



**XXVI CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ARRITMIAS
CARDÍACAS**
CONTROLANDO O RITMO COM MAESTRIA

*25 a 28 de novembro de 2009
Campinas . São Paulo . Brasil*

*Confira a programação no site.
www.sobrac.org*

Convidados Internacionais

André D'Avila - EUA

Diogo Cavaco - Portugal

João Primo - Portugal

José Luis Ramos - Argentina

John Camm - Inglaterra

Pedro Adragão - Portugal

Ricardo Pesce - Argentina

Serge Cazeau - França

Thomas Morgan Knutsen - Noruega



Sumário

Carta do Presidente da SOBRAC

3

**Palavra do Presidente do
XXVI Congresso Brasileiro
de Arritmias Cardíacas**

3

SOBRAC em Foco

5

**Tratamento da Fibrilação Atrial:
Drogas Antiarrítmicas ou Ablação
por Cateter? Resultados de uma
Revisão Sistemática Recente**

7

**Prevenção de Fenômenos
Tromboembólicos na Fibrilação
Atrial: Dabigatran Comparado aos
Anticoagulantes Orais
Convencionais**

8

**Câmara Municipal de São Paulo
Homenageia a SOBRAC**

9

**PrECon Alavanca Campanha
Coração na Batida Certa**

12

**Síncope Durante Direção
Automotiva: Qual é o Prognóstico?**

13

**Eficácia da Ressincronização
Cardíaca: Afinal, a Localização do
Eletrodo faz a Diferença?**

15

**CDI na Cardiopatia Chagásica
Crônica: o Médico tem Convicção
da Utilidade, mas a Indicação não
tem Embasamento Científico!**

17



DO IMPLANTE AO ACOMPANHAMENTO. SEGURANÇA. CONTROLE. CONVENIÊNCIA.

O Promote™ RF e o Current™ RF foram projetados com nossa nova plataforma tecnológica designada para aprimorar a segurança, prover mais controle e melhorar a conveniência na terapia e gerenciamento dos pacientes. Com características inovadoras como a notificação vibratória ao paciente, a facilidade de recursos para o gerenciamento em casos de altos limiares de desfibrilação e um novo e aprimorado relatório de diagnósticos, a St. Jude Medical continua buscando soluções práticas para ajudar os médicos a fornecer uma terapia incomparável aos seus pacientes.

Experimente o Controle.

Para saber mais visite o site:

www.sjm.com



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.

Diretoria

Presidente

Leandro Ioschpe Zimerman

Vice-Presidente

Roberto Costa

Diretor Financeiro

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

Diretor Científico

Guilherme Fenelon

Diretor Administrativo

Luiz Pereira de Magalhães

Coordenadores

Eletrofisiologia

José Tarcísio Medeiros de Vasconcelos

Arritmia Clínica

Eduardo Machado Andrea

Métodos Não Invasivos

Denise Tessariol Hachul

Estimulação Cardíaca

Silvana Angelina D'Orio Nishioka

Áreas Aliadas

Veruska Hernandez Campos Maria

Informática

Henrique César de Almeida Maia

Título de Especialista

Adalberto Lorga Filho

Cirurgia de Dispositivos Implantáveis

Luiz Antonio Castilho Teno

PreCon

César José Grupi

Comissão de Ética e Defesa Profissional

Márcio Jansen de Oliveira Figueiredo

Jornal SOBRAC

Hélio Lima de Brito Júnior

Administrador

Marco Antonio Ferreira dos Santos

Gerente Administrativo

Tatiana Nunes de Oliveira

Conselho Deliberativo

Ángelo Amato Vincenzo de Paola

Martino Martinelli Filho

Fernando Eugênio Santos Cruz Filho

Sérgio Gabriel Rassi

Maurício Ibrahim Scanavacca

Ayrton Klier Péres

Jacob Atié

Marcio Luiz Alves Fagundes

José Carlos Moura Jorge

Conselho Fiscal

Alexsandro Alves Fagundes

Eduardo Benchimol Saad

Mauricio Pimentel

Fatima Dumas Cintra

Marcio Augusto Silva

Ricardo Alkmin Teixeira

Jornal SOBRAC é o boletim informativo da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas, uma publicação trimestral com tiragem de 14.900 exemplares, distribuído gratuitamente aos sócios da SOBRAC e SBC

Editor

Hélio Lima de Brito Jr.

Editores Associados

Fábio Sândoli de Brito e João Pimenta

Redação

SOBRAC

Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas.

R. Estevão Baião, 750 • Campo Belo

São Paulo • CEP 04624-002

Tel.: (11) 5543.0059 • 5543.1824

Fax.: (11) 5531.6058 • Site: www.sobrac.org

E-mail da secretaria: secretaria@sobrac.org

Revisão de português

Maria Lília Dias de Castro

Editoração e impressão

Ipsis Gráfica e Editora S.A. Rua Dr. Lício de

Miranda, 451 • CEP 04225-030 • São Paulo • SP

Tel.: (11) 2172.0511 • Fax: (11) 2273.1557

Caros amigos

Estamos chegando ao Congresso Brasileiro de Arritmias, nosso maior evento científico. Mais uma vez o Programa contempla diferentes áreas, incluindo arritmias clínicas, eletrofisiologia e dispositivos implantáveis. Com uma Comissão Local bastante ativa e contribuição essencial da Diretoria do DECA, temos convicção de que o Congresso será um grande evento científico e de reunião de amigos, repetindo o que tem acontecido.

Junto a isto, vários outros eventos têm-se mostrado grandes sucessos, e outros estão sendo planejados para tal. Os **PrECons** continuam com assistências elevadas, em torno de duzentos participantes. O Curso de Reciclagem, que iniciou na área de eletrofisiologia, expande e terá três diferentes módulos: eletrofisiologia, dispositivos implantáveis e arritmias clínicas. A Diretriz Brasileira de Arritmias em Crianças e Adolescentes e o documento com Recomendações para direção de veículos automotores em pacientes com cardioversor-desfibrilador estão em andamento. O terceiro volume da série de livros da **SOBRAC/Atheneu**, sobre Eletrofisiologia Cardíaca, será lançado durante o Congresso.

Um fato que merece destaque foi a recente iniciativa da Câmara de Vereadores de São Pau-

Leandro Zimerman



lo, organizada pelo Vereador Celso Jatene com o Dr. Martino Martinelli, de homenagear os 25 anos da **SOBRAC**. Foram destacados fatos históricos, a importância da nossa sociedade no desenvolvimento da área de arritmias cardíacas no Brasil, e na educação da população, com vários ex-Presidentes da **SOBRAC** dando depoimentos. Foi uma bela homenagem e um grande reconhecimento que recebemos.

O momento atual é muito bom, e o futuro está bem encaminhado. Mantendo a política de criar intercâmbios, estamos estreitando nossas relações com a Sociedade Européia de Arritmias, por iniciativa do Dr. Jacob Atié. E o nosso Jornal, com a contribuição do Eng. Sergio Siqueira, estreita relações e faz uma parceria com o *Cardiac Rhythm News*, jornal publicado na Europa.

Mais uma vez, quero lembrar e insistir que a **SOBRAC** é de todos nós e está de portas abertas. Participe!

Abraços a todos.

PALAVRA DO PRESIDENTE DO XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Caros Associados

Os bastidores estão agitados, os integrantes da orquestra começam a tomar seus assentos e em breve o "spalla" entrará e solicitará do oboé o "lá fundamental".

Estamos nos acertos finais, convidados nacionais e internacionais confirmados, pré-inscritos em número satisfatório, programação finalizada, e logística do evento caminhando adequadamente. É um trabalho sem tropeços graças à união de todos os envolvidos.

Você já recebeu o programa preliminar e, em breve, estará de posse da programação científica final do Congresso: espero que lhe agrade e que o atraia para as salas de atividades. A programação tem como destaque o centenário da Doença de Chagas que será o tema da conferência de abertura. Na área da estimulação cardíaca, destacamos as orientações para direção de automotores de portadores de CDI. Convidados internacionais complementarão as informações dos temas centrais do Congresso: Fibrilação Atrial, Doença de Chagas, Arritmias na ICC e avanços tecnológicos na estimulação cardíaca artificial.

Cláudio Pinho



Na abertura do Congresso, receberemos integrantes da Orquestra Sinfônica de Campinas, liderados pelo Maestro Parcival Módolo que nos brindará com a palestra "A música e o ritmo cardíaco": o ritmo de Bach seria o ambiente uterino? Ou as taquicardias seriam o ritmo de Wagner?

Após a abertura e no ritmo embalado das discussões, marcamos para a noite de sexta-feira um jantar de adesão, agora com o ritmo dos Beatles: a banda "Beatles forever" lembrará a trajetória do grupo de Liverpool que marcou a vida de boa parte dos integrantes da **SOBRAC**.

Sugiro que você já entre no nosso ritmo, escute a sonata "Les Adieux", de 1810, em que supostamente, segundo alguns, Beethoven, já com intenso déficit auditivo, colocou na música seu ritmo cardíaco.

Estamos aguardando você e sua família em Campinas, até breve.



Ritmonorm[®]

cloridrato de propafenona

Eficácia e segurança na reversão e manutenção da fibrilação atrial.¹

Uso adulto²

• Manutenção:

Dose mínima de 450 mg/dia (1/2 comprimido 3 vezes ao dia).
Dose média de 600 mg/dia (1 comprimido 2 vezes ao dia).
Dose máxima de 900 mg/dia (1 comprimido 3 vezes ao dia).

Uso pediátrico²

- 10 a 20 mg/kg, divididos em 3 a 4 vezes ao dia.

Reversão oral da fibrilação atrial³

Pacientes com peso < 70 kg – 450 mg, dose única VO.
Pacientes com peso ≥ 70 kg – 600 mg, dose única VO.



EMBALAGEM COM 30 COMPRIMIDOS REVESTIDOS E SULCADOS DE 300 MG.



Cloridrato de propafenona é contraindicado em caso de insuficiência cardíaca manifesta.²
Propafenona pode interagir com varfarina, prolongando o tempo de protrombina.²

Referências: 1. AG/AA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation). 2. Bala do produto. 3. Aboni F, Botta GL, Bakk N, et al. Outpatient Treatment of Recent-Onset Atrial Fibrillation with the "Pill-in-the-Pocket" Approach. N Engl J Med 2004;351:2384-2391.

RITMONORM® (cloridrato de propafenona). USO ADULTO E PEDIÁTRICO. Apresentações: Comprimido revestido; embalagens com 20 e 30 comprimidos revestidos sulcados de 300mg. Cada comprimido contém: cloridrato de propafenona 300 mg. Excipientes (1 comprimido): amido de milho, celulose microcristalina, croscarmellose sódica, estearato de magnésio, hipromelose, polietilenglicol e corante dióxido de titânio. Indicações: Tratamento das taquiaritmias supraventriculares sintomáticas, em pacientes sem doença cardíaca estrutural significativa, como fibrilação atrial paroxística, taquicardia junctural AV e taquicardia supraventricular em pacientes portadores da Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Tratamento da taquiarritmia ventricular sintomática, considerada grave pelo médico. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao cloridrato de propafenona ou aos demais componentes da fórmula, insuficiência cardíaca manifesta, choque cardiogênico (exceto quando causado por taquiarritmia), bradicardia acentuada (abaixo de 50 b.p.m.), doença do nódulo sinusal, transtornos preexistentes de alto grau da condução sino-atrial, bloqueios atrioventriculares de segundo e terceiro graus, bloqueio de ramo ou bloqueio distal na ausência de marcapasso externo, doença pulmonar obstrutiva grave, distúrbio eletrolítico não compensado, hipotensão arterial acentuada. **Precauções e Advertências:** Durante a gravidez, só deve ser administrado se for efetivamente necessário. Não se recomenda uso durante a amamentação. Utilizar com cautela na disfunção hepática e/ou renal. Recomenda-se ajuste da dose para pessoas idosas e/ou debilitadas. Evitar ingestão de bebidas alcoólicas durante o tratamento. Recomenda-se o controle da função do marca-passos durante o tratamento. **Interações Medicamentosas:** anestésicos locais, betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, propranolol, metoprolol, digoxina, cimetidina, anticoagulantes orais. Reações Adversas: leucocitopenia e/ou granulocitopenia ou trombocitopenia, agranulocitose, reações alérgicas, anorexia, ansiedade, confusão mental, síncope, cefaleia, vertigem, ataxia, tontura visual, bradicardia ou distúrbios de condução (por ex., bloqueio atrioventricular ou intraventricular), efeitos pró-arrítmicos, que se manifestam como taquicardia ou fibrilação ventricular, hipotensão, incluindo hipotensão postural e hipotensão ortostática, náusea, vômito, constipação, boca seca, gosto amargo, dor abdominal, anomalias hepáticas, incluindo lesão celular, colestase, icterícia e hepatite, prurido, urticária, vermelhidão, exantema, síndrome Lupus-like, impotência sexual, fadiga, dor torácica, elevação de enzimas hepáticas (transaminases e fosfatase alcalina). **Posologia.** Comprimidos: A determinação da dose de manutenção é individual. A dose inicial e de manutenção diária recomendada é de 450 a 600mg dividida entre 2 ou 3 doses por dia. Em crianças, a dose recomendada é de 10 a 20 mg/kg de peso em 3 a 4 doses diárias, como dose inicial e de manutenção. Em lactentes ou pacientes na primeira infância, os comprimidos podem ser administrados juntamente com alimentos. O aumento da dose não deve ser realizado até que o paciente complete 3 a 4 dias de tratamento. **Superdosagem:** Sintomas miocárdicos: distúrbios de geração e condução de impulso, como prolongamento PQ, alargamento QRS, supressão da automaticidade do nódulo sinusal, bloqueio atrioventricular, taquicardia ventricular, flutter ventricular e fibrilação ventricular. Também pode ocorrer hipotensão. **Sintomas não cardíacos:** convulsões, sonolência e morte. Deve-se realizar monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica, medidas gerais de suporte, assim como aquelas específicas para cada situação (agentes inotrópicos e/ou vasopressores, estimulação elétrica, correção hidroeletrólítica). **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS 1.0553.0309. Informações adicionais estão disponíveis após requisição. Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Rua Michigan, 735 – Brooklin, CEP 04566-905 São Paulo/SP.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde prescritores. Reprodução proibida. 06/2009

Abbott Center - Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
abbottcenter@abbott.com

 **Abbott**
A Promise for Life

Diretoria Administrativa

Prezados colegas,

Aproxima-se o **XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas**, a ser realizado em Campinas - SP, e a expectativa de nova superação a cada ano. Todo o esforço tem sido empreendido para a elaboração desse evento maior da nossa sociedade, e que certamente será de grande interesse para os cardiologistas de toda região e do Brasil.

Como instrumento de educação continuada, a SBC publicou o resumo de todas as diretrizes desde 2005, com a divulgação das diretrizes de FA e dos Dispositivos

Implantáveis da **SOBRAC**. Durante o 64º Congresso Brasileiro de Cardiologia, a Diretriz de FA foi divulgada intensamente, com duas sessões especiais dirigidas aos cardiologistas clínicos.

Foi intensificada a elaboração e a correção de novas questões para as provas de obtenção de Proficiência em Arritmia Clínica e Área de Atuação em Eletrofisiologia, que será realizada no dia 25 de novembro de 2009, durante o CBAC. Concomitantemente, finalizam-se os preparativos para o III Curso de Atualização de

Arritmia, contemplando as três áreas: Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial, organizado pela **SOBRAC**, que envolverá especialistas renomados do Brasil, e que ocorrerá em outubro.

Ratificamos que verifiquem o pagamento da anuidade da **SOBRAC**, permitindo a aquisição dos direitos concedidos ao sócio quite.

Abraço.

Luiz Magalhães



Comemorando as Bodas de Prata das Arritmias Cardíacas no Brasil

O 1º Congresso de Arritmias foi realizado no Rio de Janeiro, em 9 de novembro de 1984, no antigo Hotel Meridien, em Copacabana, como Simpósio Brasileiro de Arritmias Cardíacas. O sucesso foi garantido pela excelência de vinte e oito conferencistas vindos de diversos estados do país e uma plateia de trezentos participantes, contando com o apoio decisivo da indústria farmacêutica (laboratórios Knoll, Sarsa e Barrène) e de marca-passos artificiais (Medtronic e Cardiobrás). Nesse dia, foi constituído o Grupo de Estudos de Arritmias Cardíacas e Eletrofisiologia Clínica, sob a égide da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que evoluiu posteriormente para Departamento de Arritmias Cardíacas e, mais recentemente, para **SOBRAC**. Na ocasião, os conferencistas foram presenteados com uma calculadora eletrônica, representando o desenvolvimento tecnológico que, através de nossas mãos, estaria por vir; e as esposas receberam um porta-jóias de porcelana, em forma de coração, simbolizando a amizade que doravante passaria a nos unir. Eu trouxe as relíquias originais que, junto com o pôster de anúncio do Simpósio e o histórico do departamento de arritmias registrado no livro co-

memorativo dos cinquenta anos da SBC, farão parte do nosso Museu da Arritmia, a ser inaugurado futuramente.

Neste momento, não poderíamos deixar de agradecer aos nossos mestres daqui e do exterior, com quem muitos de nós treinamos e aprendemos a arte de lidar com as arritmias cardíacas, como Bernard Lown, Seymour Furman, Guy Fontaine, Bernard Dodinot, Leonard Horowitz, Masood Akhtar, Waldo e tantos outros, com especial destaque para Hein Wellens e Pedro Brugada, que prepararam o maior número de eletrofisiologistas que hoje atuam em nosso país.

Devemos a eles a preparação das sementes que, ao longo desses anos, germinaram e deram frutos, através da criação de inúmeros novos centros de arritmias cardíacas em todo país.

Alguns, mediante esforço e talento próprios, participaram do intenso e crescente intercâmbio internacional, igualmente atingindo a plenitude, sem necessariamente concretizar um treinamento no exterior.

Devemos creditar à indústria médica de equipamentos eletrônicos, cateteres e outros "devices", os méritos pela disponibilização de instrumental constantemente

aperfeiçoado, necessário para suprir as exigências da contínua evolução da tecnologia e do conhecimento humano, permitindo-nos crescer até estarmos entre os melhores do mundo. Muitas vezes chegamos a ficar inebriados com tanta sofisticação tecnológica à nossa disposição, porém não devemos esquecer jamais que não tratamos de arritmias, mas de pacientes com arritmias.

Finalizando, eu gostaria de dizer que "no perde e ganha da vida", poucos são os momentos de glória e de grande regozijo, por isso devemos comemorá-los efusivamente. São momentos mágicos que têm um sabor ainda mais especial quando compartilhados com os amigos. Pois bem, o grande sonho de criarmos uma sociedade atuante, competente, próspera e moderna, a serviço dos pacientes, com a ajuda de Deus, concretizou-se, e por isto estamos todos de parabéns!

Henrique Wolfgang Besser





(Re) Formulada.
(Re) Direcionada.
(Re) Vitalizada.

CRM-02 03/09 - P

Gerenciamento do Ritmo Cardíaco na Boston Scientific Uma Unidade de Negócios transformada para atendê-lo melhor

Reformulamos a forma de projetar, construir, testar e reportar informações sobre nossos produtos.

Estamos **direcionados** às suas necessidades, oferecendo um amplo portfólio de novos produtos.

Fazemos parte de uma empresa **revitalizada**, que alia a inovação e o rigor da qualidade Boston Scientific ao espírito pioneiro da Guidant. Nosso ritmo é regular e forte.

O resultado de todas estas mudanças, e os altos padrões de tecnologia e atendimento, fazem da Boston Scientific o seu melhor parceiro. Nossa missão é ajudá-lo a salvar e melhorar a qualidade de vida de seus pacientes.

Gerenciamento do Ritmo Cardíaco na Boston Scientific. Chegando ao Brasil!

www.bostonscientific.com/CRM

**Boston
Scientific**
Delivering what's next.™

Tratamento da Fibrilação Atrial: Drogas Antiarrítmicas ou Ablação por Cateter? Resultados de uma Revisão Sistemática Recente

A ablação por cateter na fibrilação atrial é uma opção terapêutica importante para muitos pacientes, e reservada para casos cujo tratamento inicial com drogas antiarrítmicas^{1,2} tenha falhado. Muitos especialistas acreditam, contudo, que a ablação poderia ser utilizada como tratamento de primeira escolha no controle da arritmia^{3,4}, embora ainda faltem dados de literatura robustos amparando essa abordagem.

De forma a contribuir para o esclarecimento dessas questões, uma meta-análise recentemente publicada, envolvendo duas revisões sistemáticas de literatura - uma delas com drogas antiarrítmicas e outra com ablação por cateter -, avaliou a eficácia e a segurança dessas duas estratégias no controle da fibrilação atrial⁵. Realizada entre 1990 e 2007, a análise incluiu sessenta e três estudos, envolvendo ablação, e trinta e quatro, utilizando drogas antiarrítmicas. Foram examinados apenas estudos em que a ablação tinha como objetivo o isolamento das veias pulmonares (com ou sem estratégia adicional), independentemente da técnica ou do tipo de cateter. Na revisão sobre drogas antiarrítmicas, foram incluídos apenas estudos prospectivos que utilizavam amiodarona, dofetilide, sotalol, propafenona ou flecainida.

Na manutenção do ritmo sinusal, a eficácia da ablação, associada ou não às dro-

gas antiarrítmicas, mostrou-se superior àquela do tratamento exclusivamente com fármacos antiarrítmicos. A taxa de sucesso da ablação, após um único procedimento e sem droga antiarrítmica associada, foi de 57%; com múltiplos procedimentos, mas sem droga antiarrítmica, o sucesso aumentou para 71%, chegando a 77% com a associação da referida droga. Já o sucesso relacionado apenas ao uso de droga antiarrítmica foi de 52%.

Eventos adversos foram mais comuns nos estudos com droga antiarrítmica (aproximadamente 30%), principalmente alterações gastrointestinais (6,5%), neuropatia (5%) e disfunção tireoidiana (3,3%).

Embora menos frequentes, os eventos adversos (4,9%), nos estudos que avaliaram a ablação, foram mais graves, incluindo tamponamento cardíaco, fístula atrioesofágica, AVC e estenose de veias pulmonares.

Essas observações sugerem uma maior eficácia da ablação por cateter em relação aos fármacos antiarrítmicos no tratamento da fibrilação atrial. Contudo, face à maior gravidade das complicações relacionadas ao procedimento ablativo, os autores não apenas concluem que a ablação por cateter na fibrilação atrial deve ser considerada após falha do tratamento com droga antiarrítmica, como também recomendam as nossas diretrizes.²



Jefferson Jaber



Guilherme Fenelon

Referências

1. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 2006. 114(7): p. e257-354.
2. Zimerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol*, 2009; 92 (6 supl 1):1-39.
3. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO, et al. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial. *JAMA*, 2005; 293:2634-2640.
4. Jais P, Cauchemez B, Macle L, et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation. The A4 Study. *Circulation*, 2008; 118:2498-2505.
5. Calkins H, Reynolds MR, Spector P, et al. Treatment of Atrial Fibrillation with Antiarrhythmic Drugs or Radiofrequency Ablation. Two Systematic Literature Reviews and Meta-Analyses. *Circ Arrhythmia and Electrophysiol*, 2009; 2:349-61.



Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas

ST. JUDE MEDICAL
MORE LIFELINE. STOP RISK.

INSTITUCIONAL
REVISTAS ELETRÔNICAS
JORNAL SOBRAC
LIVROS IMPORTANTES
FALE CONOSCO

CONGRESSO BRASILEIRO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÚBLICO GERAL ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Campina, 25 e 28 de Novembro de 2009
XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS
CONTROLANDO O RITMO COM MAESTRIA

Projeto "Coração na Batida Certa"



Márcio Figueiredo

Prevenção de Fenômenos Tromboembólicos na Fibrilação Atrial: Dabigatran Comparado aos Anticoagulantes Orais Convencionais

A fibrilação atrial não é só a arritmia mais comum na clínica. Estima-se que a arritmia afete aproximadamente sete milhões de indivíduos na Europa e nos Estados Unidos. É uma verdadeira pandemia, e com tendência a aumento expressivo de casos nos próximos anos. De fato, se levarmos em conta não só o crescimento da população de idosos no planeta, como também o aumento da incidência da fibrilação atrial, podemos chegar a previsões de dezesseis milhões de pacientes afetados em 2050.

Contra um inimigo tão poderoso, devemos usar todas as armas de que dispomos. Medicamentos e tratamentos não farmacológicos, associados à melhora nas condições de saúde cardiovascular em geral, são o nosso arsenal atual.

Como a maioria das doenças crônicas, a fibrilação atrial não mata diretamente, mas, sim, através de suas complicações. A trombose intracavitária e a embolia sistêmica são, indubitavelmente, as complicações mais temidas, e talvez as mais difíceis de serem evitadas no cenário atual. Os dicumarínicos, até hoje o tratamento profilático mais eficaz na prevenção desse tipo de complicação, trazem consigo o risco não desprezível de sangramento. Além disso, a necessidade de ajuste de doses com base em exames de sangue não facilita em nada a nossa vida, nem a do paciente. Nem os pacientes submetidos à ablação podem prescindir do uso de anticoagulantes.

A boa notícia é que o conhecimento da fisiopatologia, e o concomitante desenvolvimento de novos tratamentos, vêm trazendo para nosso auxílio novas terapias, cada vez mais seguras e eficazes. Se, no tratamento farmacológico ou intervencionista, o caminho parece árduo; no campo da prevenção de complicações embólicas, acabamos de ganhar um potencial aliado de peso. Foram recentemente publicados, na prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*, os dados do estudo ReLy, que avaliou a não inferioridade do Dabigatran em relação aos dicumarínicos disponíveis na atualidade. Trata-se de um

inibidor direto da trombina, utilizado por via oral, com propriedades anticoagulantes já conhecidas para a prevenção de trombose venosa, no pós-operatório de cirurgias ortopédicas. Como não havia comparação direta na prevenção de eventos em pacientes com arritmias cardíacas, esse fato motivou o desenvolvimento do estudo em questão.

Para isso, foram acompanhados nada menos que 18.113 pacientes com fibrilação atrial e risco de acidente vascular cerebral, que foram tratados com uma dose fixa pre-determinada de Dabigatran (por via oral, duas vezes ao dia) de maneira cega, comparado com uso de anticoagulantes orais convencionais, utilizados como se faz na clínica moderna (titulando a dose para manter o RNI entre 2 e 3). Após um seguimento médio de dois anos, o resultado primário avaliado foi a ocorrência de acidente vascular cerebral ou embolia sistêmica.

Os resultados demonstraram que o novo esquema terapêutico, com dose de 110 mg de Dabigatran, foi semelhante na prevenção desses eventos em relação ao tratamento convencional. Utilizando, contudo, uma dose maior (150 mg), o resultado do novo tratamento pôde ser considerado superior, com risco relativo de 0,66. Já a ocorrência de sangramento foi menor

no grupo que utilizou doses menores do novo fármaco (2,71% por ano), em comparação tanto com a dose maior (3,11% por ano) quanto com o tratamento convencional (3,36% por ano). A ocorrência de acidente vascular hemorrágico foi semelhante nos dois regimes de Dabigatran, e ambos com ocorrência menor em relação aos dicumarínicos. Os autores concluíram que o tratamento com doses mais baixas de Dabigatran (110 mg) associou-se com taxas semelhantes de acidente vascular cerebral e embolia, e menores taxas de acidentes vasculares hemorrágicos. Na dose de 150 mg, ocorreram menos acidentes vasculares e embolia, mas a mesma taxa de sangramento, se comparado com os anticoagulantes orais disponíveis atualmente.

Os resultados são, pois, auspiciosos. Estamos todos esperando para o tratamento mais fácil e seguro para o manejo do risco de eventos embólicos para os pacientes com fibrilação atrial. Como, em breve, o medicamento estará disponível para uso, esperamos que essa nova arma possa auxiliá-los na difícil batalha contra a fibrilação atrial.

Referências

1. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *New Engl J Med*, 2009; 361(12):1139-1151.




XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS
CONTROLANDO O RITMO COM MAESTRIA

www.felliniturismo.com.br/sobrac

De 25 a 28 de Novembro de 2009
The Royal Palm Plaza
Campinas - SP

Fone: (51) 3216-6300
eventos@felliniturismo.com.br

Câmara Municipal de São Paulo Homenageia a SOBRAC

P

Por iniciativa do vereador Celso Jatene, em 14 de agosto de 2009, a Câmara Municipal de São Paulo prestou homenagem aos 25 anos de existência da **SOBRAC**.

Em uma elegante cerimônia, realizada no principal salão de eventos do suntuoso Fórum de Vereadores da Cidade de São Paulo, compareceram ao encontro várias autoridades políticas, membros ilustres da **SOBRAC** e seus familiares, além de representantes e dirigentes das indústrias de aparelhos biomédicos e medicamentos.

Após acordes do Hino Nacional Brasileiro, os trabalhos foram iniciados pelo vereador Celso Jatene que justificou sua proposta em reconhecimento ao importante papel social prestado pela **SOBRAC** à comunidade paulistana e brasileira. Destacou o sucesso da **Campanha Coração na Batida Certa** e reforçou a importância da homenagem por incluir a **SOBRAC** nos **Anais da Câmara de São Paulo**, um modo de oficializar a mobilização e de alavancar ainda mais sua difusão.

Em seguida, subiram, sequencialmente, ao púlpito: Martino Martinelli, na condição de presidente da **Campanha Coração na Batida Certa**; Leandro Zimmerman, o presidente em exercício da **SOBRAC**; o decano Hélio Germiniani; os ex-presidentes Paulo Broffman, Adalberto Lorga, Jacob Atié e o diretor-científico em exercício, Guilherme Fenelon.

Todos os oradores fizeram menção aos momentos históricos dos 25 anos de nossa sociedade e a sua vivência individual. Foram revividos, em detalhes, fatos como a criação do Grupo de Estudo de Arritmia, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial em 1984; a mudança para Departamento de Arritmias Cardíacas e Eletrofisiologia Clínica (DAEC-SBC) em 1988; e, finalmente, os trâmites para a criação da **SOBRAC**, em setembro de 2005.

A seguir, o vereador Celso Jatene passou às mãos do presidente Leandro Zimmerman uma preciosa salva de prata, estampando o reconhecimento da **Câmara de São Paulo** aos serviços prestados pela **SOBRAC**, um troféu que eterniza o nome de nossa querida entidade nos anais desse prestigioso órgão público.

Ao final, a **SOBRAC** homenageou, com placas de prata, os fundadores do Grupo de Estudo de Arritmia, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca Artificial (1984), na pessoa do Dr. Henrique Besser, e o vereador Celso Jatene, pelo reconhecimento ao desempenho da nossa sociedade.





**Ribeirão Preto - SP
Parque Curupira**



**Belém - PA
Shopping Pátio Belém**



**Goiânia - GO
Goiânia Shopping**



**Salvador - BA
Shopping Barra**

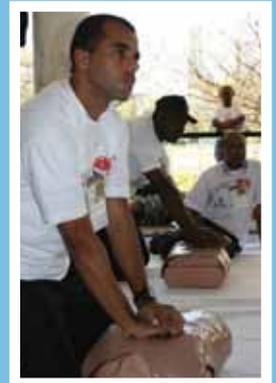


**Palestra:
"Mitos e Verdades sobre as
Arritmias Cardíacas e Morte Súbita"**



SOBRAC EM FOCO

São Paulo - SP
Parque Ibirapuera - Treinamento





PrECon Alavanca Campanha Coração na Batida Certa

As bem sucedidas Jornadas Científicas interativas do **PreCon**, responsáveis pela difusão do conhecimento e da atualização das Arritmias Cardíacas pelo Brasil, passaram a contar, em 2009, com a realização de eventos regionais da Campanha Coração na Batida Certa. Trata-se da ampliação da mobilização local, comemorada em todo o país no Dia de Alerta, 12 de novembro. Essa iniciativa conta com o apoio das empresas Boston Scientific, Grupo Qualicorp e Sanofi Aventis.

A partir de março deste ano, por ocasião do **PrEcon** – Ribeirão Preto, onde a Campanha envolveu um grande Parque Público e o Calçadão do Centro, em uma edição enxuta do Dia de Alerta, foram realizadas mobilizações em Salvador, Belém, Goiânia e São Paulo.

Com adaptações locais sugeridas pelos coordenadores regionais do **PrEcon** que emprestaram prestígio pessoal para obter apoio logístico e de mídia, todas as praças atingiram os objetivos da Coordenação da Campanha: manter a mobilização viva durante todo ano, educando continuamente a população e divulgando o Dia de Alerta.

Durante o **PrEcon** de Belém e de São Paulo, também foram realizadas as sessões educativas de atendimento à PC, com auxílio do DEA - o **PrECAP-SOBAC**.

Em Belém, foram treinados todos os funcionários e seguranças de um grande Centro Comercial e, em São Paulo, a Brigada de Segurança do Parque de Ibirapuera, propriedade da Prefeitura de São Paulo. Essas ações, com coordenação administrativa e logística próprias da **SOBRAC**, permitem projetar o nome da sociedade, criando um selo de credibilidade e de idoneidade junto a entidades públicas e privadas.

Todo esse esforço da **SOBRAC** tem sido recompensado por meio de expressivo retorno de público e mídia, que serve de estímulo para nosso contínuo investimento nessa mobilização.



**CORAÇÃO
NA BATIDA CERTA**
Dia Nacional de Prevenção das Arritmias
(Cardíacas e Morte Súbita)

PrECon
Programa de
Educação
Continuada **SOBRAC**



Catedral de Belém - Belém (PA)



Parque do Ibirapuera - São Paulo (SP)

Síncope Durante Direção Automotiva: Qual é o Prognóstico?

Síncope é um evento clínico frequente, com incidência de 6,2/1000 indivíduos-ano e recorrência de 9-20%. Corresponde a 3-5% das consultas em emergência e 1-6% das admissões hospitalares. Fraturas e acidentes automobilísticos são reportados em 6% dos pacientes. Assim, definir características, risco de recorrência e prognóstico dos pacientes que apresentam síncope durante direção é uma questão relevante, tanto do ponto de vista individual do paciente, como do ponto de vista público, em razão do risco de acidentes.

Sorajja e cols. conduziram inédito estudo de caso-controle para avaliar pacientes que apresentaram síncope durante direção. De um total de 3.877 pacientes avaliados por síncope em centro de referência, 381 (9,8%) apresentaram síncope enquanto dirigiam (grupo direção). No grupo direção, 65,1% eram do sexo masculino, comparados a 47,4% no grupo controle (não direção) ($p < 0,001$). A idade média, no grupo direção, foi de $55,8 \pm 18,4$ anos, comparada a $56,8 \pm 23,8$ anos, no grupo

controle. Doença cardiovascular estava presente em 26,5%, no grupo direção, e em 21%, no grupo controle ($p < 0,01$).

Com relação à etiologia, a causa mais comum, em ambos os grupos, foi a neuro-mediada (37,3 e 35,7% respectivamente). Bradirritmia foi a causa em 6,6 e 6,3%; taquicardia ventricular em 5,2 e 3,7%, sem diferença significativa entre os grupos. No grupo direção, a etiologia foi considerada desconhecida em 23,6%, comparada a 17,8% no grupo controle ($p = 0,005$). A recorrência da síncope em seis e doze meses, foi, no grupo direção, de 12 e 14,1% e de 12 e 17%, no grupo controle ($p = 0,21$). No grupo direção, a recorrência de síncope durante direção foi de 0,7% em seis meses e de 1,1% em doze meses. A probabilidade cumulativa de recorrência durante direção foi de 7% em oito anos.

A mortalidade, no grupo direção, não foi diferente da mortalidade da população da área de referência pareada por sexo e idade. De modo semelhante a outros estudos, fatores associados à maior mortalidade fo-

Maurício Pimentel



ram presença de doença cardiovascular, taquicardia ventricular, bloqueio atrioventricular e idade. Embora com limitações, como a não inclusão de pacientes com síncope e acidente fatal, o estudo traz importantes informações para o atendimento e a orientação dos pacientes que apresentam síncope durante direção. A SOBRAC está elaborando documento nacional com recomendações sobre esse importante assunto.

Referências

1. Sorajja D, Nesbitt GC, Hodge DO, Low PA, Hammill SC, Gersch BJ, Shen WK. Syncope while driving. Clinical characteristics, causes and prognosis. *Circulation*, 2009;120:928-34.
2. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, Levy D. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med*, 2002;347:878-885.

WWW.CARDIOS.COM.BR

A **Cardios** somente comercializa equipamentos dos quais tem o completo domínio da sua tecnologia para garantir o melhor suporte técnico e a permanente atualização dos seus produtos além de possuir uma estrutura que inclui:

Treinamento operacional para os usuários dos seus sistemas.

Suporte técnico e científico por telefone, e-mail ou fax, reconhecido pela sua qualidade e eficiência.

Padrão Ouro em Holter e MAPA no Brasil

Desenvolvimento e fabricação de analisadores e gravadores de Holter e monitores de MAPA de última geração.

Desenvolvimento e manutenção de softwares de transmissão de gravações de Holter e MAPA via Internet.

CardioLight



O gravador de Holter mais premiado no Brasil e na Europa.

- Aquisição do sinal 800 pps - 12 bits;
- Circuito de detecção do marcapasso;
- Emissor - Receptor Infravermelho;
- Realiza gravações de **24-48h** contínuas, sem mudança de pilha ou cartão.

CardioSeven



O gravador digital de Holter de **7 dias**.

Dyna-MAPA+ **NOVO**



Novo design, Mais ergonômico, Mais confortável, Novos recursos, Mais resistente

CardioSmart



Família de Softwares de Análise de Holter.

CardioNet



Transmissão de Exames de Holter e MAPA via Internet

CardioFlash+



Holter **24-48h**, ECGd e Eventos em Loop com um único aparelho.



Cardio Sistemas Coml. Indl. Ltda

Av. Paulista, 509 1º andar 01311-910 São Paulo SP

Tel. Geral: 11 3883-3000 Fax: 11 3883-3060

Vendas: 11 3883-3030 SSC: 11 3883-3010

www.cardios.com.br



Apresentando

Concerto CRT-D

Virtuoso CDI



- ✓ *Terapias inteligentes*
 - ✓ *MVP*
 - ✓ *ATP durante a carga*

- ✓ *Alertas avançados*
 - ✓ *OptiVol*

- ✓ *Telemetria Wireless*
 - ✓ *Conexus*



Medtronic

Aliviar a dor • Restabelecer a saúde • Prolongar a vida

11- 2182 9200 WWW.MEDTRONICBRASIL.COM.BR

Eficácia da Ressincronização Cardíaca: Afinal, a Localização do Eletrodo faz a Diferença?

Embora os estudos clínicos em ressincronização (TRC) na insuficiência cardíaca (IC) tenham demonstrado melhora na qualidade de vida e na redução de mortalidade, parcela significativa de até 30% dos pacientes seguem sem resposta ao método. Diversas estratégias têm sido propostas no sentido de reduzir as taxas de não respondedores, desde métodos de seleção (características clínicas, ECG, parâmetros ecocardiográficos, RMN), até ajuste de programação e seleção do melhor sítio de estimulação. Nesse sentido, a parede lateral tem sido preconizada como a localização de escolha para a estimulação do VE, considerando os desfechos hemodinâmicos encontrados em alguns estudos que comparam sítios diferentes de estimulação. Uma importante limitação dessa estratégia é a disponibilidade anatômica de veias acessíveis para a colocação do eletrodo, por vezes impossibilitando a estimulação da parede lateral. Nesses casos, as condutas variam de acordo com os serviços, colocando-se o eletrodo na parede anterior ou fazendo um procedimento mais invasivo, com implante direto via toracotomia.

Na edição de julho deste ano do *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, os autores do COMPANION apresentam um subestudo que acrescenta informações importantes a essa questão. Foram correlacionados os resultados de redução de mortalidade e hospitalização, e também parâmetros funcionais como teste de caminhada, escore de qualidade de vida e classe funcional com a posição do eletrodo implantado no VE via seio coronário. Foram analisados, nesse estudo, 1071 pa-

cientes com TRC associado ou não ao CDI. A localização do eletrodo foi definida de acordo com a visualização à radiografia de tórax em PA: parede anterior (26%), lateral (64%) e posterior (10%). Nas três posições avaliadas, foi evidente o benefício quanto aos parâmetros funcionais; e foi reduzido o desfecho morte ou hospitalização por IC. A única diferença encontrada foi no desfecho morte ou hospitalização por qualquer causa, em que os pacientes com eletrodo na parede posterior não tiveram redução significativa.

Algumas limitações são sinalizadas pelos próprios autores e também em editorial publicado no mesmo número: a análise é retrospectiva e a escolha da posição do eletrodo do VE não foi aleatória. Apenas 10% dos pacientes tiveram o eletrodo colocado na parede posterior. Dessa forma, não é possível afastar fatores de confusão na análise das variáveis. A questão de qual o melhor sítio de estimulação do VE está, portanto, longe de ser definitivamente esclarecida, se é que existe uma resposta definitiva. Os resultados do COMPANION trazem informações que vão contra o pensamento geral: o de que a estimulação da parede anterior está associada a piores resultados com a TRC. Esse pensamento é baseado em estudos de efeitos hemodinâmicos na fase aguda, como aqueles realizados pelo Dr. Auricchio que demonstraram maior incremento na dP/dt e na pressão de pulso com a estimulação parede lateral do VE, comparado à parede anterior. Contudo, desfechos hemodinâmicos agudos não podem ser considerados suficientes para determinar a superioridade de uma estratégia terapêutica em



Alexsandro Fagundes

IC, haja vista o exemplo dos resultados negativos com infusão de drogas vasoativas.

Considerando todas as limitações de uma análise retrospectiva, a maior contribuição desse estudo é a de consubstanciar uma conduta mais conservadora no momento do implante do marca-passo multissítio. O estudo não é o suficiente para desviar o foco inicial de localização do eletrodo do VE, que é em uma veia lateral. Mas, diante de limitações anatômicas, em que não é possível cateterizar uma veia lateral, torna-se admissível utilizar uma veia anterior e observar a resposta por um período, ao invés de definir, de imediato, o implante via toracotomia. Essa conduta pode estar respaldada nos resultados do COMPANION, até que estudos randomizados prospectivos com desfechos clínicos e funcionais acrescentem maiores informações à referida questão.

Referências

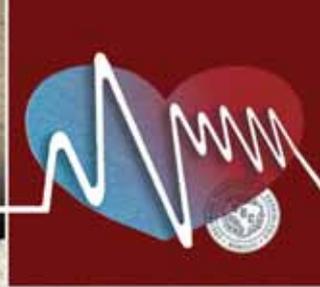
1. Saxon LA, Olshansky B, Volosin K, Steinberg JS, Lee BK, Tomassoni G, Guarnieri T, Rao A, Yong P, Galle E, Leigh J, Ecklund F, Bristow MR. Influence of left ventricular lead location on outcomes in the COMPANION study. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2009 jul;20(7):764-8.
2. Butter C, Auricchio A, Stellbrink C, Fleck E, Ding J, Yu Y, Huvelle E, Spinelli J; Pacing Therapy for Chronic Heart Failure II Study Group. Effect of resynchronization therapy stimulation site on the systolic function of heart failure patients. *Circulation*, 2001 dec 18;104(25):3026-9.

Seja sócio da SOBRAC

Saiba os benefícios de ser associado e obtenha informações de como se associar no site:

www.sobrac.org

Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas **SOBRAC**



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.

Os novos CDIs Current™ RF

O mais novo desfibrilador **Current™ RF** já está disponível no Brasil nas versões DR e VR.

A sigla em inglês RF significa radio frequência e mostra a capacidade destes novos geradores de comunicar-se sem fio com o novo programador Merlim™ da St. Jude Medical. Este novo sistema de telemetria sem fio chama-se **InvisiLink™** e permitirá mais conveniência ao médico e aos pacientes. Os CDIs Current™ possuem mais segurança com a **Redundância Tripla** dos sistemas de backup, garantindo assim a entrega da terapia de choque, mesmo em condições improváveis de falhas do dispositivo. O CDIs Current™ garantem mais controle das atividades do paciente com o novo relatório de atividade do paciente **Heart-in-Focus™**. Outras novidades são a gravação preferencial de IEGMs, a programação de até 2 ATPs por zona de detecção e a verificação diária da integridade das molas de choque de forma imperceptível ao paciente.

O CDIs Current™ também possuem os recursos de notificação vibratória do paciente, busca pelo ritmo intrínseco VIP™, supressão de fibrilação atrial AF Suppression™ e otimização de intervalos AV QuickOpt™ já encontrados na família Atlas™ II.

A St. Jude Medical se dedica ao avanço da prática da medicina, dando ênfase à redução de riscos, sempre que possível, e contribuindo com resultados satisfatórios para todos os pacientes. É nossa missão desenvolver tecnologia médica e serviços que garantam o maior controle possível nas mãos daqueles que tratam pacientes cardíacos, neurológicos e com dores crônicas, mundialmente. A empresa tem cinco áreas principais de foco que incluem o gerenciamento do ritmo cardíaco, a fibrilação atrial, a cirurgia cardíaca, a cardiologia e a neuromodulação. Sediada em St. Paul, Minnesota, a St. Jude Medical emprega aproximadamente 14.000 pessoas mundialmente. Para mais informações, por favor, visite:

www.sjm.com

Novo Home Monitoring Service Center 3

Após análise do contexto atual do acompanhamento clínico de pacientes com dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, constatamos:

- 1) Aumento da quantidade de pacientes portadores destes dispositivos;
- 2) Aumento exponencial do número de avaliações clínicas periódicas destes pacientes;
- 3) Aumento da complexidade dos dispositivos;

Desta forma, há uma tendência em se sobrecarregar o volume e a duração das consultas médicas que uma clínica é capaz de realizar. Uma alternativa para resolver este problema é a priorização das consultas dos pacientes que apresentam urgência. A solução é o **Home Monitoring (HM)**, uma tecnologia pioneira de monitoração remota sem fio desenvolvida pela Biotronik.

Como o **Home Monitoring** pode me ajudar?

Baseado em critérios individualmente definidos pelo médico, o **HM** automaticamente indica quais pacientes necessitam de atenção especial. Desta forma, o médico pode antecipar a avaliação do paciente de forma a resolver rapidamente um problema que pode se agravar com o tempo.

Como o **Home Monitoring** otimiza meu tempo?

Através de um acesso restrito e seguro na Internet, o médico pode remotamente visualizar e avaliar os dados técnicos e clínicos enviados pelo dispositivo. Qualquer irregularidade detectada pelo sistema deflagra automaticamente um aviso para o médico.

Que benefício o **Home Monitoring** pode proporcionar?

Detectar de forma precoce e rápida eventos adversos assintomáticos apresentados pelo paciente. Como por exemplo, fibrilação atrial ou uma anomalia técnica.

O que é **Home Monitoring Service Center 3**?

É a nova Central de Serviços do HM, que processa automaticamente os dados enviados diariamente pelos dispositivos Biotronik implantados. Os dados disponíveis no site são pré-analisados e classificados por meio de um código de cores. Pacientes com relatórios em vermelho necessitam urgência na análise, pacientes em amarelo precisam de revisão.

Características:

- Dados constantemente atualizados.
- Mobilidade mundial (*wireless*).
- Simples: 100% automático.
- Confiabilidade: 8 anos de experiência.
- Eletrograma em alta definição.
- Classificação automática das informações (sistema semáforo).

Gerenciamento do Ritmo Cardíaco na Boston Scientific.
Uma Unidade de Negócios transformada para atendê-lo melhor



Chegando ao Brasil!

www.bostonscientific.com/CRM

Boston Scientific

CARDIOS Padrão Ouro
em transmissão de exames de Holter e MAPA via Internet

A **Cardios** estará presente nos seguintes Congressos, venha nos visitar:

<p>25 a 28 de Novembro</p> <p>Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas</p> <p>The Royal Palm Plaza Hotel Resort / Campinas-SP</p>	<p>02 a 05 de Dezembro</p> <p>Congresso Nacional do DERC</p> <p>Hotel Tropical Tambau / João Pessoa-PB</p>
--	--



A nova tecnologia em holter, que em breve estará disponível no mercado, já faz parte da realidade da HolterExpress. Nomad, o holter digital da Micromed, é o novo diferencial que a maior central de análise de holter da América Latina coloca à disposição de seus clientes e parceiros. Toda agilidade e precisão que o novo software proporciona, estão integradas desde já ao conceito de excelência no atendimento que a HolterExpress oferece e vêm somar-se aos outros benefícios consagrados, como a Portabilidade, o SafeFTP, o CARDIONET CLIENT para clientes Cardios e o INTERNET CONNECTION CLIENT, para clientes DMS, sem custo adicional e ainda uma competente equipe de apoio formada por cardiologistas clínicos, eletrofisiologistas e especialistas em marcapasso. Dessa forma a HolterExpress solidifica seus status de líder no mercado em seu segmento, oferecendo sempre a vanguarda da tecnologia.

CDI na Cardiopatia Chagásica Crônica: o Médico tem Convicção da Utilidade, mas a Indicação não tem Embasamento Científico!

A eficácia dos cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) na prevenção primária ou secundária de morte súbita cardíaca (MSC), em diferentes populações e cardiopatias, está bem estabelecida. Ainda assim, a comunidade científica internacional busca elementos para aprimorar a estratificação de risco dos candidatos a essa alternativa terapêutica, para com isso melhorar seu custo-benefício. Trata-se de procedimento de alto custo, com forte poder de impacto sobre a política de saúde pública e privada.

Nesse contexto, o panorama brasileiro é ainda mais complexo: a comunidade médica reconhece que uma parcela significativa de portadores de CDI tem cardiopatia chagásica crônica (CCC), e não há evidência científica consistente para sustentar essa indicação. Isto porque nenhum estudo randomizado, em larga escala, foi realizado: apenas coortes retrospectivas ou registros sem seguimento longitudinal.

Então, como os médicos procedem diante dos chagásicos ressuscitados de PCR? Convictos, de um modo geral, indicam implante de CDI, baseados nas evidências obtidas por grandes estudos que não incluíram pacientes com CCC. Quem vive o drama de assistir um paciente com TV/FV e tem o êxito de recuperá-lo não admite outra conduta!

Sendo assim, vamos imaginar que não exista alternativa melhor. A questão passa a ser: devemos encarar a TVS sincopal da mesma maneira? Não se sabe por que vários estudos demonstraram que amiodarona pode ser uma excelente opção.

Há os que defendam as indicações de CDI na CCC por similaridade, alegando que

existem inúmeras características anatomo-funcionais comuns à cardiomiopatia isquêmica e ou dilatada idiopática em relação à CCC, tais como presença de alteração da contração segmentar, ocorrência de aneurisma do ventrículo esquerdo, presença de miocardite crônica, anormalidades geométricas, áreas de fibrose transmural, trombos intramurais, distúrbios elétricos avançados e outros.

Não é possível comparar doenças de mecanismos fisiopatológicos tão distintos. Seria correto criar evidências, com a realização de estudos com desfechos relevantes que incluam apenas chagásicos, comparando-os aleatoriamente com droga ativa. Esse dilema, fruto de muitos debates entre especialistas de nosso meio, tem sido tratado com muita ansiedade e não chega ao fim.

De qualquer forma, ainda que a conduta para prevenção de MSC nos pacientes com CCC seja extrapolada de outros estudos, a sua taxa de ocorrência no Brasil difere das outras cardiopatias. Em um estudo realizado em Campinas (SP), que avaliou a correlação entre a ocorrência de morte súbita e os achados de estudos anatomo-patológicos de 1056 necrópsias, a cardiopatia isquêmica representou 38% da população estudada (1ª causa) e a miocardite chagásica ocorreu em 11%¹. Por outro lado, em alguns centros de referência, a proporção de pacientes chagásicos de alto risco ou já portadores de CDI pode chegar a 30%.

De janeiro/2008 a julho/2009, segundo o Datasus (www.datasus.gov.br), houve 1957 cirurgias com CDI no Brasil, envolvendo implantes e trocas de gerador câ-



Ricardo Alkmim Teixeira

mara-única, câmara-dupla e multissítio (região sudeste 54%; sul 16,6%; centro-oeste 13,3%; nordeste 12,3%; norte 3,7%). Desse total, cerca de 28% eram chagásicos. Considerando que, no Brasil, devam ocorrer oitocentos casos de MSC ao dia², fica claro que apenas reduzida parcela recebe um CDI, em nosso meio.

Por causa dessa limitação, as indicações de CDI consagradas precisam ser continuamente reavaliadas; a estratificação de risco deve ser incrementada e novos estudos relevantes devem ser realizados, sobretudo envolvendo lacunas de evidências científicas, como é o caso da CCC.

Dessa forma, a medicina brasileira poderá cumprir seu papel de contribuir para a expansão do conhecimento de tão grave e genuíno problema de saúde pública.

Ao poder público, cabe incentivar essa iniciativa, viabilizando também a análise de custo-efetividade, essencial para o melhor direcionamento dos recursos disponíveis.

Referências

1. Curti, H. J.; Sanches, Paulo Cesar Ribeiro; Jabur Filho, M; Mazzoni, C. J; Pasian, S; Carvalhal, Silvio dos Santos. Morte súbita em uma população de baixo nível socioeconômico da cidade de Campinas: estudo anatomo-patológico. *Arq Bras Cardiol*, 1983;41(2):109-14.
2. Canesin MF, Timermam S, Marques FRB, Ferreira D, Moura IR. Tempo é Vida: um dever de conscientização da morte súbita. *Arq Bras Cardiol*, 2005;84(6):449-51.

Martino Martinelli Filho



Como é bom ser sócio da SOBRAC!

Pelo site da SOBRAC, você acessa todo conteúdo online de edições anteriores, atualiza cadastro, faz requisição do cartão fidelidade, e muitos outros benefícios...



Cylos 990. A solução perfeita para uma hemodinâmica otimizada.

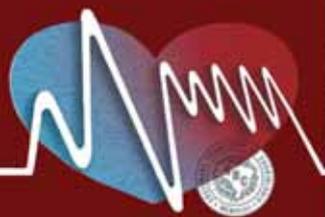


Você não precisa escolher entre otimizar a hemodinâmica dos seus pacientes ou reduzir a complexidade da terapia.

“Closed Loop Stimulation”, a estimulação em malha fechada, emula a natureza de um nó sinusal saudável, assegurando a comprovada adaptação fisiológica da frequência.

Permite uma avaliação completamente automatizada e eficiente para que você se concentre no essencial... seus pacientes.

Cylos 990. Proporciona o gerenciamento avançado dos pacientes.



SOBRAC/SBC

Jornada de Atualização em Arritmias Cardíacas

INTERNACIONAIS

AGOSTO

28 de Agosto a 01 de Setembro de 2009
 EUROPEAN ANNUAL CONGRESS OF CARDIOLOGY
Barcelona - Espanha

NACIONAIS

SETEMBRO

12 a 16 de Setembro de 2009
 64º Congresso Brasileiro de Cardiologia
Centro de Convenções da Bahia - Salvador

NOVEMBRO

25 a 28 de Novembro de 2009
 XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas
The Royal Palm Plaza Hotel Resort - Campinas - SP

OUTUBRO

30 e 31 de Outubro de 2009
 PrECon:
 Jornada de Atualização em Arritmias Cardíacas
Rio de Janeiro - RJ
 Coordenador Local: Jacob Atié

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA (PrECon) SOBRAC

AGOSTO

14 e 15 de Agosto de 2009
 PrECon:
 Jornada de Atualização em Arritmias Cardíacas
São Paulo - SP
 Coordenador Local: Martino Martinelli Filho

INFORMAÇÕES:

SOBRAC - (11) 5543-1824 / 5543-0059
 Site: www.sobrac.org
Rowam Eventos - (41) 3342-9078
 Site: rowameventos@rowameventos.com.br

OUTROS EVENTOS

25 de Abril a 12 de Dezembro de 2009

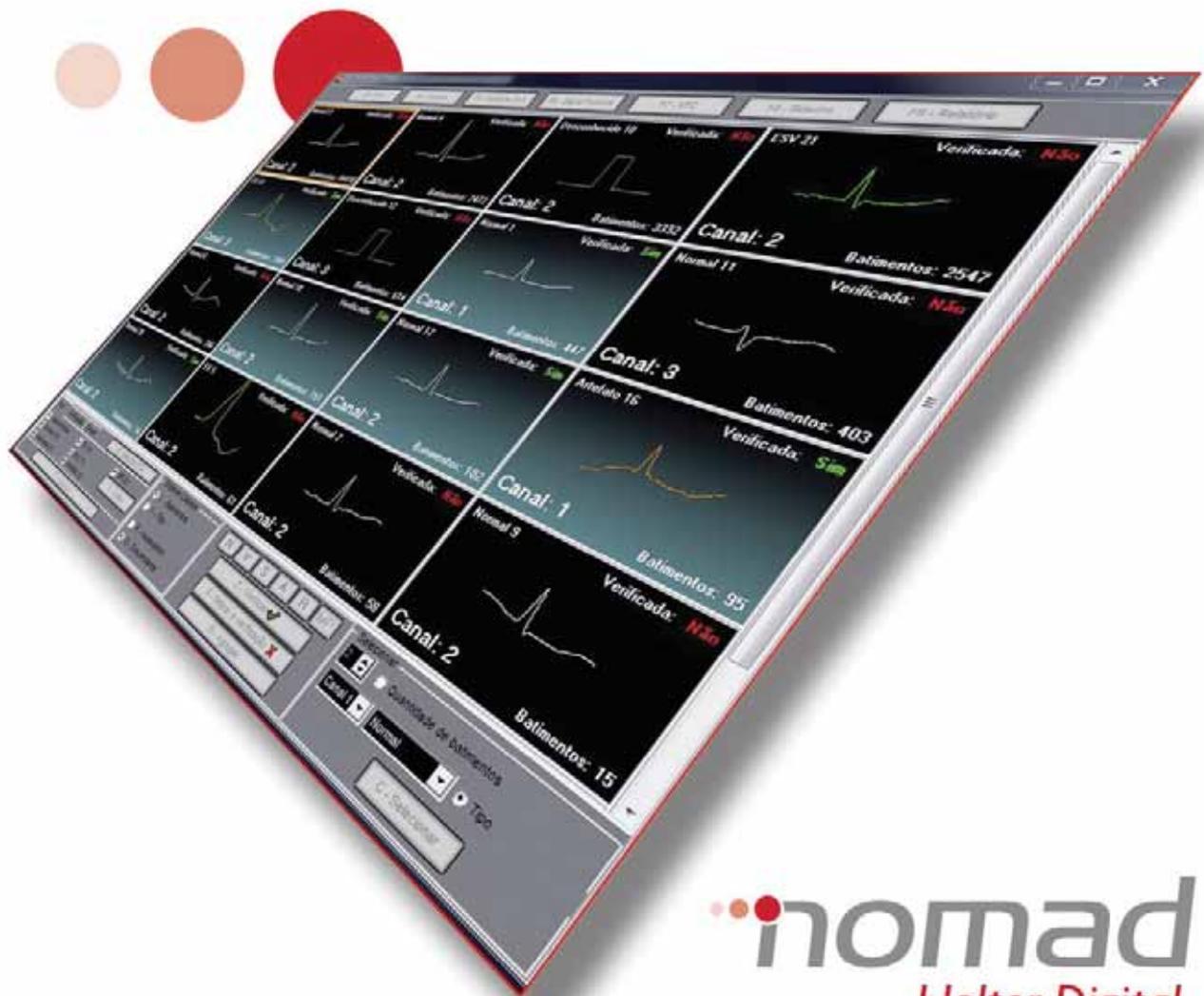
VII Curso Continuo do PRO-AC - Programa de Acreditação Profissional em Arritmias Cardíacas, Eletrofisiologia e Estimulação Artificial

INFORMAÇÕES:

Telefone: (11) 3069-5516
 Fax: (11) 3081-7148
 E-mail: janete.jenel@incor.usp.br

Rio de Janeiro





nomad Holter Digital

O Holter que a **Micromed** está lançando já faz parte da tecnologia da **HolterExpress**

Visando sempre a excelência na qualidade das análises, a **HolterExpress** antecipou-se ao lançamento comercial do mais moderno Holter Digital e já incorporou o **Nomad** à sua tecnologia, aumentando ainda mais as possibilidades e precisão da análise de holter a seus clientes.

Mais rapidez na leitura do exame até o laudo, holter em três derivações, possibilidade de checar o sinal antes de iniciar o exame, sistema Central e Remoto em um único software, sinal limpo previamente após a leitura do exame para agilizar a análise, são novos recursos que se somam a todos os outros benefícios que só a maior central de análise de holter da América Latina pode oferecer.

Clientes HolterExpress contam ainda, sem custo adicional, do **CARDIONET CLIENT*** para clientes Cardios e **INTERNET CONNECTION CLIENT*** para clientes DMS, além de contar com uma destacada equipe de apoio formada por cardiologistas clínicos, eletrofisiologistas e especialistas em marcapasso, que garante total qualidade e agilidade nos laudos.



HolterEXPRESS

0800-6-HOLTER
www.holterexpress.com

