881

Mariana S. Rebelin - 56211

Mateus Daroz Gonçalves - 55767

Milene de Ávila Miranda - 56206, 56209, 56210

Monize Giuberti Moutinho - 56206, 56209

Mucio Tavares de Oliveira Junior - 56206, 56210

Murilo Jardim de Carvalho - 56205

N

Nathalia Loss Franzin - 56062

O

Osmar Araujo Calil - 55767, 55789, 55781, 55881, 55634

P

Patrick V. Costa - 56208

Paulo Eduardo de Miranda Alvim - 55767

Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes - 56211, 56062

Paulo Tadeu Penedo Junior - 56209, 56210

Paulo V. G. Porto - 56208

Pietro Dallorto Lima - 55789, 55781

R

Rafael Aon Moysés - 56223

Rafael Tardin Alves Bellon - 55767

Raissa A. Storch - 56211

Ramon Ott Vargas - 55590

Renato Giestas Serpa - 55767, 55789, 55781, 55881, 55634

Rica Dodo Delmar Buchler - 56217

Roberto Ramos Barbosa - 56021, 55767, 55789, 55600,
55781, 55881, 55634

Rodolpho J. M. Farinazzo - 56208

S

Simone Karla Apolonio Duarte - 56021, 55881

Stella de Souza Carneiro - 56203, 56205, 56208

T

Thabata Silva Costa - 55881

Tiago de Melo Jacques - 55789, 55781, 55881, 55634

V

Vitor Arantes Pazolini - 56230, 56226

Vitor Martinelli Batista Rolim - 55600

PATROCINADORES

OURO



PRATA



APOIO

Cardiomed • Centrocor
Farmácia Santa Lucia • Laboratório Bioclinico
Libbs • Socor • Vitória Hospitalar

