



**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	Pedro Adragão - Portugal
Diogo Cavaco - Portugal	Ricardo Pesce - Argentina
João Primo - Portugal	Serge Cazeau - França
José Luis Ramos - Argentina	Thomas Morgan Knutsen - Noruega
John Camm - Inglaterra	















Realização

Informações

Agência de Viagens



Rowam Eventos - LB Redeschi
Telefax: 55 41 3342.9078
rowameventos@rowameventos.com.br
www.rowameventos.com.br

Fellini Turismo e Viagens Ltda.
Fonefax: 55 51 3216-6300
eventos@felliniturismo.com.br
www.felliniturismo.com.br/sobrac

Sumário

Carta do Presidente da SOBRAC
3

**Palavra do Presidente do
XXVI Congresso Brasileiro
de Arritmias Cardíacas**
5

SOBRAC em Foco
7

**Destaques do Simpósio de
Arritmias de Veneza
(Venice Arrhythmias 2009)**
11

**Fibrilação Atrial: Perspectivas
Futuras na Prevenção de
Acidentes Tromboembólicos**
13

**Divulgação das Chapas
Candidatas à Diretoria e ao
Conselho Científico -
Biênio 2010/2011**
15

**Novos Agentes Cumarínicos:
Substituto da Varfarina à Vista?**
17

**Home Monitoring: Ferramenta
Indispensável Para o Manuseio
Clínico de Portadores de
Dispositivos Cardíacos Eletrônicos
Implantáveis?**
19

**Prestação de contas: Diretoria
Biênio 2008-2009**
21



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

Ângelo 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,

Chegamos ao final do ano de 2009 e, junto, ao final do mandato desta Diretoria. Foram dois anos cheios. Cheios de trabalho, esforço, críticas, aprendizagem e reconhecimento. Nesta última carta do Presidente, mais do que somente falar da situação atual, gostaria de fazer um pequeno histórico do que vivemos e do que fizemos.

A **SOBRAC** vem crescendo, e esta gestão procurou manter os programas e as atividades bem sucedidos, mantendo-se aberta a sugestões de colegas. Várias das ideias e ações foram atuações conjuntas da Diretoria, dos sócios e dos patrocinadores, e deixo meu agradecimento público por isto.

Muita coisa foi feita, e acho importante que prestemos conta. Do ponto de vista administrativo, estamos com o sistema de informática todo atualizado e regularizado. A situação econômica é de superávit, mesmo em época de crise mundial. Os gastos foram cuidadosamente analisados e planejados para que fôssemos uma Sociedade enxuta. A situação fiscal está também completamente regularizada. E o número de sócios não para de crescer, com uma inadimplência insignificante. Para que chegássemos ao estágio atual, cabe ressaltar a constante atuação de nossas secretárias e das consultorias jurídica e contábil.

A atuação de defesa profissional foi marcante. Fizemos documentos públicos, expressando a importância de métodos de alta tecnologia, como mapeamento eletroanatômico e ecocardiograma intracardiaco. Gestões foram feitas junto à Agência Nacional de Saúde para que muitos dos instrumentos por nós utilizados, como mapeamento eletroanatômico ou registrador de eventos implantável, fossem colocados no rol de procedimentos. Além disso, posicionamo-nos firmemente contrários à proposta de passar às operadoras de saúde o direito de escolher a marca de órteses e próteses, por entendermos que é papel do médico. Contatos foram realizados com empresas para evitar que medicações fossem retiradas do mercado, em alguns casos com sucesso (como o Florinef), em outras sem sucesso (como a procainamida, retirada do mercado mundial). Estamos com a prova para obtenção do título de especialista em eletrofisiologia informatizada, com banco de questões validadas, e as provas práticas em dia. A gestão pela área de atuação em dispositivos implantáveis ganhou corpo e, em ação conjunta com o DECA, foi finalmente encaminhada à AMB. E tudo isto sem contar as várias ações que estavam sendo movidas contra colegas, e nas quais pudemos nos posicionar no sentido de proteger a atuação de nossos associados.

Em relação aos aspectos científicos, temos a satisfação de deixar a **SOBRAC** em um excepcional momento. O Congresso cresce e já passou dos 1000 participantes. Os **PreCons** têm levado a todas as regiões do país a educação continuada, com eventos reunindo mais de 200 participantes. O Curso de Reciclagem foi ampliado, e agora atingiu as áreas de arritmia clínica e dispositivos implantáveis, além da eletrofisiologia cardíaca, tendo lotação esgotada e sucesso indiscutível. Foi feito o **I Simpósio Latinoamericano de Fibrilação Atrial**, em parceria com a SOLAECE. O Jornal já atingiu 14.900 cardiologistas do Brasil, trazendo atualizações científicas e iniciando parceria com a Cardiac Rhythm News,

Leandro Zimerman



um jornal internacional. Programa de Educação Médica sobre fibrilação atrial, com fascículos e que direciona ao site, está sendo lançado. As Diretrizes de Fibrilação Atrial foram finalizadas e publicadas; as Recomendações de Direção de Veículos automotores em pacientes com CDI estão praticamente prontas; e a Diretriz de Arritmias em Crianças e Adolescentes está em andamento. Temos parceria com uma das maiores editoras do país, a Atheneu, o que nos permite manter uma série de livros: nesses dois anos, publicamos os tomos de Métodos Não Invasivos em Arritmias, e Eletrofisiologia para Clínicos, ambos com vendas muito boas. E a Campanha de Morte Súbita está cada ano mais forte, com eventos em dezenas de cidades por todo o Brasil. Certamente não é por acaso que continua crescendo o número de publicações brasileiras em revistas internacionais de impacto e o número de convidados brasileiros em eventos internacionais.

Por essas razões, temos recebido manifestações de reconhecimento externo de grande valia. Em um evento marcante, a **SOBRAC** foi homenageada na Câmara de Vereadores da cidade de São Paulo. O mesmo ocorreu na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, onde inclusive está para ser aprovada lei definindo o dia 12 de novembro como o Dia Municipal da Prevenção de Arritmias e Morte Súbita.

E não quero deixar de referir a satisfação que sinto sobre o momento de relacionamentos da **SOBRAC**. Percebo a sociedade mais madura, mais cordial e serena. Reconheço que temos um grande número de pessoas dispostas a colaborar, dando sugestões e opiniões. Ouvimos críticas, mas não animosidades. E esta situação interna reflete-se externamente. O relacionamento com outras sociedades e departamentos está realmente tranquilo e fácil. Podemos dizer hoje, sem medo de errar, que temos, por exemplo, no DECA, no GEIC, na Sociedade Portuguesa de Arritmias Cardíacas, grandes parceiros. Isto sem falar no relacionamento excepcional que tivemos com nossa entidade-mãe, a SBC, nas figuras de seu presidente atual, Dr. Antonio P. Chagas, e do presidente futuro, Dr. Jorge Ilha Guimarães.

Por fim, gostaria de manifestar meus mais profundos agradecimentos a todos que colaboraram para a nossa atuação nestes dois anos. Ai se incluem os membros do Conselho, diretoria, coordenadores, comissão de prova, revisores de temas livres, organizadores e participantes dos **PreCons** e Congressos, colaboradores do **Jornal SOBRAC** e site, patrocinadores, e colegas que nos trouxeram críticas e sugestões. Para não cometer injustiças ou fazer listas intermináveis, deixo para fazer os agradecimentos pessoalmente.

Encerro esta longa carta com um misto de satisfação pelo trabalho que fizemos e um tanto de nostalgia. Tem sido um grande prazer trabalhar com esta equipe, e, acima de tudo, uma enorme honra ter sido Presidente da **SOBRAC**.

Grande abraço!

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

Caro Associado

Esperamos que você tenha programado dar uma pausa no seu ritmo de trabalho para vir até Campinas, temos certeza que ela será compensatória. A comissão local organizadora do XXVI Congresso de Arritmias Cardíacas da **SOBRAC/SBC** terá imenso prazer em recebê-lo.

A programação científica foi preparada de modo a agradar aos clínicos (quer sejam eles cardiologistas ou arritmólogos), eletrofisiologistas ou estimulistas.

Iniciamos integrados discutindo durante todo o primeiro dia, através dos casos clínicos, situações usuais da prática diária.

Nos dias subsequentes nos dividimos em 4 salas para poder aprofundar os assuntos específicos das áreas de Arritmias clínicas, eletrofisiologia intervencionista, terapêutica elétrica ou de nossos profissionais aliados.

Já começamos discutindo os assuntos de destaque do Congresso, a conferência Magma após a cerimônia de abertura terá como tema "O centenário do descobrimento da Doença de Chagas" e será proferida pelo Prof. Dr. Eduardo Sosa. Na manhã do dia seguinte os convidados internacionais abordarão os temas: "Novas tecnologias para a ablação da FA", "Ressincronização cardíaca - O Estado da Arte" e "Arritmias na ICC". No decorrer do Congresso vários outros temas serão contemplados com outros convidados internacionais e com o que temos de melhor da arritmologia brasileira.

Participar do Congresso é aprender, atualizar, discutir idéias, debater temas polêmicos, crescer na profissão e encontrar amigos. Por isso preparamos algumas atividades sociais com música erudita na



Cláudio Pinho

noite da Cerimônia de abertura; o maestro Parcival Módolo acompanhado de integrantes da Orquestra Sinfônica de Campinas mostrará as relações entre a "Música e o ritmo cardíaco". Para a noite da sexta-feira, preparamos um jantar de confraternização, por adesão, para que todos participem, onde queremos reviver uma lembrança que não se apaga; vamos trazer a música dos "Beatles" para extravasar o ritmo de nossa alegria por estarmos juntos nesse evento.

Estamos aguardando, agora só falta você chegar.



Premiada pela SBC
Melhor Atendimento e Suporte Científico
64º Congresso Brasileiro de Cardiologia Salvador - BA

Venha nos visitar e conheça nossos **Produtos**
26º Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas
Campinas - SP 25 a 28 de Novembro de 2009

CardioLight



CardioSeven



CardioFlash+



Dyna-MAPA+ **NOVO**



CardioNet



CardioSmart



Cardio Sistemas Coml. Indl. Ltda
Tel. Geral: 11 3883-3000 Fax: 11 3883-3060
Vendas: 11 3883-3030 SSC: 11 3883-3010

WWW.CARDIOS.COM.BR

Participe do **Hands On Cardios**

Dias 26 e 27 de Novembro das 14h00 às 17h00 - Veja a Programação do Congresso

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.

1º Megacurso de Reciclagem em Ritmologia: Superando Todas as Expectativas

DIRETORIA CIENTÍFICA



Guilherme Fenelon

Caros colegas,

Esta diretoria tem a alegria de informar a seu associado que o primeiro megacurso de reciclagem em ritmologia da **SOBRAC**, realizado nos dias 22, 23 e 24 de outubro, superou todas as expectativas. Durante três dias muito proveitosos, os cinquenta e quatro alunos inscritos puderam reciclar-se nas áreas de eletrofisiologia, estimulação cardíaca artificial e arritmia clínica. O ambiente descontraído permitiu acentuada interação entre alunos e professores, possibilitando a discussão aprofundada de casos, traçados e condutas. A parte social do curso também merece destaque. Os agradáveis coffee-breaks, almoços e coquetéis, realizados nas confortáveis dependências do Hotel Quality, propiciaram intensa confraternização entre os colegas de todo o Brasil.

Ficamos muito felizes ao analisarmos as fichas de avaliação. Em sua grande maioria, os alunos aprovaram o formato e o conteúdo do curso, assim como a qualidade das aulas. Foram encaminhadas também diversas sugestões que serão incorporadas nas próximas edições. Esse retorno é fundamental para que possamos sempre aprimorar a qualidade do nosso programa de educação continuada.

Por fim, não poderíamos deixar de agradecer aos professores pela dedicação e excelência das aulas. Sem dúvida, são eles os grandes responsáveis pelo sucesso do curso. Agradecemos também à nossa dedicada secretária Tatiana, muito elogiada por todos, pelo eficiente e incansável trabalho na organização do evento. E, acima de tudo, agradecemos aos alunos, que abraçaram com entusiasmo essa iniciativa pioneira da **SOBRAC**.

Um grande abraço a todos!





Luiz Magalhães

Prezados colegas,

A Diretoria do biênio 2008-2009 está finalizando as atividades administrativas em dezembro, com a sensação de dever cumprido. Aproxima-se o **XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas**, a ser realizado em Campinas - SP, quando haverá a Assembléia Geral Ordinária, durante a qual será eleita a nova diretoria para o período 2010-2011.

Durante esta gestão, foram realizadas diversas ações administrativas que culmi-

Diretoria Administrativa

naram em redução significativa da inadimplência, após intenso trabalho da secretaria da **SOBRAC**, e cadastramento de novos sócios. Atualmente há cadastrados 734 sócios adimplentes, recebendo regularmente as comunicações da **SOBRAC**. Essa conquista foi o resultado do constante aperfeiçoamento da secretaria da **SOBRAC**, com investimento em recursos humanos e tecnologia, em acelerado processo de profissionalização e modernização.

Ocorreu recentemente, com grande sucesso, o **I Megacurso de Reciclagem de Arritmias Cardíacas**, nas três grandes áreas de interesse: Arritmia Clínica, Estimulação Cardíaca e Eletrofisiologia. Quanto às provas de Arritmia Clínica e Eletrofisiologia, a serem realizadas no dia 25 de novembro

de 2009, durante o **CBAC**, foram elaboradas novas questões. Comunicamos também que não há lista de espera para realização de prova prática para obtenção de Certificado na Área de Atuação em Eletrofisiologia.

É de suma importância a eficaz participação da secretaria administrativa para o fortalecimento da **SOBRAC**, mantendo contato frequente com os sócios. No site www.sobrac.org, estão dispostas maiores informações do **XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas**. O objetivo principal da **SOBRAC** é a satisfação do sócio, para que ele possa obter benefícios com as ações que a nossa entidade tem desenvolvido.

Abraços!



Márcio Jansen Figueiredo

Coordenadoria de Ética e Defesa Profissional

junto com todos os membros da Diretoria, tem sido voltado sempre para a melhoria das condições de trabalho dos sócios, com a melhor qualidade de atendimento possível visando ao benefício do paciente.

Mais recentemente, está sendo possível participar da organização do **Congresso Brasileiro de Arritmias**, o que não é uma tarefa fácil. Montar o quebra-cabeça da grade científica, discutir os gastos, procurar receitas têm sido atividades constantes na agenda dos colegas envolvidos. O trabalho em conjunto, porém, torna o fardo mais leve, e permite que todos possamos desfrutar de um excelente Congresso na cidade de Campinas. E, com relação à Defesa Profissional, a Diretoria da **SOBRAC** entendeu que o nosso Congresso seria um ótimo momento para discutir os assuntos dessa área. Afinal, os sócios de todo o País estarão reunidos, e a diversidade de informações será muito útil para todos.

Assim, gostaríamos de convidar a todos para participar do Fórum de Defesa Profissional, que está agendado para a sexta-feira, dia 27 de novembro, a partir das 16 horas. Nele poderemos contar com o ponto de vista de colegas da especialidade, tanto de eletrofisiologia como de dispositivos implantáveis, assim como a opinião de colegas do CRM e de outras áreas da cardiologia. Haverá um tempo considerável para debate, quando poderemos contar com a participação ativa dos colegas presentes, o que certamente enriquecerá a discussão.

Sua participação é muito importante. Sua presença é fundamental. A Sociedade, unida, democrática e com a participação ativa de todos, será cada vez mais a voz do especialista, que fará soar as importantes questões da especialidade, sempre para garantir melhores condições de trabalho e segurança para o tratamento adequado dos nossos pacientes.

Coordenadoria de Habilitação Profissional

Mais um **CBAC** chegou e com ele uma nova safra de colegas prontos para prestarem as provas de habilitação em Eletrofisiologia e proficiência em Arritmia Clínica. A **SOBRAC** tem trabalhado arduamente nos últimos anos, com o objetivo de criar uma estrutura que torne o sistema de avaliação o mais impessoal e abrangente possível, refletindo assim os anseios da sociedade como um todo. A montagem das provas segue uma logística clara e objetiva, utilizando toda a excelente estrutura administrativa do nosso site, acompanhada de perto pelo Dr. Henrique Maia.

Neste ano, noventa sócios, devidamente titulados, foram convidados a contribuir

com 250 novas questões para as provas. Nesse processo, o colega recebe uma senha que lhe permite cadastrar as questões diretamente no site da **SOBRAC**. Uma vez cadastrada a questão, o próprio sistema distribui para revisores previamente selecionados (mais de um por questão), que, quando necessário, fazem suas sugestões, reenviando-as para o site. Depois de aprovadas pelos revisores, essas questões vão para um banco de dados (no próprio site) e são classificadas por tema, subtema e grau de dificuldade. Para a elaboração da prova, selecionamos apenas os temas e subtemas a serem abordados, e o sistema sorteia automática e aleatoriamente as questões, se-

Adalberto Lorga Filho



guindo uma proporção preestabelecida de questões fáceis (25%), médias (50%) e difíceis (25%). A versão final da prova é revista, em um ambiente de sigilo absoluto dentro do site, que não permite sua impressão ou cópia, para depois ser aplicada aos colegas candidatos. Aproveite esta oportunidade para agradecer àqueles que contribuíram com novas questões, enriquecendo nosso banco de dados, e para desejar a todos os candidatos uma ótima prova.

XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas Campinas - SP

CONVITE

Prezado Associado da SOBRAC,

O XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas será realizado no período de **25 a 28 de novembro de 2009** em Campinas - SP.

Venha conhecer o estande da SOBRAC e aproveite para atualizar seus dados cadastrais.

Brinde Especial!

Os primeiros associados efetivos que visitarem o estande da SOBRAC, ganharão o livro: *“SOBRAC / ATHENEU - Volume 2 - 2009 - Papel dos Métodos Não-Invasivos em Arritmias Cardíacas”*.

SEJA SÓCIO DA SOBRAC.

Saiba os benefícios de ser associado e obtenha informações de como se associar pelo site: www.sobrac.org ou pelo telefone: (11) 5543.1824.



***A SOBRAC Agradece
aos Colaboradores no Julgamento dos Temas Livres do
seu XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas,
realizado em Campinas - SP, de 25 a 28 de Novembro de 2009.***

ADALBERTO MENEZES LORGA FILHO
ALEXSANDRO ALVES FAGUNDES
ALVARO ROBERTO BARROS COSTA
ALVARO VALENTIM LIMA SARABANDA
ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA
ANIS RASSI JUNIOR
ANISIO ALEXANDRE ANDRADE PEDROSA
AYRTON K. PEREZ
CESAR JOSE GRUPI
CLAUDIO CIRENZA
DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA
DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO
DENISE TESSARIOL HACHUL
EDUARDO ARGENTINO SOSA
EDUARDO BACK STERNICK
EDUARDO BENCHIMOL SAAD
EDUARDO MACHADO ANDREA
FABIO SANDOLI DE BRITO
FATIMA DUMAS CINTRA
FERNANDO ANTONIO LUCCHESI
GUILHERME FENELON
GUSTAVO GLOTZ DE LIMA
HÉLIO LIMA DE BRITO JUNIOR
HENRIQUE MAIA
JACOB ATIÉ
JOAO PIMENTA

JOSE CARLOS MOURA JORGE
JOSE CARLOS PACHON MATEOS
JOSE TARCISIO M. DE VASCONCELOS
JULIO CESAR DE OLIVEIRA
LEANDRO IOSCHPE ZIMMERMAN
LUIZ ANTONIO CASTILHO TENO
LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO
LUIZ PEREIRA MAGALHÃES
LUIZ ROBERTO LEITE DA SILVA
MARCIO JANSEN DE OLIVEIRA FIGUEIREDO
MARCIO LUIZ ALVES FAGUNDES
MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA
MAURICIO PIMENTEL
NILSON ARAUJO DE OLIVEIRA JUNIOR
NIRAJ MEHTA
PAULO DE TARSO JORGE MEDEIROS
REYNALDO DE CASTRO MIRANDA
RICARDO ALKMIM TEIXEIRA
RICARDO RYOSHIM KUNIYOSHI
ROBERTO COSTA
SERGIO GABRIEL RASSI
SILAS DOS SANTOS GALVAO FILHO
SILVANA ANGELINA D'ORIO NISHIOKA
SILVIA HELENA CARDOSO BOGHOSSIAN
TAMER NAJAR SEIXAS
WASHINGTON ANDRADE MACIEL



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...

Destaques do Simpósio de Arritmias de Veneza (Venice Arrhythmias 2009)

Veneza, um dos pontos mais turísticos da Itália e do mundo, e parte integrante de todo imaginário e inconsciente coletivo de “cidade sobre as águas”, com seus tesouros históricos e atmosfera de romantismo, é a metrópole mais visitada da província de Vêneto, Itália. Veneza também proporciona passeios por suas vielas labirínticas, museus, igrejas históricas, lojas de artesanato, compras específicas (ex.: famosos cristais de Murano e máscaras de carnaval) e a possibilidade de apreciar os autênticos e típicos sabores locais. Muitas vezes ela possui uma atmosfera de caos de pessoas por suas vielas estreitas e transportes aquáticos, o que não difere muito de uma fibrilação atrial. Desde 1989, a cidade vem sediando um famoso e concorrido “workshop” bianual em arritmias, já em sua 11ª. edição, e agora presidido pelo eficiente Prof. Antonio Ravielle, contando com mais de 3000 participantes de 60 países diferentes.

O Simpósio ou “Workshop” (como preferem os organizadores) é um evento que reúne os principais especialistas mundiais na área de Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Dispositivos Eletrônicos, com ênfase em discussões mais aprofundadas, intimistas, divididas em painéis específicos e interessantes fóruns regionais como os da SOLAECE (América Latina), Ásia-Pacífico, Rússia, Japão e da *Heart Rhythm Society*. Outro destaque é o local onde ocorrem as palestras, em uma histórica construção na ilha de San Giorgio Maggiore, hoje um complexo denominado *Fondazione Giorgio Cini*, cujas salas são verdadeiras relíquias, com obras de arte e afrescos impressionantes. Os locais para descanso, nos intervalos, são jardins bem cuidados, em uma atmosfera agradável que foi apresentada pelos dias ensolarados, durante todo o evento.

É uma excelente oportunidade de reciclar e de atualizar conhecimentos específicos, bem como de estar bem próximo dos principais pesquisadores na área de Arritmias. O Brasil esteve representado com quatro palestrantes (Prof. Dr. Eduardo Sosa, Prof. Dr. Maurício Scanavacca e Prof. Dra. Denise Hachul, todos do InCor-HCFMUSP; e o Prof. Dr. J.C. Pachon, do Instituto Dante Pazzanese), além de seis contribuições científicas (três do Instituto do Coração-HCFMUSP, de São Paulo; uma da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos-SP; uma do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte-MG; e uma de Goiânia-GO).

Os principais tópicos abordados foram:

1. Simpósio: Fibrilação Atrial “revisitada”

2. Simpósio: Documento de Consenso em Ablação de TV/FV
3. Tratamento Cirúrgico das Arritmias Cardíacas
4. Controvérsias em Marcapassos e Desfibriladores
5. Insuficiência Cardíaca e Terapia de Ressincronização Cardíaca
6. Atualização em Síncope
7. Arritmias Ventriculares sem Cardiopatia Estrutural e Estratificação de Risco
8. Arritmias Ventriculares com Cardiopatia Estrutural
9. Ablação com RF de Taquicardias Atriais e Supraventriculares
10. Ablação com RF de Arritmias Ventriculares Instáveis
11. Arritmias e Prevenção de Morte Súbita em Atletas de Elite
12. Síncope - Manejo Atual / Nomenclaturas / Diretrizes Europeias
13. Avanços e soluções na área de Dispositivos Implantáveis
14. *Home Monitoring*

No que se refere à abordagem clínica da Fibrilação Atrial (FA), as principais discussões ocorreram em torno da mudança de paradigmas e conceitos sobre a doença, em virtude dos novos trabalhos publicados, especialmente depois do estudo ATHENA. Foram comentados os seguintes temas: a extensão do problema da FA, bem como o seu impacto socioeconômico; FA assintomática, sua “real prevalência”, dificuldades na detecção e sua importância clínica; possíveis “causas” e prognóstico da FA solitária ou isolada; e as relações entre FA e ICC. O maior gasto com a FA nos Estados Unidos ocorre por conta das hospitalizações. Também foi bastante comentado o futuro papel da dronedarona, fármaco já aprovado para uso pelo FDA, especialmente na prevenção de fenômenos tromboembólicos e na redução de internações hospitalares, com menor possibilidade de pró-arritmia e efeitos extracardíacos.

Outra interessante mesa foi a que abordou os novos fatores de risco a serem considerados na FA, como obesidade, apnéia obstrutiva do sono, inflamação, predisposição genética e papel de álcool, café, chás e drogas. A obesidade tem sido um problema crescente, o que gera comorbidades como apnéia obstrutiva do sono, diabetes mellitus e maior risco de FA. Já se sabe que, quanto maior o índice de massa corpórea, maior a

chance de a FA paroxística tornar-se permanente. Também foi constatado, em trabalhos europeus, maior risco de FA em indivíduos usuários de maconha. Outra importante observação foi a de que pacientes com gastrite positiva para *H.pilory* têm maior risco de FA que a população normal. Fatores genéticos também foram amplamente discutidos, como, por exemplo, mutações no GJA5, que expressam conexinas atriais, as quais prejudicam as moléculas de adesão e favoreceriam a FA. Assim, o termo FA solitária ou “Lone AF” tem sido cada vez mais reavaliado, em virtude das novas descobertas de outros fatores de risco.

Outra temática relevante foi a FA assintomática, desde os estudos em pacientes sintomáticos até os submetidos à ablação com cateter. O grupo da Alemanha (Hindricks et al.) estuda com afinco esses pacientes, de forma que, quanto maior o tempo de monitorização dos pacientes, maior a possibilidade de detecção de FA assintomática. Os pacientes com dispositivos eletrônicos possuem o dobro de chance de detecção de FA assintomática, quando comparados ao grupo com ECG convencional. Também foram destacadas as implicações prognósticas da FA assintomática, como maior risco de AVC, déficits cognitivos e até demência. A partir dessas informações, o grupo chegou à conclusão de que as atuais estratégias terapêuticas da FA, baseadas apenas nos sintomas, deveriam ser questionadas e reavaliadas.

Uma interessante mesa redonda versou sobre as novas tendências de cirurgia minimamente invasiva para o tratamento da FA isolada pelo grupo da Cleveland Clinic Foundation e a parceria com o grupo de Veneza. Houve também um debate sobre o tratamento invasivo da FA isolada: cirúrgico (Prof. R. Damiano Jr., Ohio - EUA) versus a ablação transcatereter (M.J. Schalij, Leiden - Holanda).

Um dos temas mais abordados, de interesse para o clínico, foram as controvérsias no seguimento após ablação com cateter de FA, como: 1) se os pacientes com recorrência precoce de FA deveriam ser submetidos imediatamente a um novo procedimento (“redo” procedure); 2) se a monitorização prolongada seria realmente necessária em todos os pacientes, nos primeiros três a seis meses após a ablação; e 3) se os resultados em longo prazo seriam tão bons quanto os observados em curto prazo. Como era uma mesa de “controvérsias”, obviamente não há como definir ainda um “consenso” acerca dessas questões.

Francisco Darrieux



A respeito dos atuais sistemas de “home monitoring” que os mais recentes ressincronizadores cardíacos possuem, algumas vantagens seriam a de se fazer uma nova opção de detecção de episódios de FA (especialmente os assintomáticos); um melhor controle clínico dos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, com detecção precoce de riscos de descompensação cardíaca; e, principalmente, a possibilidade de redução de internações hospitalares, com impacto socioeconômico direto. Ainda foram comentados os aspectos legais dessa nova abordagem e as questões de reembolso médico, por se tratar de ato médico.

Também foram muito proveitosas as sessões de Anatomia do Coração voltadas para o Eletrofisiologista, sendo feitas verdadeiras “jornadas” no espaço pericárdico, plexos neurais epicárdicos, seio coronário e veias coronárias, sistema de condução cardíaco, átrios e conexões interatriais, bem como dentro dos ventrículos. Foi uma excelente oportunidade de conhecer melhor essas estruturas e as principais “dificuldades” anatômicas para o eletrofisiologista.

No que diz respeito à Atualização em Síncope, foram discutidas as principais questões e as recentes Diretrizes de 2009 da Sociedade Européia de Cardiologia (ESC 2009), que exigem trabalhos multidisciplinares, pois se trata de um tema muito abrangente, que vai além da síncope cardíaca, arritmica ou neuromediada. Foram apresentados temas interessantes, como a história natural dos pacientes com Síndrome Postural Ortostática Taquicardizante - (SPOT); as dificuldades em se tratar satisfatoriamente os pacientes com síndromes de intolerância ortostática, os principais aprendizados do estudo ISSUE 3 e as evidências pró e contra o tratamento não farmacológico das síncopes neuromediadas (como o “tilt training” e as manobras de contração e impedância respiratória).

Outro tema sempre empolgante e polêmico é o de arritmias e prevenção de morte

súbita em atletas, devido à grande exposição na mídia. Palestrantes com muita experiência na área, como M.S. Maron, A. Pelliccia, C. Napolitano, A. Biffi, N.E. El-Sherif e S. Viskin estiveram presentes, enfatizando a importância dos testes genéticos (especialmente no rastreamento de portadores assintomáticos com história familiar positiva para morte súbita) e dos marcadores diagnósticos para o uso de drogas ilícitas, e os exames mais aprofundados (microalternância de T e exames de imagem, como a ressonância magnética cardíaca). Foram polemizados os seguintes temas: se as anormalidades de repolarização seriam achados “inocentes” em atletas; se alguns esportes seriam mais “pró-arrítmicos”; ou se as arritmias ventriculares não teriam relação com o grau de hipertrofia ventricular. Esta última parte deixou clara a diferença de conduta entre as sociedades, americana e italiana, de cardiologia.

O simpósio também é uma ótima oportunidade de participar de palestras com os principais “experts” na área de arritmias geneticamente determinadas, como a Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito (Frank Marcus, G.Thiene), as Canalopatias (P. Schwartz, Sílvia Priori, os irmãos Brugada e Arthur Moss) e a Cardiomiopatia Hipertrófica (W. McKenna; M.S. Maron).

Sobre a prevenção de FA com drogas não antiarrítmicas, foi discutido o papel dos BRAs e dos IECAs, especialmente a discrepância dos resultados dos estudos que poderiam ser explicados pelas diferenças entre os compostos químicos. Também foi questionada a função das estatinas e ômega-3 PUFA. Novos avanços com fármacos “atrioespecíficos” também foram apresentados. Quanto aos antiarrítmicos, até o presente momento a dronedarona representa o fármaco mais recente no tratamento de pacientes com FA paroxística e persistente, com importantes desfechos clínicos, como redução de internações hospitalares e de eventos tromboembólicos, sugerindo que uma importante par-

cela de pacientes antes elegíveis para a amiodarona poderão ter a dronedarona como primeira opção de tratamento.

A sessão dedicada à SOLAECE examinou a denervação vagal como tratamento da FA paroxística (contribuições dos Drs. Maurício Scanavacca e José Carlos Pachòn) e o estado atual do tratamento de FA por ablação com cateter na América Latina, com relato das experiências da Argentina, do México, da Colômbia, do Chile e do Brasil.

Finalmente, foram debatidos tópicos relacionados à tecnologia de cateteres para tratamento de arritmias cardíacas, bem como aos avanços nas indicações e condutas de dispositivos eletrônicos. Também foram ocorridas as sessões de debate sobre controvérsias nas indicações e nas técnicas de ablação por cateter para o tratamento da FA. Alguns tópicos sempre polêmicos foram: 1) se a ablação com RF deveria ser a primeira opção no tratamento de jovens com FA isolada; 2) se o tratamento pela abordagem “pill in the pocket” seria superior à ablação com cateter em pacientes com FA paroxística; 3) se a não inducibilidade seria preditora de sucesso em longo prazo da ablação de FA persistente de longa duração; 4) se as lesões lineares seriam pró-arrítmicas e deveriam ser evitadas em pacientes com FA persistente de longa duração; e, 5) se pacientes com dimensão de átrio esquerdo maior ou igual a 50 mm não seriam bons candidatos ao isolamento das veias pulmonares.

Essas foram as minhas principais observações deste renomado fórum de discussões em arritmias cardíacas. Entre canais aquáticos no “caminho” diário para o Simpósio, entre vielas estreitas, jardins descobertos e caos de visitantes por todos os lados, uma ilha dentro do grande arquipélago de Veneza foi o foco de excelência no entendimento das principais questões atuais na área de arritmias cardíacas e, certamente, deixa ainda as famosas dúvidas que fazem parte do pensamento científico.



Fibrilação Atrial: Perspectivas Futuras na Prevenção de Acidentes Tromboembólicos

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia sustentada mais frequente, com incidência de 19,2 por 1000 doentes/ano em indivíduos com idade superior a 65 anos, aumentando com a idade. Após os 80 anos, a sua prevalência é superior a 9%. Calcula-se que, nos Estados Unidos da América, em 2050, a prevalência da FA seja 2,5 vezes superior à atual (1).

A mortalidade aumenta para o dobro em doentes com FA (2). Um em cada seis acidentes vasculares cerebrais (AVC) está relacionado com FA, devendo-se a embolia a trombos formados durante essa arritmia na aurícula esquerda.

No estudo Framingham, o risco anual de AVC imputável à FA foi de 1,5% em doentes com idades entre 50-59 anos, aumentando de forma exponencial para 23,5% em doentes com mais de 80 anos de idade.

Sabemos, entretanto, que a incidência de tromboembolismo subclínico em indivíduos com FA é muito superior à observada em indivíduos em ritmo sinusal, tal como foi demonstrado por tomografia axial computadorizada, em uma população sem antecedentes de AVC.

Também sabemos que as formas paroxísticas condicionam risco semelhante de AVC, quando comparadas às formas crônicas de FA.

O tratamento da fibrilação atrial inclui duas vertentes: o tratamento da arritmia propriamente dita, com reversão e manutenção do ritmo sinusal, e a prevenção de acidentes tromboembólicos.

A abordagem da FA paroxística é também diferente da crônica: no primeiro caso, os doentes são usualmente muito sintomáticos, e sintomas como palpitações paroxísticas rápidas são muito frequentes. Tais doentes devem ser tratados mais ou menos agressivamente consoante os sintomas e até porque são usualmente doentes jovens. Mesmo assim as alternativas são poucas: antiarrítmicos ou ablação por cateter.

As recomendações da American Heart Association aconselham a ablação por cateter para isolamento das veias pulmonares em doentes com fibrilação atrial paroxística, após falência de tratamento com pelo menos um fármaco (3). Embora não esteja expressa nessas recomendações, no nosso entender a análise eletrocardiográfica da forma de início e do padrão da FA é muito importante na definição de um grupo de doentes em que o tratamento por ablação por cateter, por ser altamente bem sucedido, pode transformar-se em primeira escolha.

Em suma, para doentes jovens, muito sintomáticos, com átrio esquerdo pequeno com muitas extrassístoles ou salvos atriais frequentes, parte-se do pressuposto de que o fator desencadeante, "trigger", é predominante.

No que diz respeito aos antiarrítmicos, a evolução científica tem funcionado de forma paradoxal, ou seja, existem cada vez menos fármacos disponíveis e, por vezes, as grandes esperanças convertem-se em grandes desilusões. A explicação é simples: a maioria tem efeitos pró-arrítmicos, fruto dos próprios mecanismos de ação, alteração das correntes iônicas do potencial de ação celular não seletivas ao tecido atrial, mas agindo também no tecido ventricular. São causadores de efeitos colaterais importantes e aumentam a mortalidade na cardiopatia isquêmica, como foi demonstrado na década de 80 pelo estudo CAST.

Essa tendência parece finalmente ser invertida pela dronedarona. Uma análise posterior do estudo Athena (4) demonstrou uma redução de 34% nos AVC, para além da redução na mortalidade cardiovascular. A redução não está relacionada com a manutenção do ritmo sinusal, pois, como se sabe, a dronedarona é menos eficaz do que a amiodarona para restaurar e manter o ritmo sinusal e, mesmo assim, ao fim de dois anos, só 33% dos doentes permanecem em ritmo sinusal.

A ablação por cateter pode ser também uma alternativa no tratamento das formas permanentes ou crônicas, embora a taxa de sucesso seja muito variável, consoante o centro de eletrofisiologia e por ser uma técnica não isenta de riscos. Quanto mais extenso o procedimento ablativo, maior a possibilidade de complicações, algumas potencialmente fatais ou, eventualmente, correndo o risco de transformar uma FA pouco sintomática em uma arritmia muito mais sintomática: o flutter atípico.

A possibilidade de a ablação por cateter com sucesso eliminar definitivamente a necessidade de anticoagulação oral não está bem definida e relaciona-se com o conceito de êxito na ablação dessa arritmia. Este é difícil de definir e de garantir, pois se sabe que doentes assintomáticos após ablação podem manter paroxismos assintomáticos, podem ter crises muito menos frequentes ou voltar a ter paroxismos após um período longo sem sintomas. Quanto maior o período de monitorização eletrocardiográfica, maior é a chance de identificar episódios de fibrilação atrial assintomática, havendo mes-

João Primo

Presidente da Associação Portuguesa de Arritmologia Pacing e Eletrofisiologia



mo autores que advogam o uso sistemático de dispositivos implantáveis para monitorização de longa duração.

A FA é uma arritmia influenciada por múltiplos fatores, até de ordem genética, de forma que tentamos retardar, com a ablação por cateter, a evolução da doença e menos vezes conseguimos a cura definitiva. Está demonstrado que, após ablação bem sucedida, a prevalência de FA em cinco anos, nesses pacientes, é crescente.

Perante tais dificuldades em manter o ritmo sinusal, diversos estudos randomizados, o maior dos quais o AFFIRM (5), foram conduzidos segundo a perspectiva de saber se a manutenção do ritmo sinusal é de fato, em termos de morbidade e mortalidade, superior ao controle da frequência cardíaca na fibrilação atrial com betabloqueadores, digitálico e antagonistas do cálcio. Foram incluídos doentes com uma média de idade de 69,7 (+/-9 anos). Concluiu-se que não só a manutenção do ritmo sinusal não apresenta vantagens relativamente ao controle da frequência cardíaca em termos de mortalidade, como a primeira está mais relacionada com efeitos adversos, alguns dos quais relacionados com o uso de antiarrítmicos que, como já foi referido, têm potencialidades pró-arrítmicas e baixa eficácia na manutenção do ritmo sinusal. Por outro lado, a equivalência de ambas as estratégias na prevenção dos AVC foi relacionada com a suspensão da anticoagulação oral, em doentes com fatores de risco, mas em ritmo sinusal, o que significa que, na prática, mesmo que um paciente permaneça em ritmo sinusal, ele deve manter anticoagulação oral, se tiver fatores de risco.

É difícil admitir que o ritmo sinusal não seja fisiologicamente importante e todos nós conhecemos sua contribuição para o débito cardíaco. Certo é, porém, que um novo estudo com os mesmos objetivos do AFFIRM foi conduzido em doentes com insuficiência cardíaca e publicado em julho de 2008, no NEJM, com os mesmos resultados(6).

A estratégia da manutenção do ritmo sinusal permanece válida e lógica, o mesmo não sendo verdade para a sua perseguição a todo o custo.

Como alternativa a uma estratégia centrada no eletrocardiograma, temos outra que

toma em consideração a sintomatologia do paciente, redução dos episódios de FA, prevenção dos acidentes tromboembólicos e redução da mortalidade cardiovascular e global.

Na prevenção dos acidentes tromboembólicos, a varfarina é altamente efetiva e não é mais usada devido aos receios de acidentes hemorrágicos, mormente a hemorragia cerebral, sobretudo em uma população idosa que mais se beneficia, e a dificuldade de monitorização eficaz do índice normalizado de anticoagulação (INR). O risco de hemorragia cerebral é baixo, se os níveis de INR estiverem dentro de 2-3: 0,3-0,5% ao ano, mas sobe exponencialmente para 2,7% para INR de 4-4,5 e 9,4% acima dos 4,5 de INR.

Não obstante a emergência de novos antitrombóticos, a anticoagulação oral mantém-se como a terapêutica mais eficaz na prevenção do AVC. Os doentes com FA devem ser corretamente estratificados: alto risco, para aqueles que têm uma probabilidade igual ou superior a 7% de ter um AVC durante um ano; risco intermediário superior, para uma faixa de 2,5%; e baixo risco, para uma probabilidade de cerca de 1% ao ano.

Simplificada a estratificação com o índice CHADS₂, qualquer doente que tenha um índice igual ou superior a 2 deve ser anticoagulado, definindo-se o C de insuficiência cardíaca Congestiva, o H de Hipertensão, o A de idade (Age), o D de Diabetes e o S de AVC (Stroke), que vale por dois (2).

Os INR deverão ser ajustados a 2,5 (entre 2 e 3) nos doentes de alto risco, pois é a dosagem que comprovadamente confere uma proteção adequada de acidentes tromboembólicos.

Uma grande quantidade de estudos demonstrou que, com essas doses, o risco de AVC é reduzido em dois terços, comparativamente à aspirina.

A anticoagulação oral, contudo, é subutilizada, principalmente nos idosos e devido às razões já explanadas.

O efeito da varfarina é muito sensível a alterações da dieta, função hepática e a fármacos que sejam metabolizados no citocromo P450 e, por outro lado, tem uma janela terapêutica muito apertada, que com facilidade tanto atinge níveis potencialmente hemorrágicos, como desce para níveis que não conferem proteção.

Muitos doentes anticoagulados devido à fibrilação atrial têm também indicação de antiagregação plaquetária para prevenção de acidentes cardiovasculares, pois padecem de doença coronária ou vascular periférica ou foram submetidos à intervenção. Não esqueçamos que o trombo arterial, relacionado, por exemplo, com a aterosclerose coronária, é especialmente rico em plaquetas.

Esses doentes têm indicação para terapêutica combinada, contudo esses regimes foram associados a aumento da incidência de hemorragias maiores com um benefício nem sempre bem estabelecido.

É muito recente a publicação do estudo Re-Ly, o principal sustentáculo da eficácia do dabigatran, um inibidor competitivo direto da trombina, na prevenção de acidentes tromboembólicos (7). Pela primeira vez, é uma boa novidade ao fim de muito tempo: o dabigatran pode constituir uma alternativa à varfarina.

Foram comparadas duas doses de dabigatran, 110mg 2Xdia e 150 mg 2Xdia, entre si e com a varfarina. Os doentes com varfarina foram monitorizados de forma a manterem INR entre 2 e 3, estudo "open label" para a varfarina.

O estudo de que participaram 951 centros, entre os quais se contam alguns no Brasil e em Portugal, demonstrou que uma dose de 110mg(2X) de dabigatran está associada a uma incidência de AVC ou acidente embólico semelhante ao observado com a varfarina, com menor incidência de hemorragia maior, e que uma dose de 150mg(2X) de dabigatran está associada a uma incidência de AVC ou acidente embólico inferior ao observado com a varfarina, com idêntica incidência de hemorragia maior.

O dabigatran tem outras vantagens sobre a varfarina, pois não necessita de controlo periódico de INR, nem este faz sentido devido às características do fármaco, e não provoca alterações importantes da função hepática, tal como foi observado com o ximelagatran. Como desvantagens, aponta-se apenas um excesso de intolerância gástrica que pode levar à autossuspensão do fármaco.

Com tais características, grande parte dos problemas relacionados à interação com os alimentos ou à adesão à terapêutica serão parcialmente superados. São pacientes que, ou por não tolerarem tanto a varfarina como os novos antitrombóticos, ou por risco hemorrágico exagerado, poderão ainda ser candidatos a dispositivos de oclusão do apêndice atrial esquerdo.

O uso desses dispositivos apoia-se no conhecimento de que o apêndice atrial esquerdo é a grande fonte de tromboembolismo. Assim, o PROTECT AF demonstrou que, após um excesso de eventos relacionados com a intervenção, o saldo a longo prazo é favorável ao dispositivo de oclusão do apêndice atrial esquerdo, devido ao risco cumulativo do uso crônico de varfarina (8).

Dado que a oclusão do apêndice atrial esquerdo demonstrou não ser inferior à varfarina em termos do objetivo primário de eficácia relativamente à prevenção da ocor-

rência de AVC, embolismo sistêmico e morte cardiovascular, é possível dizer que esse dispositivo pode ser uma alternativa em pacientes com contraindicações para tratamento anticoagulante crônico.

Em resumo, a prevenção do tromboembolismo em doentes com FA assume nova importância em uma estratégia que visa, não somente à restauração do ritmo sinusal, como também à melhoria sintomática dos pacientes e à redução da mortalidade global. Dessa forma, foi possível demonstrar que um antiarrítmico como a dronedarona não faz mal aos pacientes, pelo contrário, reduz a incidência de AVC em 34%; que um inibidor direto da trombina demonstrou ser não inferior à varfarina, sem efeitos colaterais importantes e com as vantagens que poderão aumentar a adesão à anticoagulação; e, finalmente, que os dispositivos de oclusão do apêndice atrial esquerdo podem ser uma alternativa especialmente para aqueles pacientes que têm contraindicações para a anticoagulação.

As perspectivas futuras são promissoras e, ao mesmo tempo, o campo de investigação mantém-se sempre em aberto.

Referências

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *Jama*, 2001;285: 2370-2375.
2. Penado S, et al. *Am J Med*. 2003;114:206-10. 4. Page RL, et al. *Circulation*. 2003;107:1141-1145.
3. Calkins H, Brugada J, Packer DL, et al. HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow up: a report of the Heart Rhythm Society (HRS) Task Force on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*, 2007;4:816-861.
4. Stefan H. Hohnloser, M.D., Harry J.G.M. Crijns, M.D., Martin van Eickels, M.D., Christophe Gaudin, M.D., Richard L. Page, M.D., Christian Torp-Pedersen, M.D., Stuart J. Connolly, M.D., for the ATHENA Investigators Effect of Dronedarone on Cardiovascular Events in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*, 2009; 360:668-678
5. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 2002;347:1825-1833
6. Roy D, Talajic M, Nattel S, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med*, 2008;358:2667-2677
7. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 2009;361:1139-1151
8. David R Holmes, Vivek Reddy, Zoltan G Turi, Peter Sick: Percutaneous closure of the left atrial appendage versus warfarine therapy for prevention of stroke in patients with atrial fibrillation: a randomised non-inferiority trial.

DIVULGAÇÃO DAS CHAPAS CANDIDATAS À DIRETORIA E AO CONSELHO CIENTÍFICO - BIÊNIO 2010/2011

Prezado Associado,

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas - SOBRAC, vem, pela presente, atendendo ao disposto no artigo 2.3 do Regimento Interno da SOBRAC, informar à V.Sa. a composição das chapas que apresentaram candidatura à Diretoria e ao Conselho Científico - CC da entidade - Biênio 2010/2011:

CHAPA 1:

- (a) Diretor Presidente: Guilherme Fenelon
- (b) Diretor Vice-Presidente: Luis Castilho Teno
- (c) Diretor Financeiro: Denise Hachul
- (d) Diretor Científico: Adalberto Lorga Filho
- (e) Diretor Administrativo: Washington Maciel
- (f) Coordenador de Arritmia Clínica: Thiago da Rocha Rodrigues
- (g) Coordenador de Eletrofisiologia Clínica: José Carlos Moura Jorge
- (h) Coordenador de Eletrofisiologia Experimental: Luis Roberto Leite
- (i) Coordenador de Métodos Não-Invasivos: Enrique Pachón
- (j) Coordenador de Estimulação Cardíaca: Silvana Nishioka
- (k) Coordenador de Áreas Aliadas: Cesar Grupi



SOBRAC EM FOCO

CHAPA 2:

- (a) Diretor Presidente: Silas dos Santos Galvão Filho.
- (b) Diretor Vice-presidente: Marcio Luiz Alves Fagundes
- (c) Diretor Financeiro: Eduardo Rodrigues Bento Costa
- (d) Diretor Científico: Dalmo Antonio Ribeiro Moreira
- (e) Diretor Administrativo: Cídio Halperin
- (f) Coordenador de Arritmia Clínica: Tamer Najar Seixas
- (g) Coordenador de Eletrofisiologia Clínica e Experimental: Alberto Nicodemus Gomes Lopes
- (h) Coordenador de Métodos Não-Invasivos: Halim Cury Filho
- (i) Coordenador de Estimulação Cardíaca Artificial: José Carlos Buchaul Maia Ribeiro
- (j) Coordenador da área de aliados: André Avelino de Queiroga



A eleição ocorrerá na Assembléia Geral de Associados - AG da entidade, a realizar-se no dia 27 de novembro de 2009, durante o 26º Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas, às 18h30, em primeira convocação, e às 18h45, em segunda convocação, no hotel The Royal Palm Plaza - Sala Imperial H+I+J, localizado na Cidade Campinas, Estado de São Paulo, Av. Royal Palm Plaza, nº. 277 - Jd. Nova Califórnia - CEP.: 13.051-92.

Poderão votar para Diretoria e Conselho Científico da SOBRAC os associados que:

- (a) pertencerem à categoria de associado efetivo (artigos 2.2 e 2.3 (b) do Estatuto Social);
- (b) estiverem adimplentes quanto às suas anuidades (artigo 2.1.1 do Estatuto Social) até o dia 20 de novembro de 2009; e
- (c) possuírem, na data da eleição, 1 (um) ano ininterrupto de associação à SOBRAC (artigo 10.1.2 do Estatuto Social).

A Diretoria da SOBRAC agradece a atenção e aguarda o seu comparecimento à AG.
Atenciosamente,


Leandro Loschpe Zimerman
Presidente da SOBRAC



Ritmonorm[®]

cloridrato de propafenona

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

A primeira escolha para reversão da fibrilação atrial aguda^{1,2}

Recomendações para cardioversão farmacológica da fibrilação atrial de duração menor ou igual a 7 dias.¹

Medicamento	Via de administração	Grau de recomendação	Nível de evidência
-------------	----------------------	----------------------	--------------------

Agentes com eficácia comprovada

Dofetilida	Oral	I	A
Flecainida	Oral ou intravenosa	I	A
Ibutilida	Intravenosa	I	A

Propafenona	Oral ou intravenosa	I	A
Amiodarona	Oral ou intravenosa	IIa	A

Agentes com pouca eficácia ou com estudos incompletos

Disopirâmida	Intravenosa	IIIb	B
Procainamida	Intravenosa	IIIb	B
Quinidina	Oral	IIIb	B

Tempo médio de reversão³



Ritmonorm[®]
cloridrato de propafenona



Amiodarona

Quando a fibrilação atrial é tratada com **eficácia e segurança**, é o paciente que escolhe o ritmo da sua vida.

Cloridrato de propafenona é contraindicado em caso de insuficiência cardíaca manifesta.¹
Propafenona pode interagir com varfarina, prolongando o tempo de protrombina.¹

Referências: 1. ACC/AHA/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. Marinelli M, et al. Distrofia de Fibrilação Atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2003;81, Suplemento VI, Novembro 2003. 3. Kociazka G, et al. A Comparative Study of the Efficacy and Safety of Procainamide Versus Propafenone Versus Amiodarone for the Conversion of Recent-Onset Atrial Fibrillation. Am J Cardiol 2007; 99:1721-1725. 4. Bula do produto.

RITMONORM[®] (cloridrato de propafenona). USO ADULTO E PEDIÁTRICO. Apresentação: Comprimido revestido: embalagem com 20 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, polietilenoglicol e corante dióxido de titânio. **Indicações:** Tratamento das taquiaritmias supraventriculares sintomáticas, em pacientes sem doença cardíaca estrutural significativa, como fibrilação atrial paroxística, taquicardia junctional AV e taquicardia supraventricular em pacientes portadores da Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Tratamento da taquiarritmia ventricular sintomática, considerada grave pelo médico. **Contra-indicações:** 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 nóculo sinusal, transtornos preexistentes de alto grau da condução sino-atrial, bloqueios atrioventriculares de segundo e terceiro grau, 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-passo durante o tratamento. **Interações Medicamentosas:** anestésicos locais, betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, propranolol, metoprolol, digoxina, cimetidina, anticoagulantes orais. **Reações Adversas:** leucocitopenia e/ou trombocitopenia ou trombotocitose, agranulocitose, reações alérgicas, anorexia, ansiedade, confusão mental, síncope, cefaleia, vertigem, ataxia, hirciação visual, bradicardia ou desordens 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 nóculo 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. 05/2009

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

 **Abbott**
A Promise for Life

Novos Agentes Cumarínicos: Substituto da Varfarina à Vista?

Um dos pilares do tratamento da fibrilação atrial é a prevenção de fenômenos tromboembólicos. A varfarina é a medicação mais utilizada na prática clínica com esse fim, naqueles pacientes de risco elevado. Contudo, sua prescrição esbarra em diversos fatores como a falta de uma dose padrão, a necessidade de monitorização com exames laboratoriais e a dificuldade em atingir os níveis terapêuticos desejados, devido às diversas interações medicamentosas e alimentares da varfarina e às mutações genéticas vistas no citocromo P450 que alteram a metabolização da droga.

O tecarfarin (ATI-5923) é um novo antagonista da vitamina K, estruturalmente semelhante à varfarina, com mecanismo de ação idêntico, porém não é metabolizado pelo citocromo P450. Teria então, como principal vantagem, a menor interação medicamentosa e a menor interferência alimentar.

Ellis e colaboradores conduziram um estudo fase II¹, aberto, envolvendo sessenta e seis pacientes que utilizaram o tecarfarin por seis semanas, podendo prolongar sua utilização até doze semanas. O estudo teve como critérios de inclusão a idade (superior a 18 anos); a presença de

fibrilação atrial documentada ao ECG; o risco, baixo a moderado, de eventos tromboembólicos (escore CHADS₂ entre 0 e 2) e a indicação de anticoagulação. A monitorização do efeito da medicação foi realizada através de medidas seriadas de INR (objetivando níveis entre 2 e 3), e verificada três vezes na primeira semana, duas vezes na segunda e terceira semanas e uma vez nas seguintes. Foi determinado o tempo em nível terapêutico (TTR, *time in therapeutic range*), que usualmente se encontra entre 60 e 65% para a varfarina. Um controle ruim foi definido como TTR <45%. Após as três semanas iniciais, tempo que foi considerado necessário para o ajuste de dose, o TTR foi de 71,4%, e a proporção de pacientes com TTR <45% foi de 10,9%. O fármaco foi bem tolerado, observando-se efeitos colaterais relacionados à medicação em quatorze pacientes (21%). As reações adversas esperadas são próprias da anticoagulação, tais como elevação de INR, epistaxe, hematomas e sangramento gastrointestinal.

Apesar de a varfarina ser utilizada há mais de cinquenta anos, existem algumas limitações ao seu uso, e isso abre espaço para o surgimento de novos fármacos que



Alessandro Amaral



Guilherme Fenelon

possuem posologia mais cômoda, tenham boa tolerabilidade e, principalmente, sejam efetivos na prevenção de eventos tromboembólicos. Novos agentes anticoagulantes estão sendo estudados, e o tecarfarin parece preencher esses requisitos. Ele aumentou, em cerca de 10%, o TTR² em relação à varfarina, o que se traduziria em menor chance de ocorrência de tromboembolismos. Mesmo assim, novos estudos ainda são necessários², até que se possa enfim dizer que a varfarina pode ser substituída com segurança.

Referências

1. Ellis DJ, Usman MH, Milner PG, et al. The first evaluation of a novel vitamin K antagonist, Tecarfarin (ATI-5923), in patients with atrial fibrillation. *Circulation*, 2009;120: 1029-1035.
2. Freedman JE, Gersh BJ. New Therapies for stroke prevention in atrial fibrillation: the long road to enhanced efficacy. *Circulation*, 2009;120:1024-1026.



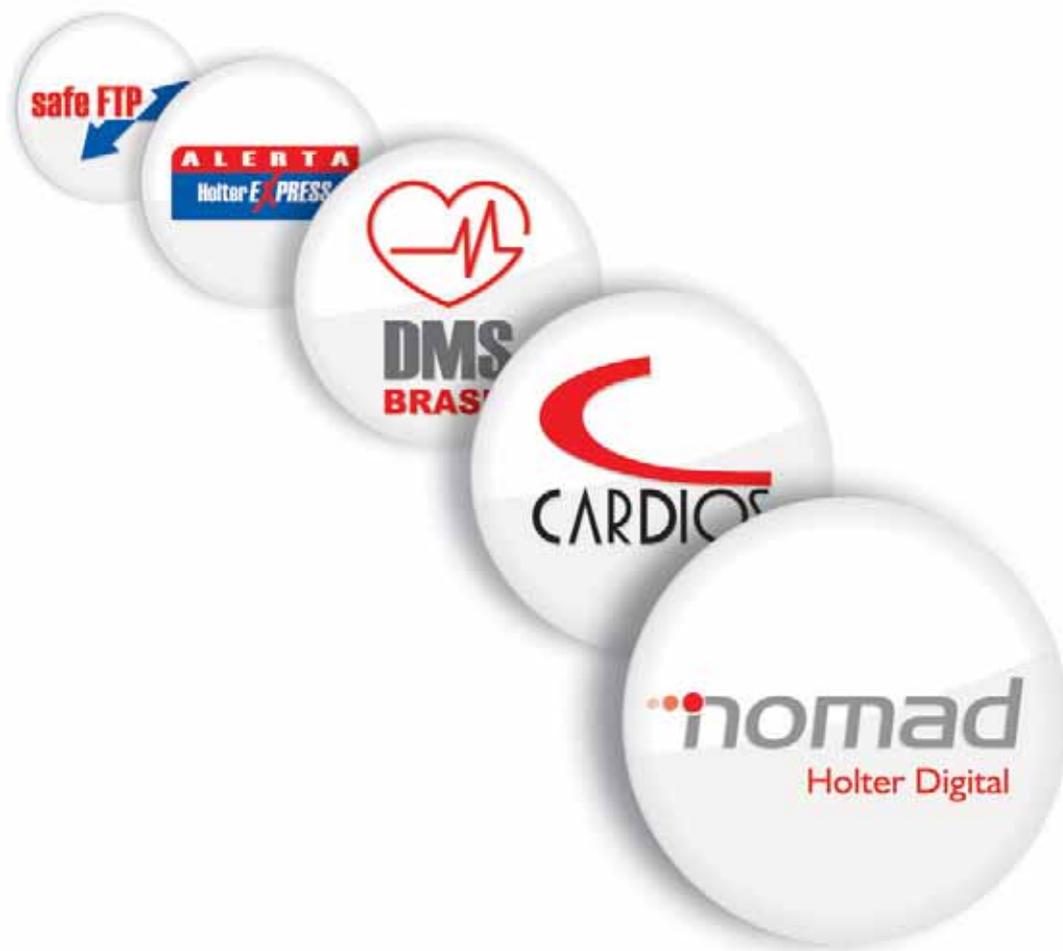
XXVI CONGRESSO BRASILEIRO
DE ARRITMIAS CARDÍACAS
CONTROLANDO O RITMO COM MAESTRIA

De 25 a 28 de Novembro de 2009

The Royal Palm Plaza
Campinas - SP

Fone: (51) 3216-6300

eventos@felliniturismo.com.br



Não é por acaso que somos a Maior Central de Análise de Holter da América Latina.

A **HolterExpress** é a central de Análise de Holter que mais investiu em tecnologia nos últimos anos. Nossos clientes dispõem das últimas novidades do mercado e contam com a agilidade e precisão que somente uma central do nosso porte pode oferecer. Nossos técnicos e especialistas trabalham permanentemente no desenvolvimento de ferramentas e estão atentos às novidades para incorporar novos conceitos que facilitam o dia-a-dia dos profissionais da cardiologia.

A rapidez e precisão de análise do **Nomad**, o mais novo Holter Digital do mercado; a multifuncionalidade do **CARDIONET CLIENT*** para clientes **Cardios** e **INTERNET CONNECTION CLIENT*** para clientes **DMS**; o conceito de **Portabilidade**, onde a migração é feita de forma imediata, sem interrupção do serviço; servidor próprio; sala de treinamento; ampliação da base de **médicos analistas** e a destacada equipe de apoio formada por **cardiologistas clínicos, eletrofisiologistas e especialistas em marcapasso**, que garante total qualidade e agilidade nos laudos, são alguns diferenciais que nos elevam ao status de maior central de holter da América Latina.

Venha para a **HolterExpress** e eleve ainda mais o nível dos seus serviços.



HolterEXPRESS
0800-6-HOLTER
www.holterexpress.com

Home Monitoring: Ferramenta Indispensável Para o Manuseio Clínico de Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis?

O contínuo desenvolvimento tecnológico dos dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) nas últimas décadas tem levado à significativa melhora no acompanhamento de pacientes com bradiarritmias, taquiarritmias e insuficiência cardíaca (IC), principalmente no que concerne a segurança e eficácia dessa modalidade terapêutica.

O incremento de acurácia dos contadores de eventos, histogramas e eletrogramas intracavitários (IEGM) permite adequada e contínua monitorização de arritmias, incluindo detecção de episódios assintomáticos em portadores de DCEI¹.

O *Home Monitoring* (HM) é um sistema automático de telemetria de longa distância que permite repassar, para o clínico, informações armazenadas nos contadores dos DCEI. Utilizando tecnologia GSM de telefonia celular, o sistema transmite as informações via satélite a uma central de serviços, onde os dados são decodificados e enviados via internet ao médico, por e-mail pessoal, fax ou mensagem de texto SMS. As transmissões são diárias, e para todos os tipos de DCEI são enviados dados de integridade do sistema como estado da bateria, impedância dos cabos eletrodos, medidas automáticas de limiar de estimulação e sensibilidade, assim como dados de eventos arritmicos atriais e ventriculares através dos contadores diagnósticos e IEGM. O sistema HM teve aprovação pelo FDA, em 2001, e, desde então, a segurança do HM e sua acurácia diagnóstica já foram determinadas em diversas publicações^{2,3,4}. Diante desse fato, as principais entidades americanas associadas (*American College of Cardiology / American Heart Association - Heart Rhythm Society*) recomendaram, em 2006, através de suas diretrizes, a utilização de tecnologia *wireless* e o monitoramento remoto nos DCEI atuais, visando à identificação precoce de disfunções do aparelho e de arritmias cardíacas, assim como a alternância de consultas presenciais e consultas remotas.

Em portadores de marca-passo convencional, o benefício da monitorização contínua de episódios de fibrilação atrial (FA) pelos contadores de eventos é limitado, tendo em vista que o seguimento ambula-

torial habitual tem intervalos de seis meses entre as consultas. O diagnóstico de arritmias atriais sustentadas, assintomáticas no portador de MP, dá-se através da análise dos dados armazenados pelo aparelho, entre as consultas de seguimento ou através da detecção casual da arritmia. O atraso no diagnóstico de episódios assintomáticos de FA pode, de um lado, favorecer a persistência da arritmia, resultando em remodelamento elétrico e anatômico do átrio, o que leva ao ciclo vicioso e à maior dificuldade no retorno ao ritmo sinusal com a progressão para FA permanente⁵, assim como, de outro, retardar o início de terapia antitrombótica em pacientes de alto risco para AVC estratificados pelo escore CHADS₂⁶.

A FA é importante causa de morbimortalidade⁷, apresentando elevada incidência entre os idosos. Nesses, o achado de eventos atriais assintomáticos foi associado a maior mortalidade, elevada incidência de eventos tromboembólicos e aumento na incidência de FA (cinco vezes). A FA assintomática de início recente pode ser observada em 24% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC). Com isso, a prevenção primária da forma permanente da arritmia e do AVC pode ser um novo alvo terapêutico.

A incidência de FA em dois anos, em idosos portadores de MP, é estimada em torno de 19%, quando a indicação é a doença do nó sinusal (DNS), e 16%, em casos de bloqueio atrioventricular (BAV)⁸. Com a utilização dos contadores diagnósticos do MP, em seguimento de dois anos, essa incidência relatada é mais elevada, estimada em 54% e 89% para pacientes com e sem histórico de arritmia atrial, respectivamente⁹.

O HM poderia ser ferramenta importante no diagnóstico precoce da FA, constituindo, em associação ao uso de antiarrítmicos e à terapia antitrombótica, uma nova conduta no manejo dessa arritmia em portadores de MP.

Em portadores de CDI, além das informações diárias relacionadas ao funcionamento do aparelho, os dados de impedância demonstram a integridade do cabo-eletrodo em que sinais de fraturas ou microfaturas, que são frequentes causas de terapias de choque inapropriadas, podem



**Carlos Eduardo
Batista Lima**



Martino Martinelli Filho

ser detectadas precocemente, permitindo abordagem terapêutica imediata. Além disso, permite a monitorização contínua de eventos arrítmicos e das terapias aplicadas pelo dispositivo, através do envio de IEGM de alta qualidade, pela internet.

Os ressinchronizadores cardíacos dotados do sistema HM apresentam o monitor de insuficiência cardíaca (IC), visando à identificação precoce de sinais preditores de descompensação clínica em pacientes com cardiomiopatia grave e IC avançadas. Os preditores analisados são variabilidade do intervalo RR diminuída, presença de arritmias atriais, porcentagem de estimulação biventricular inferior a 90%, frequência cardíaca de repouso >90 batimentos por minuto e redução da atividade física cotidiana do paciente. A variabilidade da frequência cardíaca foi incluída, com base no estudo "*Continuous Autonomic Assessment in Patients With Symptomatic Heart Failure*", publicado em 2004, no *Circulation*. Nesse estudo, um SDAAM <50ms médio em quatro semanas associou-se ao aumento no risco de mortalidade¹⁰. Quanto à atividade do paciente, outro estudo demonstrou que pacientes compensados têm 3.1 horas por dia de atividade física; pacientes que apresentam descompensação clínica apresentam, em média, 2.4 horas¹¹.

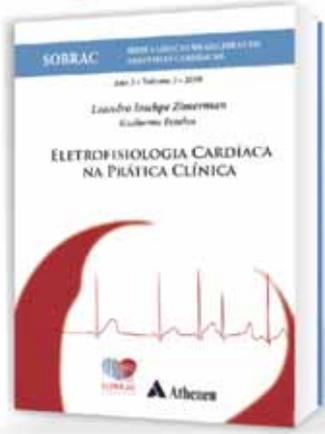
Já é uma realidade atual a incorporação de recursos sofisticados a esses dispositivos, como monitorização hemodinâmica através de medidas de impedância torácica, transmissões sem fio com utilização de tecnologia *bluetooth*, *wireless*, assim como transmissão de dados via satélite, permitindo avaliações diárias em tempo real através da internet¹².

Por tudo isso, é imperioso destacar que essas inovações tecnológicas, agregadas ao sistema HM, estão-se transformando em uma ferramenta indispensável ao manuseio de portadores de DCEI.

Referências

1. Specificity of Atrial Mode Switching in Detecting Atrial Fibrillation Episodes. *PACE*, 2005; 28:S47-S49.
2. Niraj V, Stambler B, Chun S. Detection of atrial fibrillation by implanted devices with wireless data transmission capability. *PACE*, 2005;28:S133-136.
3. Lazarus A. Remote, Wireless, Ambulatory Monitoring of Implantable Pacemakers, Cardioverter Defibrillator and Cardiac Resynchronization Therapy System. Analysis of a Worldwide Database. *PACE*, 2007; 30:S2-S12.
4. Ricci R. P., Morichelli L., Santini M. Remote Control of Implanted Devices Through Home Monitoring Technology Improves Detection and Clinical Management of Atrial Fibrillation. *Europace*, 2009;11(1):54-61.
5. Wijffels MC, Kirchhof CJ, Dorland R, Allessie MA. Atrial fibrillation begets atrial fibrillation: a study in awake chronically instrumented goats. *Circulation*, 1995; 92:1954-68.
6. Wolf PA, Kannel WB, McGee DL. Duration of atrial fibrillation and imminence of stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 1983;14:664-7.
7. Fuster et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation-Executive Summary 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). *Circulation*, 2006;114:700-752.
8. Lamas GA, Lee KL, Sweeney MO. Ventricular pacing or dual-chamber pacing for sinus-node dysfunction. *N Engl J Med*, 2002; 346 (24): 1854-1862.
9. Orlov et al., Asymptomatic AF in PM recipients: incidence, progression, and determinants based on the Atrial High Rate Trial. *PACE*, 2007; 30:404-411.
10. Adamson P.B. et al. Continuous Autonomic Assessment in Patients With Symptomatic Heart Failure. *Circulation*, 2004;110:2389-2394.
11. Abraham W.T. et al. Use of Implanted CRT Device Diagnostics to Determine the Risk of Heart Failure Decompensation. *J Cardiac Fail*, 2003, abstract 363.
12. Lazarus A. Remote, Wireless, Ambulatory Monitoring of Implantable Pacemakers, Cardioverter Defibrillators, and Cardiac Resynchronization Therapy Systems: Analysis of a Worldwide Database. *PACE*, 2007;30:S2-S12.

LANÇAMENTO



SÉRIE CLÍNICAS BRASILEIRAS DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Eletrofisiologia Cardíaca na Prática Clínica

dos editores
Leandro Loschpe Zimmerman
Guilherme Fenelon



Visite nosso estande e conheça os demais volumes da Série ou acesse www.atheneu.com.br

Prestação de contas: Diretoria Biênio 2008-2009

A Diretoria da **SOBRAC** biênio 2008-2009 finaliza o 2º ano de suas atividades com sensação de missão cumprida, pois desenvolveu diversas importantes atividades na esfera administrativa, associativa e científica. Após numerosas e importantes modificações ocorridas na **SOBRAC** nos últimos anos, que repercutiram positivamente na estrutura desta sociedade, foi implantada uma gestão administrativa com o intuito de consolidar as ações e conquistas adquiridas, cujos resultados estão dispostos a seguir.

Atualização de banco de dados e recadastramento de sócios

- Recadastramento de todos os sócios
- Aquisição crescente de novos sócios, reduzindo drasticamente o número de inadimplência. Existem atualmente **734 sócios adimplentes**.

Organograma

Foram criados:

- Coordenadoria de Cirurgia em Arritmias Cardíacas
- Grupo de Estudo em Estimulação Cardíaca Artificial
- Coordenadoria de Arritmia em Crianças e Congênitos.

Comunicação: Jornal da SOBRAC e Site da Internet

- Como forma de divulgação das atividades associativas e educação continuada, a **SOBRAC** dispõe de 2 grandes ferramentas: Jornal da **SOBRAC** e Site. O site da **SOBRAC** tem sido reformulado, facilitando o acesso para a administração e controle financeiro da sociedade, assim como permitindo melhor intercâmbio de informações com os sócios.

Financeiro

- Organização de projeção de custos e receitas para todo o ano, configurando a provisão anual da **SOBRAC**. A reserva financeira é utilizada para educação continuada, tornando a **SOBRAC** progressivamente independente de recursos provenientes apenas do congresso, através da oferta oferecendo de serviços à sociedade.

Educação Continuada

- Desenvolvimento de campanhas educativas junto ao Poder Público, entidades e associações, através do Programa de Educação Continuada (PrECon) e a Campanha Nacional de Prevenção de Arritmias e Morte Súbita. Eventos que

compreendem a essência do papel educativo da **SOBRAC**, sendo que houve neste ano 6 edições do **PrECon**, ocorridas em todas as regiões do país, com média de **170 inscritos**.

- Em abril foi realizado o **I Simpósio Latino Americano de Fibrilação Atrial**, organizado pela **SOBRAC** e SOLAECE que envolveu diversos convidados internacionais.
- Este outubro houve o **I Mega Intensivo de Reciclagem em Arritmia**, com **54 inscritos**, compreendendo as 3 áreas, Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca
- Como departamento da SBC, a **SOBRAC** tem sido consultada regularmente para propor a programação científica na área de arritmias do Congresso Brasileiro de Cardiologia.

Diretrizes

- Publicada a **Diretriz de Fibrilação Atrial**.
- Em andamento a **Diretriz de Arritmias em Crianças e Congênitos**, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cardiopediatria.
- Aprovada a criação da **Diretriz de Morte Súbita em Atletas**, em conjunto com a SBC.

Defesa Profissional

- Emitidos pareceres sobre procedimentos médicos na área de eletrofisiologia e arritmia clínica para a SBC, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde e Associação Brasileira de Medicina de Trânsito.
- Enviado documento com suporte técnico para realização de mapeamento eletroanatômico e indicação de implante de monitor de eventos (loop recorder) para a ANS.
- Reeditada a recomendação para cobrança de Honorários Médicos, utilizando a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Relacionamento institucional

- Desenvolvimento de maior intercâmbio científico e associativo com entidades congêneres nacionais e internacionais, como a Sociedade de Cardiologia de Portugal. A **SOBRAC** tem a satisfação de inserir o Simpósio Luso-Brasileiro na programação científica do CBAC, assim como tem tido participação ativa nos eventos semelhantes em Portugal.

Provas de Arritmia Clínica e Eletrofisiologia. Área de Atuação

- Atualizado o cadastro de colegas com habilitação em Eletrofisiologia, e eliminada a lista de espera para realização de provas práticas.
- Renovação anual do banco de questões para as provas de obtenção de Proficiência em Arritmia Clínica e Área de Atuação em Eletrofisiologia. Em 2008 foram aprovados 15 colegas para eletrofisiologia e 4 para clínica. Este ano serão concedidos certificados de Proficiência em Arritmia Clínica aos sócios com notório saber na área, a partir de critérios divulgados em edital específico.
- Solicitação oficial para SBC da Área de Atuação em Estimulação Cardíaca Artificial, em conjunto com DECA.

Pesquisa e registros

- Em andamento a pesquisa sobre a incidência de Morte Súbita na população nacional, através de realização de pesquisa junto aos centros de triagem e médicos da atenção primária da rede pública. Estes resultados deverão ser apresentados durante o CBAC de 2009, em Campinas – SP.

Publicações

- Duas edições do livro de Arritmia da **SOBRAC** com a editora Atheneu, e está a caminho a 3ª edição a ser lançada durante o XXVI CBAC em Campinas – SP.
- Diretrizes de Fibrilação Atrial nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Comemoração dos 25 anos da SOBRAC

- A Câmara Municipal de São Paulo realizou a Sessão Solene em Comemoração aos 25 anos da **SOBRAC**, no dia 14 de agosto de 2009.
- Iniciativa semelhante teve a Câmara Municipal de Porto Alegre - RS, sob iniciativa do Dr. Leandro Zimmerman.

Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

- Foi realizada a 25ª edição do Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas em Salvador em 2008. Além da excelente programação científica e social, foi atingido um novo recorde de inscrições, com mais de 1000 participantes.
- O XXVI Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas será realizado em Campinas-SP, e a expectativa de nova superação a cada ano. Obtido um novo recorde no registro de pré-inscritos.



Embora o ano de 2009 tenha começado à sombra de uma grande crise mundial, a HolterExpress manteve-se na vanguarda e, ao contrário da tendência do mercado, expandiu seus negócios e investiu pesado na sua estrutura e tecnologia, mantendo e elevando a excelência dos serviços prestados. Por isso a HolterExpress é considerada a Maior Central de Holter da América Latina. Desde a ampliação da base de médicos analistas, passando pelo investimento no servidor próprio e no setor de treinamento, chegando à dianteira na aquisição da tecnologia recém lançada do holter digital Nomad, da Micromed, antecipando-se ao próprio lançamento do fabricante, a Empresa ignorou a crise mundial e deu mais um salto de qualificação. Que 2010 comece com notícias tão boas quanto estas que a HolterExpress nos brindou ao longo do ano que agora chega ao seu final.

Participe!

Dias 26 e 27 de Novembro
14h00 às 17h00

Veja a Programação do 26º Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

Discussão de Casos de Holter com especialistas. Compartilhe seus conhecimentos e rotinas ajudando na elaboração de laudos de Eletrocardiografia dinâmica. Participe, tire suas dúvidas e dê sua opinião neste treinamento de análise em tempo real.

Ministrado por Dr. José Luiz B. Cassiolato e Dr. Rogério Andalaft

Participações Especiais:

Dr. Eduardo B. Costa

Dr. José Cláudio Lupe Kruse

Dr. Fabio Sândoli de Brito

Dr. Dalmiro A. R. Moreira

Dr. Claudio Pinho

Dr. Gilberto Vinhas

Dr. João Pimenta

Dr. Dário C. Sobral Filho

Dr. Marcio Jansen Figueiredo

Dr. Gilberto Vinhas

Dr. José Marco Nogueira de Lima



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



www.bostonscientific.com/CRM

Boston
Scientific



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?

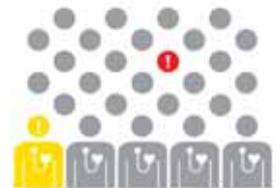
Detectar de forma precoce e rápida eventos adversos assintomáticos apresentados pelo paciente. Como por exemplo, fibrilação atrial ou uma anomalia técnica.

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).



Caros amigos,

Entre as metas que tínhamos para a gestão 2008-2009 estava a modernização do sistema de informática. Iniciamos pela atualização e regularização de softwares, e agora passamos à fase de investir no site. Assim, foi feita uma série de alterações no mesmo, tornando-o mais atraente e fácil de navegar. Convidamos todos a visitarem o novo site da SOBRAC e esperamos que o mesmo seja do seu agrado.

Atenciosamente,

Leandro loschpe Zimmermann
Presidente da SOBRAC

SOBRAC
Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas

Boston Scientific
Delivering what's next.

PROFISSIONAL DA SAÚDE
CPF:
Senha:
[Acesso como admin](#)

[Institucional](#) | [Associado](#) | [Congresso](#) | [PrECon](#) | [Jornal SOBRAC](#) | [Publicações](#) | [Agenda de Eventos](#) | [Contato](#)

CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS 2009
XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas
Campinas
Selecione abaixo o tipo de congresso desejado

PrECon
Programa de Educação Continuada
SOBRAC

CARDIOS **TAM**

Busca no Site
Digite abaixo a palavra que deseja buscar em nossa base de dados
Palavra:

Novidades SOBRAC
01-04 novembro 2009
Está chegando o XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas mas já estamos preparando o próximo. Será em Vitória - ES.

Calendário de Eventos
Novembro
Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sab
1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 25 26 27 28
29 30

Eventos recentes
Acompanhe abaixo os eventos que estão prestes a acontecer:
29º Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas
DATA: 25/11/2009 - [Ver mais](#)

Últimas Notícias
- Informativo: Estádio da SOBRAC no XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas em Campinas - SP
- Informativo: Estádio da SOBRAC no XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas em Campinas - SP
- Entre no ritmo da Campanha CORAÇÃO NA BATIDA CERTA 2009
Entre no ritmo da Campanha CORAÇÃO NA BATIDA CERTA 2009 - Hot site - página área de Download
- Sobrac Participa de Cerimônia de Abertura do XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas
Cerimônia de Abertura do XXIV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

Publicações da Sobrac
- [Cardíaca](#)
- [Revistas e Portais](#)
- [Livro SOBRAC@150](#)

Coração na Batida Certa
Entre no ritmo da Campanha CORAÇÃO NA BATIDA CERTA

Galeria de Fotos SOBRAC

Clique Aqui **TAM**

[Institucional](#) | [Associado](#) | [Congresso](#) | [PrECon](#) | [Jornal SOBRAC](#) | [Publicações](#) | [Agenda de Eventos](#) | [Contato](#)

SOBRAC - R. Estúdio São João, 750 - Campo Belo - CEP 54624-052 - São Paulo/SP - Brasil
Tel: (+55) 11 5543-1824 / 11 5543-4018 Fax: (+55) 11 5521-4000 - sobrac@sobrac.org.br





(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.™