



01 a 04
Centro de Convenções de Vitória
DEZEMBRO de 2010
VITÓRIA - ES

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



31/10 Inscrições com desconto
Data limite

Valores de Inscrições para o Congresso

CATEGORIAS	JUL/OUT	NO LOCAL
Socio Sobrac	400,00	500,00
Não Socio	530,00	650,00
Estudante/Residente	160,00	280,00
Socio Deca	400,00	500,00
Aliado*	120,00	150,00

*profissional não medico



Realização



Informações

Rowam Eventos - LB Rodighi
Telefax: 55 41 3342-9078
rowameventos@rowameventos.com.br
www.rowameventos.com.br

Agência de Viagens

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

**XXVII Congresso Brasileiro
de Arritmias Cardíacas
de 1 a 4 de dezembro de 2010**

SOBRAC em Foco - Depoimentos

Evidências Científicas



Você vai...
Ou não?



EM 2011, TORNAR-SE MEMBRO DA **EUROPEAN Heart Rhythm ASSOCIATION (EHRA)**

São benefícios dos membros da EHRA:

- Tarifas **REDUZIDAS** para o EP Journal
- Inscrição **GRATUITA** para cursos preparatórios e educativos
 - Inscrição **GRATUITA** para cursos on-line (Webinars)
- **Desconto** de 15% nos exames de certificação da EHRA
 - Acesso a conteúdo educacional **RESTRITO**
- Oportunidade de solicitação de programas de **TREINAMENTO**
- Benefícios automáticos de **membros da Sociedade Europeia de Cardiologia**
 - Direito de votar na eleição da Diretoria da EHRA
 - Descontos para a inscrição no **EUROPACE 2011**

▪ **Visite-nos no stand no Congresso da SOBRAC**

Inscreva-se agora em
www.escardio.org/EHRA
Na sessão de "membership"



DIRETORIA

Presidente

Guilherme Fenelon

Vice-Presidente

Luis Antonio Castilho Teno

Diretora Financeira

Denise Tessariol Hachul

Diretor Científico

Adalberto Lorga Filho

Diretor Administrativo

Washington Andrade Maciel

COORDENADORES

Eletrofisiologia Clínica

José Carlos Moura Jorge

Arritmia Clínica

Tiago da Rocha Rodrigues

Métodos Não Invasivos

Enrique Indalécio Pachón Mateo

Estimulação Cardíaca Artificial

Silvana Angelina D'Orio Nishioka

Profissionais Aliados

César José Grupi

Informática

Henrique César de Almeida Maia

Habilitação Profissional

Eduardo Benchimol Saad

Eletrofisiologia Experimental

Luiz Roberto Leite da Silva

PreCon

Luiz Pereira de Magalhães

Defesa Profissional

Eduardo Back Sternick

Relações Institucionais

Marcio Jansen de Oliveira Figueiredo

Cirurgia

Fernando Antonio Lucchese

Jornal SOBRAC

Roberto Luiz Menssing da Silva Sá

Administrador

Marco Antonio Ferreira dos Santos

Gerente Administrativo

Tatiana Nunes de Oliveira

Conselho Deliberativo

Maurício Scanavacca

Sérgio Gabriel Rassi

Ayrton Klier Péres

Jacob Atié

Martino Martinelli Filho

Leandro Ioschpe Zimerman

Dario Celestino Sobral Filho

Adalberto Menezes Lorga

Reynaldo de Castro Miranda

Conselho Fiscal

Alvaro Valentim Lima Sarabanda

José Marcos Moreira

Luiz Eduardo Montenegro Camanho

Jornal SOBRAC é o boletim informativo da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas, uma publicação trimestral com tiragem de 12.000 exemplares, distribuído gratuitamente aos sócios da SOBRAC e SBC

Editor do Jornal SOBRAC

Roberto Luiz Menssing da Silva Sá

Editor Associado

Leandro Ioschpe Zimerman

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

Sumário

Carta do Presidente da SOBRAC	5
Palavra do Editor	7
Mensagem do Vice-Presidente	7
Palavra do Presidente do XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas	8
Mensagem do Diretor Científico	8
Informe do Congresso Anual da Sociedade Européia de Cardiologia	9
Mensagem do Coordenador de Arritmia Clínica	10
Sessão Clínica-Eletrocardiográfica da SOBRAC - CASO 3	11
EVIDÊNCIAS CIÊNTÍFICAS	
Síndrome da Perda de Fôlego: uma Causa de Síncope em Lactentes	13
Controle da Frequência Cardíaca na Fibrilação Atrial Persistente: existe uma Faixa Ideal de Resposta Ventricular?	15
Resultados a Longo Prazo da Ablação de Fibrilação Atrial: Impacto Clínico e Terapêutico	16
Deflagração de Arritmias Noturnas por Eventos Respiratórios em Distúrbios do Sono	17
Síndrome do QT Longo: Pesquisa Genética Contra o Desconhecimento	19
Arritmias Ventriculares e Variação Circadiana	21
Recadastramento dos Serviços de Eletrofisiologia Por que seu Serviço não Existe?	24

Últimas vagas disponíveis!



Garanta a sua

**XXVII CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ARRITMIAS
CARDÍACAS**
VITÓRIA | ES · DEZEMBRO 2010

Ilha do Boi R\$ **544**,00
A partir de*

Quality Vila Velha R\$ **521**,00
A partir de*

Consulte outras opções de hospedagem:

www.felliniturismo.com.br/arritmias.htm

20%

Desconto passagens aéreas da TAM (Exclusivo Fellini)

Pacotes turísticos com preços imperdíveis!

Consulte nossos atendentes e programe já suas férias!

Costa Cruzeiros Litoral Brasileiro A partir de 4x **US\$ 353**,00 por pessoa
Consulte saídas e roteiro

Itália Clássica A partir de 5x **US\$ 270**,00 por pessoa
Roma, Assis, Milão, Florença e Veneza

Austrália Downunder A partir de 10x **US\$ 541**,00 por pessoa
Sydney, Melbourne e Cairns em 11 dias



A SOBRAC, em parceria com a Fellini Turismo está oferecendo aos seus associados e familiares um desconto especial de 5% nos pacotes e serviços de viagens.

A Fellini está de cara nova

Mudamos nossa marca, mas a qualidade, o profissionalismo e as melhores condições não mudaram.

A melhor agência de eventos do Brasil.

 **felliniturismo**

20 anos de profissionalismo por você





Carta do Presidente da SOBRAC

Guilherme Fenelon - Presidente da SOBRAC

Nesta edição do nosso jornal, gostaria de chamar a atenção para algumas ações da diretoria que necessitam muito da participação de todos.

Prezados colegas,

Atendendo a reivindicações dos sócios, encaminhamos proposta de reforma do estatuto da Sobrac, cujo principal ponto é a mudança da forma de eleição da diretoria, que passará a ser através do voto direto e secreto pela internet, fora da época do congresso, com a utilização do sistema eleitoral da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). A assembléia para aprovação da reforma estatutária será realizada no dia 26 de setembro, das 13 às 15 horas, durante o Congresso da SBC, em Belo Horizonte. Não deixem de comparecer e participar desse relevante momento da nossa sociedade.

A secretaria está realizando o recadastramento dos serviços de eletrofisiologia brasileiros. A ideia é disponibilizar essas informações no site da Sobrac, tanto para os sócios como para o público leigo, facilitando a localização de atendimento especializado em arritmias, nas diversas regiões do Brasil. Contamos com a colaboração de todos os especialistas em eletrofisiologia, no preenchimento do cadastro.

No dia 12 de novembro, será realizada a quarta edição da Campanha Nacional de Prevenção das Arritmias Cardíacas e Morte Súbita, da Sobrac. Convidamos todos a participarem dessa importante iniciativa, cujo principal propósito é conscientizar a população e as autoridades acerca da existência, relevância e formas de prevenção desses graves transtornos do ritmo cardíaco. Salientamos que a participação de todos é fundamental para o sucesso da campanha. Informações sobre a forma de participação podem ser obtidas na secretaria da Sobrac que, juntamente com a assessoria de comunicação, irá orientá-los na execução das suas atividades.

Estamos nos aproximando do nosso maior e mais aguardado evento que é, indubitavelmente, o Congresso Brasileiro de Arritmias de 2010, de 1 a 4 de dezembro, em Vitória, Espírito Santo. Teremos diversas novidades na programação científica, incluindo sessões multidisciplinares, sessões de discussão de traçados de eletrofisiologia e marca-passo, colóquios dinâmicos, intitulados “pergunte ao especialista”, e também a participação de jovens palestrantes, a nova geração da Sobrac, que, além de atuar na grade médica, contribuirá ativamente na programação dos profissionais aliados, em uma interação que tem tudo para ser muito positiva.

As novidades do congresso não se limitam à parte científica. Teremos a segunda edição do Fórum de Defesa Pro-

fissional, quando será possível debater todos os problemas que atingem nossa prática diária, tais como reprocessamento de materiais, honorários, relações com as operadoras de saúde, etc. Esperamos que, dessas discussões, surjam propostas que possam ser implementadas pela Sobrac em defesa do seu associado. Por fim, inauguraremos, neste ano, o espaço “Fale com a Diretoria”, no qual a diretoria da Sobrac vai pessoalmente colocar-se à disposição para receber sugestões, responder dúvidas, questionamentos, assuntos administrativos, e também para estabelecer um bate-papo informal com os sócios.

Gostaríamos de salientar a realização de mais duas edições do PreCon, em São Paulo e em Recife, ambas com grande sucesso, além dos Simpósios de Arritmia da Sobrac, em Vitória da Conquista e em São Luis. A receptividade local aos eventos foi a melhor possível, com intensa mobilização da comunidade médica. Estamos convencidos de que essa iniciativa possibilita não apenas a capilarização das ações da Sobrac, mas, sobretudo, a germinação e a capacitação de novas lideranças da ritmologia brasileira.

Não podemos deixar de destacar a parceria recém selada com a European Heart Rhythm Association (EHRA), cujos primeiros frutos serão colhidos já no congresso de Vitória. O Professor Karl Heinz Kuck virá como representante oficial da EHRA e proferirá a conferência de abertura. Haverá também um stand da EHRA, no qual o nosso associado poderá conhecer os benefícios oferecidos pela entidade. Nesse aspecto, fazemos questão de agradecer e parabenizar os Drs. Márcio Figueiredo, Coordenador de Relações Institucionais, e Jacob Atié, Membro do Conselho Deliberativo, pelo trabalho incansável na confecção desse importante acordo internacional.

Todos nós, da diretoria, continuamos motivados e empenhados para trabalhar cada vez mais pela SOBRAC e por seus sócios. Há diversos projetos em andamento que brevemente serão anunciados. Fiquem atentos às comunicações e ao site da SOBRAC e, nunca é demais repetir, enviem críticas e sugestões por e-mail ou telefone.

“Queremos ouvir vocês!”

Cordiais saudações.



Ritmonorm[®]

cloridrato de propafenona

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

Eficácia e segurança na manutenção do ritmo sinusal em pacientes com coração estruturalmente normal¹



Cloridrato de propafenona é contraindicado em caso de insuficiência cardíaca manifesta.³ Propafenona pode interagir com varfarina, prolongando o tempo de protrombina.³

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. Martinelli M. et al. Diretriz de Fibrilação Atrial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2003;81, Suplemento VI, Novembro 2003. 3. Ritmonorm; Bula do produto. Abbott Laboratórios do Brasil.

RITMONORM[®] (cloridrato de propafenona), USO ADULTO E PEDIÁTRICO. Apresentações: 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, croscarmelose sódica, estearato de magnésio, hipromelose, polietilenglicol e corante dióxido de titânio. **Indicações:** Tratamento das taquiarritmias supraventriculares sintomáticas, em pacientes sem doença cardíaca estrutural significativa, como fibrilação atrial paroxística, taquicardia juncional 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 nódulo 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 granulocitopenia ou trombocitopenia, agranulocitose, reações alérgicas, anorexia, ansiedade, confusão mental, síncope, cefaléia, vertigem, ataxia, turvação 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. 06/2010

Abbott Center - Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
www.abottbrasil.com.br

 **Abbott**
A Promise for Life

Palavra do Editor



Roberto Luiz
Menssing da Silva Sá

Prezados colegas

A SOBRAC vem, cada vez mais, ocupando espaço relevante dentro do cenário nacional e internacional. A Diretoria tem procurado sempre incorporar novas idéias e sugestões às suas realizações.

O nosso Congresso Brasileiro de Arritmias de 2010 está se aproximando e podem ter certeza de que está sendo cuidadosamente elaborado, com muitas novidades não só na programação científica, como também em outras áreas de interesse.

Chamamos a atenção de todos para a parceria que vem sendo desenvolvida entre a SOBRAC e a European Heart Rhythm Association (EHRA), e as inúmeras vantagens de se tornar membro dessa entidade internacional.

Veja, nesta 18ª Edição do Jornal da SOBRAC, artigos resumidos, selecionados e leia com atenção as informações mais detalhadas dos tópicos que falamos acima.

Continuamos contando com vocês.

Um grande abraço a todos.

Mensagem do Vice-Presidente

Luiz Antonio Castilho Teno



Estamos continuando a gestão da atual Diretoria da SOBRAC com o firme propósito de cumprir os objetivos assumidos na nossa proposta inicial. Por ser ligado à área cirúrgica da Estimulação Cardíaca e pelo histórico de participação e atuação na área administrativa do DECA, coube-me, no exercício da Vice-Presidência na SOBRAC, manter o elo entre as duas Instituições. Vários são os motivos que justificam a relação harmoniosa entre SOBRAC e DECA: área de atividades de trabalho em comum, ações de defesa de interesses profissionais, intercâmbios e atividades científicas e a própria representação de seus membros associados, que, na sua grande maioria, participam das duas Instituições.

A identificação da Estimulação Cardíaca Artificial como Área de Atuação específica e o seu reconhecimento foi a nossa parceria inicial e os seus frutos estão prestes a ser colhidos. A avaliação e possível aprovação pela Comissão Mista dos órgãos regulamentadores, entre eles AMB e CFM, estão prestes a ocorrer, e estamos bastante otimistas na sua efetivação.

Na área científica, o que já vinha ocorrendo de rotina, em relação à realização conjunta do Congresso Brasileiro de Arritmias, passou a acontecer também nos Cursos de Educação Continuada. Além da programação individualizada do PRECON e do PRONE, foram programados cursos em

parceria SOBRAC-DECA, como o ocorrido na cidade de Ribeirão Preto-SP e, futuramente, em Juiz de Fora-MG. A otimização na logística de programação desses cursos, que atendem públicos semelhantes, tem propiciado a redução de custos para Instituições e patrocinadores e uma melhor dinâmica na distribuição dos locais de sua realização, no território nacional.

Outras ações e parcerias futuras, envolvendo a SOBRAC e o DECA, com objetivo comum de propiciar progresso na área de estimulação cardíaca artificial no Brasil, deverão acontecer. Nesse sentido, a possibilidade de uma junção futura das duas Instituições, tema recorrente de discussões entre seus membros com opiniões diversas e nem sempre concordantes, é viável. Esse tema merece, de todos nós, atenção e reflexão embasada não só na motivação passional, mas principalmente em uma análise racional e séria, levando-se em conta os princípios e histórico de ambas Instituições, bem como os compromissos com seus membros e as respectivas sociedades maiores.

Apesar de possíveis dificuldades, é um assunto sobre o qual sempre vale à pena refletir.

Abraços a todos.



Palavra do Presidente do XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

Prezados colegas,

Enfim, estamos a menos de 2 meses para o XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas que será realizado de 1 a 4 de dezembro em Vitória-ES. Sem dúvida nenhuma, este é o mais importante evento científico nacional na área de arritmias cardíacas. Sua grandeza e importância se traduzem pelo número de especialistas renomados convidados a participar. Este ano, estarão em Vitória 112 palestrantes nacionais e 8 internacionais vindos da Europa e Estados Unidos.

A programação científica já foi concluída e teremos 04 salas funcionando simultaneamente. Uma será totalmente dedicada a temas abrangentes, voltados especificamente para o cardiologista clínico. Nas demais, serão abordados assuntos específicos discutindo com profundidade os mais recentes avanços nas áreas da eletrofisiologia, estimulação cardíaca, métodos gráficos e temas aliados.

O congresso já começa intenso na quarta-feira com a realização do Megacurso Interativo para o Clínico cujo objetivo é apresentar o mundo real. Nesta sessão, serão apresentados casos clínicos em que a plateia é convidada a participar ativamente e, ao mesmo tempo, tem a oportunidade de ouvir a opinião de especialistas que discutirão a melhor conduta para cada situação clínica apresentada. Em paralelo, atendendo a diversas solicitações de nossos sócios SOBRAC-DECA, também teremos uma sessão voltada especificamente ao especialista com a apresentação de traçados relacionados à estimulação cardíaca e eletrofisiologia. Uma grande oportunidade aos especialistas discutirem e aprimorarem seus conhecimentos em suas respectivas áreas de atuações.

No sábado, último dia do congresso, temas nobres e de extrema relevância clínica serão abordados. Durante toda a manhã haverá uma interessante discussão de ECG nas arritmias cardíacas seguida de uma sessão com a apresentação de situações clínicas comuns na prática diária e que sempre é motivo de consulta ao especialista. Simultaneamente, teremos uma mesa redonda discutindo com profundidade a abordagem diagnóstica e terapêutica na criança com arritmias cardíacas e síncope e um interessante debate a respeito do que dizem as diretrizes de dispositivos implantáveis no tratamento da insuficiência cardíaca na visão do GEIC e SOBRAC.

A programação social também foi elaborada com cuidado e muito entusiasmo. Já no primeiro dia, após a cerimônia de abertura, teremos um imperdível show humorístico seguido de um caprichado coquetel. Na sexta-feira, a festa de encerramento será no tradicional e respeitado Cerimonial Le Buffett sob a animação da regionalmente conhecida banda capixaba Black Set. E para encerrar o congresso, a partir do meio-dia de sábado, será realizado o tradicional torneio de tênis com churrasco, música ao vivo e passeios de escuna. Esta é uma promoção da Biocath e será realizada na magnífica e aprazível área de lazer do Hotel Ilha do Boi, às margens da bela baía de Vitória.

Portanto, caso ainda não tenha planejado, não perca mais tempo, programe a sua vinda ao XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas.

De 1 a 4 de dezembro, Vitória aguarda você e sua família de braços abertos!

Um forte abraço e até breve!



Mensagem do Diretor Científico

Adalberto Menezes Lorga Filho

Prezados Colegas,

Mais uma vez aproveite este espaço para trazer-lhes novidades e conquistas da Coordenadoria Científica.

• **CBAC 2010 - VITÓRIA, ES**

O CBAC de Vitória já está aí! O Programa está pronto e com conteúdo renovado. Atendendo a sugestões, com o crescimento do Megacurso, a partir deste ano, as regras para envio e seleção de casos estão estabelecidas e à disposição de todos em nosso site (www.sobrac.org). E ainda, aproveitando idéias enviadas, três novas sessões de cunho eminentemente prático foram criadas: uma de *discussão de casos de Holter*, e outras duas de *Traçados de eletrofisiologia* e de *Traçados de marca-passo*.

Os convidados internacionais estão todos confirmados: Karl Heinz Kuck, Marcus Wharton, Pedro Adragão, André D'Ávila e David Hayes. Outra novidade é que foram criadas *Sessões multidisciplinares*, em que um determinado tema será abordado sob diferentes pontos de vista: clínico, eletrofisiologista, estimulista e cirúrgico, e a sessão *Pergunte ao especialista*, que permitirá um debate informal e prático de temas de nossa prática clínica. Nada disso, porém, tem sentido sem você!

Programe-se! Sua presença é fundamental!

• **CONGRESSO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA**

Dentro de mais uma das propostas de trabalho de nossa coordenadoria, teremos, em novembro próximo, durante o congresso Brasileiro de Cardiologia Pediátrica, o *Simpósio SOBRAC-DPC*

(*Dep. de Cardiologia Pediátrica*). Esperamos, com essa e outras parcerias, divulgar a SOBRAC entre as outras especialidades, realizando um intercâmbio de conhecimentos e de experiências com colegas de outras áreas.

• **CURSO DE RECICLAGEM**

De 21 a 23 de outubro, acontecerá nosso Curso Intensivo de Reciclagem. Durante três dias, receberemos colegas para uma imersão em arritmia clínica, eletrofisiologia e marca-passo. As aulas ocorrerão no período da manhã e da tarde e os almoços dos três dias estão inclusos no valor do curso. Se você ainda não se inscreveu, não perca essa excelente oportunidade para se reciclar ou completar sua preparação para as provas de título em arritmia clínica e eletrofisiologia.

• **RELAMPA**

Outra novidade é o projeto conjunto SOBRAC / DECA de *reestruturação da Relampa*. A Relampa é a revista oficial também da SOBRAC. Com essa medida, o periódico passa a ter dois editores, um do DECA e outro da SOBRAC, e os artigos serão direcionados a temas de revisão, com a função de reciclar e de informar ritmologistas e cardiologistas, brasileiros e latino-americanos. O DECA e a SOBRAC acreditam que, assim, estarão alinhados aos anseios de seus sócios, oferecendo mais um serviço de qualidade educacional e científica à comunidade cardiológica. Contamos com a sua colaboração quanto ao envio de artigos de revisão e à discussão de casos clínicos para a nossa revista.

Um forte abraço a todos.



Informe do Congresso Anual da Sociedade Européia de Cardiologia

Marcio Jansen de Oliveira Figueiredo



A Sociedade Europeia de Cardiologia (European Society of Cardiology, ESC) realizou, em Estocolmo, seu congresso anual. Foi, novamente, o maior evento em cardiologia do mundo, com cerca de 30.000 (sim, isso mesmo, trinta mil) inscritos, 10.000 trabalhos, e 250 atividades científicas. No evento, havia vários colegas brasileiros, que lá compareceram para se atualizar, para apresentar trabalhos científicos ou para proferir palestras. Na área de arritmias, houve grandes novidades, como a apresentação de trabalhos inovadores, e a divulgação da nova Diretriz de Fibrilação Atrial daquela sociedade. Foram tantas notícias e novidades que é impossível resumir em um espaço limitado. Para complementar as informações, o colega poderá recorrer à Internet, ao site da própria ESC (www.escardio.org), e também ao site da Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (www.cardiol.br), que providenciou boletins atualizados, em português, com as novidades mais interessantes.

Em termos políticos, a comunidade dos especialistas em arritmias também tem o que comemorar. O Dr. Panos Vardas, atual presidente da European Heart Rhythm Association (EHRA), será o próximo Presidente da ESC. A diretoria da SOBRAC tem mantido contato com o Dr. Vardas, buscando a aproximação das nossas Sociedades, com vistas à obtenção de benefícios para os associados, assim como o desenvolvimento de atividades científicas e de atualização.

É muito fácil participar! Em primeiro lugar, ser membro da EHRA dá o status de membro da ESC, com vantagens para acesso a conteúdo científico e a outras atividades. Além disso, os membros da EHRA têm descontos nas ins-

crições para atividades científicas, e acesso a atividades online. Existem duas modalidades de inscrição, sendo que a mais simples dá direito a todos os benefícios, menos o acesso ao jornal *Europace*. Vale a pena se informar, e escolher a maneira mais interessante para se associar e entrar para uma nova comunidade, que cresce mais e mais a cada ano!

E veja só que tipo de atividades de educação é possível encontrar na EHRA: o membro tem direito a participar, uma vez por ano, de uma das atividades científicas propostas pela sociedade, com inscrição gratuita. Navegando recentemente pelo site, interessei-me por um curso de eletrofisiologia invasiva, que ocorrerá em Nice, em fevereiro de 2011. Na busca das informações sobre o evento, deparei-me com a seguinte informação: os membros da EHRA têm direito, além da inscrição, a alojamento, alimentação e transporte terrestre para participar de, pelo menos, um evento ao ano. É isso mesmo! Providenciando a passagem aérea para Nice, a EHRA encarrega-se do resto! A informação foi confirmada pela secretária da sociedade, com a ressalva de que há vagas limitadas para essa modalidade de inscrição. Estou repassando a informação, porque considerei de extrema utilidade e digna de ser compartilhada com os colegas da SOBRAC.

Enfim, a comunidade cardiológica, em especial a nossa área de arritmias e de eletrofisiologia, tem buscado uma aproximação, com vantagens para todos. E a Diretoria da SOBRAC, com o apoio das Coordenadorias, tem-se empenhado para trazer todos os benefícios a seus sócios. É só buscar, e aproveitar todas as oportunidades que aparecem... E elas têm aparecido, sempre mais!



Thiago da Rocha Rodrigues

Coordenador de
Aritmia Clínica

Caros colegas,

Estamos na terceira edição do jornal da SOBRAC, após a inauguração da “Sessão Clínico-Eletrocardiográfica”. A sessão tem como objetivo estimular o raciocínio eletrocardiográfico dentro do contexto clínico das arritmias cardíacas e sob a ótica da compreensão dos mecanismos eletrofisiológicos básicos. A nossa intenção é demonstrar o grande valor que uma interpretação rigorosa e sofisticada do ECG de doze derivações tem para a demonstração dos mecanismos eletrofisiológicos das arritmias e a importância deles na condução clínica dos pacientes. Nos três primeiros casos apresentados, definimos um modelo conciso de apresentação. O caso clínico é apresentado de forma bastante resumida, apenas com o objetivo de contextualizar os ECG’s apresentados. A ênfase desta sessão está na interpretação dos ECG’s. Em seguida, uma a quatro figuras ilustrativas são apresentadas, constando de, pelo menos, um ECG de doze derivações. As demais figuras podem demonstrar a evolução eletrocardiográfica, apresentar detalhes dos ECG’s, registros de estudo eletrofisiológico, desenhos explicativos etc. Em seguida, apresentamos uma discussão com a descrição dos achados do ECG e sua interpretação, chamando a atenção para mecanismos eletrofisiológicos e, até mesmo, iônicos e celulares. No final, apresentamos uma conclusão diagnóstica e incluímos alguma mensagem clínica de relevância ou chamamos a atenção para algum aspecto interessante, curioso ou pouco conhecido.

Gostaríamos, agora, que os sócios da SOBRAC participassem desta sessão, enviando algum caso com o formato descrito ou enviando comentários sobre os casos apresentados. Os casos enviados serão analisados e discutidos com o autor e, em seguida, após uma seleção, publicados em algum número do nosso jornal. Uma pequena foto do autor também será apresentada. Os comentários poderão acrescentar algum dado não comentado, discordar de alguma interpretação ou sugerir novas conclusões. É muito importante para nós essa discussão, e as críticas serão muito bem-vindas.

Um grande abraço a todos.

Assim como você, também nos preocupamos com a saúde e o bem-estar do seu paciente



Gravador de Holter, Eventos e ECGd



Gravador de Holter



Gravador de Holter 7 dias



Gravador de Eventos 14 dias



MAPA

Softwares de Análise de Holter



e Transmissão de Exames e Laudos via Internet



Sistemas Avançados de Avaliação Cardiológica
Av. Paulista, 509 1º andar Tel. Geral: 11 3883-3000
01311-910 São Paulo SP Fax: 11 3883-3060
www.cardios.com.br

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

Design agradável



Alta precisão



Fácil de operar



Conforto total

Sessão Clínica-Eletrocardiográfica da SOBRAC - CASO 3

Caso clínico

Paciente J.A.S., masc., 79 anos, atendido em 08/05/09 com síncope repentina e sem pródromos, quedas com traumas, episódios súbitos e fugazes de tonturas. Sem antecedentes cardiovasculares, ecocardiograma normal, fração de ejeção de 70% e massagens de seios carotídeos normais. As pressões foram 140 x 80 mmHg (deitado), 120 x 70 mmHg (sentado) e 90 x 60 mmHg (em pé). Hipotensão ortostática e insuficiência autonômica foram consideradas as causas das síncopes, e o paciente foi tratado como tal (dieta hipersódica, meia elástica, hidratação oral e fludrocortisona). O ECG ao primeiro atendimento está ilustrado na figura 1. Apesar do tratamento, o paciente evoluiu com piora dos desmaios e retornou um mês após. O ECG realizado nessa ocasião foi idêntico ao primeiro. O caso ilustra uma das inúmeras armadilhas que a avaliação de síncope nos impõe. Uma análise criteriosa e sofisticada do ECG poderia livrar-nos desse percalço. A confirmação diagnóstica foi bem documentada no estudo eletrofisiológico (figuras 2 e 3), e o desfecho previsível foi registrado na figura 4.

Discussão

O diagnóstico de hipotensão ortostática, uma das maiores causas de síncopes em idosos, estava evidente ao exame clínico. No entanto, o ECG da figura 1 mostra um QRS largo (140 ms) e um eixo desviado para a direita ($S\dot{A}QRS = 110^\circ$). Esse eixo permanece para a direita até o final do QRS, indicando uma ativação tardia do ventrículo direito. Nota-se o

nadir da onda S em D1 ocorrendo na primeira metade do QRS (setas finas da figura 1). O padrão S1q3 e qR, em D2, D3 e aVF, corresponde a uma imagem em espelho do hemibloqueio anterossuperior esquerdo (HBAE). Os vetores iniciais estão dirigidos para a esquerda (r inicial em D1 e aVL) e para cima (q inicial em D2, D3 e aVF) e, logo em seguida, voltam-se para baixo (R em D2, D3 e aVF), para a direita (S em D1 e aVL) e para frente (R ampla e entalhada em V1 e V2). Nota-se que a ativação ventricular iniciou-se pela região anterossuperior do ventrículo esquerdo (r em D1 e q em D2, D3, aVF) e precocemente se desviou para baixo e para a direita, alcançando a região posteroinferior da massa septal esquerda e parede livre do ventrículo esquerdo (nadir de S em D1 na 1ª metade do QRS). A onda S alargada em D1 e a R ampla e entalhada em V1 indicam ativação lenta e tardia do ventrículo direito. O conjunto dessas alterações é compatível com a associação de bloqueio completo de ramo direito (BCRD) e hemibloqueio posteroinferior esquerdo (HBPI). O intervalo PR também se encontra aumentado (260 ms), indicando um bloqueio AV (BAV) de 1º grau. Portanto, o ECG é compatível com a associação de um bloqueio bifascicular (BCRD + HBPI) com um BAV de 1º grau. Tradicionalmente, essa associação é considerada como bloqueio trifascicular. No entanto, o atraso na condução AV pode estar localizado tanto no Nó AV como no sistema His-Purkinje (SHP). Apenas nesse último caso é que podemos definir o bloqueio trifascicular verdadeiro, o qual pode ser confirmado por um estudo eletrofisiológico (EEF) que demonstre um intervalo HV > 70 ms e/ou blo-

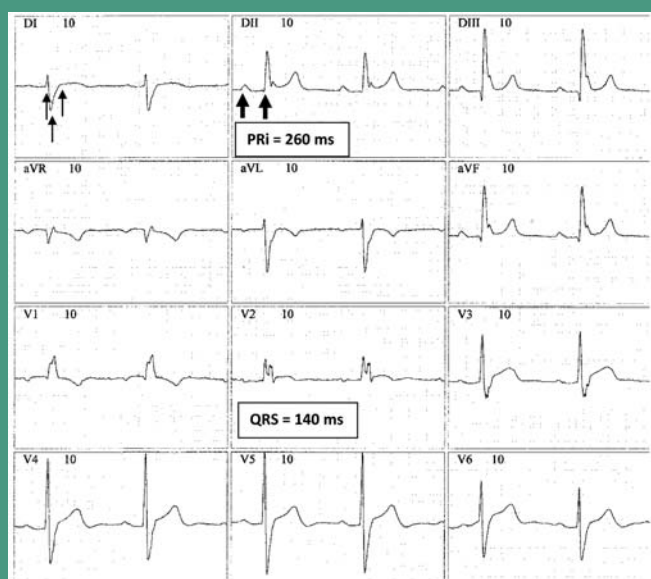


Figura 1. 1º ECG, realizado em 08/05/2009.

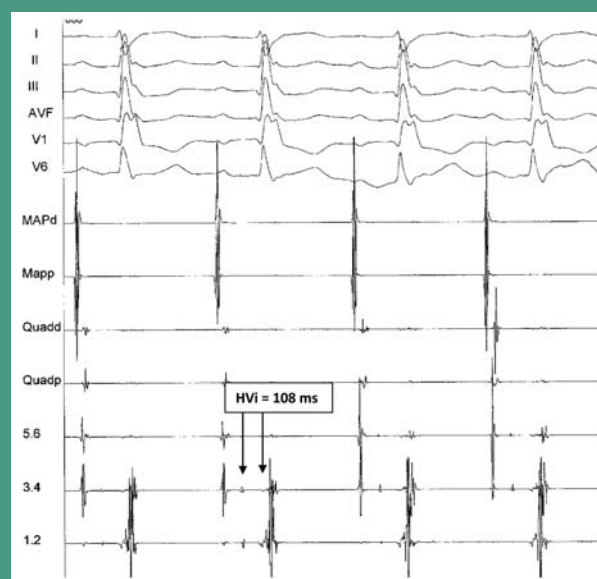


Figura 2. Estudo eletrofisiológico realizado após o retorno do paciente

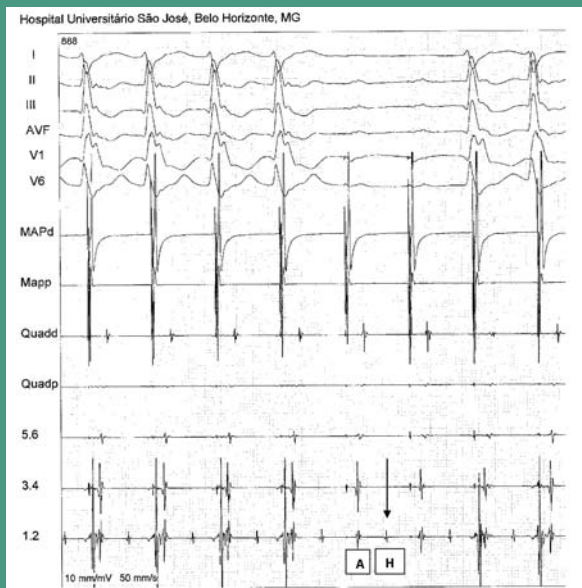


Figura 3. Estudo eletrofisiológico realizado após o retorno do paciente.

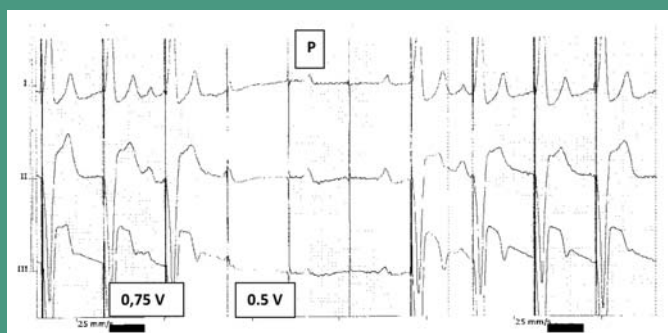


Figura 4. Teste de limiar de captura do marca-passo, realizado um mês após o implante, evidenciando um BAVT e alto grau de dependência ao marca-passo.

queio infra-hissiano¹. Esse achado comprova que o aumento do intervalo PR se deve a um atraso no fascículo remanescente, e não no Nó AV.

Alguns achados eletrocardiográficos, não presentes no caso apresentado, poderiam definir o bloqueio trifascicular sem a ajuda do EEF, como o bloqueio de ramo alternante (BRD alternando com BRE, ou BRD + HBAE alternando com BRD + HBPI) ou a ocorrência de BAV de IIº grau Mobitz tipo II em paciente com bloqueio bifascicular. Os fascículos do SHP mais propensos a sofrerem bloqueio de condução são aqueles mais longos e finos e que recebem irrigação sanguínea de apenas uma coronária (ramo direito e fascículo anterossuperior). O fascículo posteroinferior esquerdo, por ter dupla irrigação sanguínea (coronárias descendente anterior e descendente

posterior) e ter curto comprimento e grosso calibre, é pouco vulnerável ao bloqueio de condução².

Dessa forma, sua presença denota grave acometimento do sistema de condução. Dificilmente ele é acometido sem que o fascículo anterossuperior também esteja alterado. A associação de BCRD + HBPI está, assim, associada a alto risco de bloqueio AV total (BAVT). Por esse motivo, o paciente foi encaminhado para EEF. Na figura 2, o registro do eletrograma do feixe de His demonstra um intervalo HV basal de 108 ms, o que já indica o implante do marca-passo. A figura 3 revela estimulação atrial com bloqueio AV de alto grau, em que os registros de His não são seguidos por eletrograma ventricular, comprovando a localização infra-hissiana (seta) do bloqueio AV. A estimulação ventricular programada foi normal.

Trata-se, portanto, de um bloqueio trifascicular verdadeiro, e um marca-passo definitivo foi implantado de acordo com as diretrizes SOBRAC/DECA³. Após o implante, o paciente não apresentou mais síncope. A figura 4 mostra um teste de limiar de captura ventricular do marca-passo, realizado um mês após o implante. Após a perda de captura do ventrículo com estímulo de 0,5 V, nota-se o BAVT e o alto grau de dependência ao marca-passo, adquirido pelo paciente apenas um mês após o implante. É curioso ressaltar que o termo “bloqueio” não é sempre totalmente adequado, embora ele seja usado por consagração. Para que os achados de um “bloqueio fascicular ou de ramo” apareçam no ECG, basta que um dos fascículos ou ramos estejam atrasados em relação ao outro, e não necessariamente totalmente bloqueados¹. Não fosse assim, o termo bloqueio trifascicular sempre corresponderia a um BAVT. Mais correto seria referirmo-nos a esses bloqueios como atrasos de condução de ramo ou atrasos fasciculares.

Conclusão

Trata-se de paciente com síncope traumáticas e sem pródromos, com duas etiologias possíveis: a hipotensão ortostática e o bloqueio trifascicular secundário à grave degeneração do sistema de condução. Apesar de a segunda hipótese representar risco de vida significativo e ser a mais plausível, dada a ausência de pródromos e a ocorrência de traumas, este diagnóstico não foi aventado em um primeiro exame devido à obviedade da hipotensão postural. O equívoco poderia ter sido evitado por uma análise adequada do ECG, o que teria conduzido ao EEF já na primeira avaliação do paciente. A doença de Lev, uma esclerose do esqueleto cardíaco envolvendo o SHP de pessoas idosas, é a causa mais provável da doença do sistema de condução desse paciente².



Thiago da Rocha Rodrigues

Referências bibliográficas

- 1 Josephson ME. Intraventricular Conduction Disturbances. In: Josephson ME, Ed. *Clinical Cardiac Electrophysiology – Techniques and Interpretations*. 3ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- 2 Elizari MV, Acunzo RS, Ferrero M. Hemiblocks revisited. *Circulation*, 2007; 115:1154-63.
- 3 Martinelli Fº M, Zimerman LI, Lorga AM, Vasconcelos JTM e cols. Diretrizes brasileiras de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI). *Arg Bras Cardiol*, 2007; 89(6):e210-e237.



Allisson Valadão
de Oliveira Britto



Denise Hachul

Síndrome da Perda de Fôlego: uma Causa de Síncope em Lactentes

A síncope em lactentes pode ser secundária a várias etiologias, muito embora não seja um sintoma comum nessa faixa etária. Seus mecanismos são similares aos de crianças mais velhas e de adultos, razão pela qual se torna muito importante uma avaliação clínica precoce, com o intuito de afastar doença cardíaca estrutural, funcional ou eletrofisiológica, que levaria a um risco aumentado de morte súbita.

A síndrome da perda do fôlego (SPF) caracteriza-se por eventos sincopais provocados por um gatilho súbito e emocionalmente intenso, com perda breve da consciência e retorno rápido ao estado de alerta. Ocorre tipicamente em crianças de seis a dezoito meses de idade que experimentam dor, angústia ou frustração. Raramente é descrita em crianças com menos de seis meses, e seu pico de incidência ocorre aos dois anos de idade, com remissão espontânea geralmente ao redor dos cinco anos.

Existem duas formas da SPF: a forma *pálida* e a *cianótica*, das quais a última é a mais comum. Sua prevalência estimada é de 4,6% em lactentes e resulta de uma resposta vagal cardioinibitória exuberante, algo similar a algumas formas de síncope neurocardiogênica. É frequente uma história familiar positiva para síncope neurocardiogênica nesses pacientes.

A síndrome é geralmente benigna. Aliás, na literatura, apenas um caso foi descrito de parada cardiorrespiratória a ela relacionada, secundária à assistolia prolongada.

O diagnóstico diferencial entre a SPF e a epilepsia é de fundamental importância, já que a administração diária de

anticonvulsivantes não está indicada nessas situações, podendo ser sua dosagem erroneamente aumentada para níveis tóxicos, na tentativa de controlar os eventos sincopais. Características que podem diferenciar a SPF cianótica da epilepsia incluem a presença de um fator precipitante, como o choro, o início da cianose, acompanhada, antes, da perda da consciência e de um EEG normal durante as crises. Além disso, o diagnóstico pode ser confirmado pela detecção de bradiarritmia durante as crises, por meio de monitorização ambulatorial do ECG e pela boa resposta a anticolinérgicos.

História familiar positiva para SPF pode ajudar no diagnóstico em neonatos, uma vez que é observada em 23-38% dos pacientes com a doença. A análise de crianças e familiares com SPF de manifestação clínica severa sugere que a herança seja autossômica dominante, mas com penetrância reduzida.

A terapêutica da SPF tem como objetivo a redução da frequência e da intensidade das crises. Como pode ser uma experiência assustadora para os pais, além de a ansiedade e o medo poderem tornar-se um estímulo para novos episódios, a orientação da família é o princípio da terapia. Ocasionalmente, porém, a intervenção farmacológica pode ser necessária. Na maioria das vezes, não requer terapia específica, apresentando resolução espontânea. Mesmo assim, naqueles casos com recorrências frequentes ou sintomas severos, drogas anticolinérgicas ou metilxantinas podem ser efetivas. Nos casos refratários a drogas e quando se observam assistolias prolongadas, pode ser indicado o implante de marca-passo definitivo.

Referências bibliográficas

- 1 Kochilas L, Tanel RE. Evaluation and treatment of syncope in infants. *Progress in Pediatric Cardiology*, 2001; 13:71-82.
- 2 Breukels MA, Plötz FB, van Nieuwenhuizen O, van Diemen-Steenvoorde JAAM. Breath Holding Spells in a 3-Day-Old Neonate: An Unusual Early Presentation in a Family with a History of Breath Holding Spells. *Neuropediatrics*, 2002; 33:41-42.
- 3 Taiwo B, Hamilton AH. Cardiac arrest: a rare complication of pallid syncope? *Postgrad Med J*, 1993; 69:738-789.
- 4 Livingston S. Breath holding spells in children. Differentiation from epileptic attacks. *JAMA*, 1970; 212:2231-2235.
- 5 Stephenson JB. Blue breath holding is benign. *Arch Dis Child*, 1991; 66:255-257.
- 6 Di Mario FJ Jr, Sarfarazi M. Family pedigree analysis of children with severe breath-holding spells. *J Pediatr*, 1997; 130:647-651.
- 7 Breningstall GN. Breath-holding spells. *Pediatr Neurol*, 1996; 14:91-97.
- 8 Di Pino A, Calabrò MP, Gitto P, Bianca I, Oreto G. Permanent Cardiac Pacing for Severe Pallid Breath-Holding Spells. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 2007; 30(2):280-282.
- 9 Legge LM, Kantoch MJ, Seshia SS, Soni R. A pacemaker for asystole in breath-holding spells. *Paediatr Child Health*, 2002; 7(4):251-254.



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





Jefferson Jaber



Claudio Cirenza

Controle da Frequência Cardíaca na Fibrilação Atrial Persistente: existe uma Faixa Ideal de Resposta Ventricular?

A estratégia de controle da frequência cardíaca (FC), associada à anticoagulação na fibrilação atrial (FA) crônica, é uma opção terapêutica eficaz e, até mesmo, utilizada muitas vezes como primeira opção, quando a arritmia é bem tolerada e o paciente apresenta menores chances de benefícios com a reversão para ritmo sinusal.

Nessa estratégia de tratamento, é importante reduzir ou limitar sintomas, melhorar a qualidade de vida, preservar a tolerância ao exercício, além de evitar taquicardiomiopatia¹.

As atuais diretrizes do ACC/AHA/ESC recomendam uma resposta ventricular entre 60 e 80 bpm, no repouso, e entre 90 – 115 bpm, durante esforço moderado². Esses critérios, porém, são empíricos e baseados em poucos dados científicos.

Recentemente, o estudo multicêntrico RACE II comparou os resultados de morbi-mortalidade de um grupo com controle mais rigoroso da frequência cardíaca (FC em repouso < 80 bpm e, durante esforço moderado, < 110 bpm) com outro grupo com controle da frequência apenas com FC em repouso < 110 bpm³. Foram randomizados 614 pacientes durante um seguimento mínimo de dois anos e não foi demonstrada nenhuma diferença no seguimento primário, composto de morte por causa cardiovascular, hospitalização por ICC, AVC, embolia sistêmica, sangramento e eventos arrítmicos com comprometimento hemodinâmico entre os dois grupos (14,9% x 12,9%). Outro dado importante encontrado: a frequência de hospitalizações e eventos adversos foram similares e não houve diferença na frequência dos sintomas relacionados à fibrilação atrial entre os dois grupos (46% x 45,6%). Cabe ressaltar que a severidade dos sintomas não foi analisada, nem, inclusive, o seu impacto na qualidade de vida.

Em um estudo recente, nós avaliamos 89 pacientes com frequência cardíaca em repouso menor que 90 bpm e observamos uma melhor qualidade de vida (mensurada através do questionário geral de qualidade de vida SF-36) naqueles pacientes que apresentavam FC média ≤ 80 bpm no holter de 24 horas, comparados com aqueles com FC média > 80 bpm (em 2 dos 8 domínios e no componente físico do questionário SF-36) e naqueles pacientes que apresentavam FC ≤ 110 bpm no teste da caminhada de seis minutos comparados com aqueles com FC > 110 bpm (em quatro dos oito domínios e no componente físico e mental do questionário SF-36), demonstrando que o simples controle da FC em repouso não foi suficiente, quando se desejou obter melhor qualidade de vida⁴.

De fato, existem várias evidências a demonstrar que o controle na frequência cardíaca na FA é fundamental, embora os níveis ideais para esse controle ainda não sejam precisos e devam ser individualizados para cada paciente. Um grande desafio seria, então, considerar aquilo que realmente é mais importante para cada paciente, e que pode variar de acordo com a idade, sexo, nível de atividade física diária, status hemodinâmico, presença de cardiopatia pré-existente e, até mesmo, duração da arritmia. Ainda que o estudo RACE II tenha demonstrado que, em termos de desfechos duros, os resultados foram similares, independente de um controle mais rigoroso da FC, nossos resultados sugerem que a qualidade de vida é melhor naqueles pacientes que têm um controle mais rigoroso. Como ainda não existe uma “fórmula mágica”, aplicável a todos os pacientes, o clínico, na prática, deve também considerar a qualidade de vida de cada indivíduo para determinar os níveis adequados de FC, perseguindo metas mais rigorosas naqueles que persistem com sintomas.

Referências bibliográficas

- 1 Zimmerman 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.
- 2 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): e257-354.
- 3 Van Gelder IC; Groenveld HF; Crijns HJ; Tuininga YS; Tyssen JG, et al. RACE II Investigators. Lenient versus strict control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2010; 362:1363-73.
- 4 Jaber J; Cirenza C; Amaral A; Jaber J.; Almeida de Souza JM; Oliveira Filho JÁ; de Paola AAV. Influence of heart rate on quality of life in patients with chronic atrial fibrillation. *Clin Cardiol*. 2010; 33(4): E28-32.



Luiz Eduardo Camanho



Luiz Inácio Junior

Resultados a Longo Prazo da Ablação de Fibrilação Atrial: Impacto Clínico e Terapêutico

A fibrilação atrial (FA) representa a arritmia mais comum na prática clínica¹. Em 1998, Haissaguerre e col.² originalmente descreveram a teoria de focos ectópicos defragnadores de FA no interior das veias pulmonares. Nos últimos anos, a técnica de ablação dos gatilhos focais evoluiu para uma ablação ampla e circunferencial ao redor das veias pulmonares, objetivando o isolamento dessas estruturas³.

A avaliação dos resultados, a curto prazo, da ablação de FA (seis meses a um ano) foi verificada em diversos estudos com resultados variáveis^{4,5,6}. No entanto, há necessidade de uma definição mais precisa dos resultados a longo prazo, em função do impacto clínico e do manejo da anticoagulação nessa população. Na literatura, os relatos a respeito de resultados tardios ainda são esparsos e em pequeno número.

Recentemente, Tzou WS e col.⁷ publicaram um estudo observacional com seguimento médio de cinco anos cujo objetivo foi avaliar o sucesso da ablação a longo prazo. Nesse estudo, 239 pacientes portadores de FA paroxística ou persistente, submetidos à ablação, foram avaliados quanto ao sucesso do procedimento. Ao final de um ano, 123 pacientes permaneciam livres da arritmia e sem uso de droga antiarrítmica. Durante a ablação, realizou-se o isolamento das veias pulmonares e de outros focos defragnadores extraveia pulmonar, guiada por ecocardiograma intracardiaco e mapeamento eletroanatômico. O objetivo primário avaliado foi o sucesso a longo prazo da ablação, definida como ritmo sinusal sem uso de droga antiarrítmica e sem novo procedimento ablativo. O objetivo secundário foi determinar os fatores preditores de recorrência em cinco anos. Nos pacientes portadores de FA paroxística, as drogas antiarrítmicas eram interrompidas rotineiramente em seis semanas, enquanto, nos pacientes com FA persistente, as drogas antiarrítmicas eram mantidas habitualmente por seis meses. O acompanhamento era composto de três visitas ambulatoriais (seis semanas, seis meses e um ano). Durante o seguimento pós-ablação, os pacientes foram

submetidos à monitorização transtelefônica nas quatro primeiras semanas, aos três e nove meses. Após o período de um ano, os pacientes eram encorajados a regressar para uma avaliação, pelo menos, anual.

Em relação ao desfecho primário, verificou-se que 84% permaneceram livres de FA após três anos. Observou-se ainda uma taxa de recorrência de aproximadamente 7% ao ano, sendo que 77% e 71% dos pacientes mantinham ritmo sinusal com um seguimento de, respectivamente, quatro e cinco anos. No grupo que apresentou recorrência após cinco anos, observaram-se as seguintes características: idade mais avançada, átrio esquerdo de dimensões maiores, um percentual maior de focos extraveia pulmonar e FA persistente. Nessa população, a presença de FA persistente e idade avançada foram fatores de risco independentes para a recorrência a longo prazo de FA.

Sha e col.⁸ obtiveram resultados semelhantes que corroboram tais achados. Em um estudo de 264 pacientes, com FA paroxística ou persistente livres de FA após um ano de seguimento, as taxas de recorrência foram de, respectivamente, 9% e 26% aos três e cinco anos.

O estudo demonstra que, mesmo nos pacientes que se mantêm livres de FA após 1 ano, há necessidade de monitorização a longo prazo, em particular os idosos ou com FA persistente no momento da ablação.

Na experiência do nosso grupo, a taxa de recorrência de FA paroxística após dois anos foi de 74% e, após um segundo procedimento, foi de 88%.

Esse assunto é de fundamental importância, quando se considera a suspensão da terapia de anticoagulação. Em pacientes com fatores de risco para tromboembolismo, a suspensão da varfarina deve ser avaliada individualmente, levando-se em conta o risco de recorrência e de eventos tromboembólicos. Desta forma, pacientes e médicos devem estar cientes de que a vigilância continuada se justifica, em especial nos idosos e naqueles com FA persistente no momento do procedimento.

Referências bibliográficas

- 1 Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 1991; 22:983-988
- 2 Haissaguerre M, Jais P, Shah D, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, Garrigue S, Le Mouroux A, Le Metayer P, Clementy J. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*, 1998; 339:659-666.
- 3 Marchlinski FE, Callans DJ, Dixit S, Gerstenfeld EP, Rho RW, Ren JF, Zado E. Efficacy and safety of targeted focal ablation versus PV isolation assisted by magnetic electroanatomic mapping. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2003; 14:358-365.
- 4 Dixit S, Gerstenfeld E, Ratcliffe S, Cooper J, Russo A, Kimmel S, Callans D, Lin D, Verdino R, Patel V, Zado E, Marchlinski F. Single procedure efficacy of isolating all versus arrhythmogenic pulmonary veins on long-term control of atrial fibrillation: a prospective randomized study. *Heart Rhythm*, 2008; 5:174-181.
- 5 Mainigi S, Sauer W, Cooper J, Dixit S, Gerstenfeld E, Callans D, Russo A, Verdino R, Lin D, Zado E, Marchlinski F. Incidence and predictors of very late recurrence of atrial fibrillation after ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2007; 18:69-74.
- 6 Hsieh MH, Tai CT, Tsai CF, Lin WS, Lin YK, Tsao HM, Huang JL, Ueng KC, Yu WC, Chan P, Ding YA, Chang MS, Chen SA. Clinical outcome of very late recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation of paroxysmal atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2003; 14:598-601.
- 7 Tzou WS, Marchlinski E, Zado ES, Lin D, Dixit S, Callans DJ, Cooper JM, Bala R, Garcia F, Hutchinson MD, Riley MP, Verdino R and Gerstenfeld EP. Long-Term Outcome After Successful Catheter Ablation of Atrial Fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 2010; 3:237-242.
- 8 Shah A, Mittal S, Sichrovsky T, Cotiga D, Arshad A, Maleki K, Pierce W, Steinberg J. Long-term outcome following successful pulmonary vein isolation: pattern and prediction of very late recurrence. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2008; 19:661-667.



José Marcos Moreira

Deflagração de Arritmias Noturnas por Eventos Respiratórios em Distúrbios do Sono

Hipopneia ou apneia durante o sono podem deflagrar fibrilação atrial (FA) ou taquicardia ventricular não-sustentada (TVNS)?

Estudo realizado em 2816 pacientes submetidos à polissonografia e eletrocardiografia noturna verificou a incidência de arritmias durante períodos de distúrbios do sono. Foi avaliado o período de 90 segundos após os episódios de apneia ou hipopneia, comparados a períodos sem essas manifestações.

Como resultado, observou-se um evento arritmico em polissonografia em 57 pacientes (média de idade de 72 anos). A TVNS (média de duração de 3 segundos) foi identificada em 76% dos pacientes e FA (média de duração de 7 segundos) foi verificada no restante dos pacientes. Os pacientes apresentaram uma média de 13,6 episódios/hora de apneia/hipopneia. A razão de chance de um evento arritmico ocorrer nesses períodos de 90 segundos pós-apneia/hipopneia foi 17,5 vezes maior que a encontrada fora desses períodos.

A taxa absoluta de eventos arritmicos associados à apneia/hipopneia foi estimada em um episódio de arritmia para cada 40.000 episódios de apneia/hipopneia.

Pode-se concluir, então, que o risco relativo de FA e TVNS aumenta significativamente durante os 90 segundos após um episódio de apneia/hipopneia, em pacientes com distúrbio respiratório do sono.

Estudos prévios têm demonstrado que a apneia do sono é um fator de risco para FA e morte súbita noturna. Os possíveis mecanismos pelos quais a apneia do sono predispõe a arritmias incluem hipóxia e flutuações do sistema nervoso autônomo. Esse estudo confirma a direta relação temporal entre os episódios de apneia/hipopneia e a ocorrência de FA/TVNS, provendo forte evidência para a apneia do sono, como fator causador de arritmias, e enfatizando a importância do tratamento para evitar tais episódios de apneia/hipopneia, especialmente em pacientes já portadores de arritmias. Tal estudo vem corroborar os achados do estudo MrOS Sleep.

Referências bibliográficas

- 1 Monahan K, Storfer-Isser A, Mehra Reena et al. Triggering of Nocturnal Arrhythmias by Sleep-Disordered Breathing Events. J Am Coll Cardiol 2009;54: 1797-1804.



CAMPANHA – Coração na Batida Certa



**CORÇÃO
NA BATIDA CERTA**

A **Campanha Coração na Batida Certa** foi criada pela **SOBRAC**, na gestão de 2007/2009, com objetivo de conscientizar a população a respeito da existência, relevância e modo de prevenir os fatores de risco para o desenvolvimento de arritmias cardíacas, e morte súbita, além de disseminar e implementar diretrizes e guias práticos para o melhor atendimento de suas ocorrências.

Também tem como meta gerar recursos para aquisição, doação e instalação de equipamentos de desfibrilação externa automática – DEA – em aeroportos, academias, clubes, estádios e shopping centers, através dos Centros de Referência Médica presentes nas principais cidades do Brasil.

A campanha elegeu como alerta para suas atividades, o dia 12 de novembro, em que diversas atividades são realizadas em nível nacional, com o apoio de associados e serviços especializados.

Em sua nova gestão, a **SOBRAC** está desenvolvendo novas propostas de ações, que serão em breve noticiadas neste espaço.

Aguarde!

GET THERE
STAY THERE
PERFORM THERE

* Blend

Pag. AMISA, N. 10339190333 - Julho/2010

Attain StarFix®

Modelo 4195

Eletrodo Transvenoso de Ventrículo
Esquerdo com Fixação Ativa:
0% de deslocamento crônico.^{1,2}



Medtronic

Rua Joaquim Floriano, 100, 7º andar - Itaim Bibi - São Paulo - SP
CEP 04534-000 - Tel.: (11) 2182-9200 - Fax.: (11) 2182-9240
www.medtronicbrasil.com.br - E-mail: medtronic.brasil@medtronic.com

Referências: 1. Crônico é definido como superior a um dia pós-implante. 2. Eletrodo de Ventrículo Esquerdo Attain StarFix® Modelo 4195 da Medtronic, *Annual Progress Report*, Versão 1, 12 de maio de 2008.



Síndrome do QT Longo: Pesquisa Genética Contra o Desconhecimento

Fernando Eugênio dos Santos Cruz Filho

Artigo Publicado no Jornal do INC (Instituto Nacional de Cardiologia)

Médicos e pesquisadores do Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) estabeleceram uma metodologia para identificar, por meio de sequenciamento de DNA, alterações em três genes responsáveis por mais de 90% dos casos da Síndrome do QT longo. A pesquisa foi realizada conjuntamente pelo Laboratório de Biologia e Diagnóstico Molecular do INC e pelo Laboratório de Metabolismo Macromolecular Firmino Torres de Castro (LMM-FTC), do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, da UFRJ. A Síndrome do QT Longo é uma arritmia cardíaca rara que pode causar síncope (desmaios) e morte súbita. Apesar disso, a pessoa diagnosticada com a arritmia pode chegar à idade adulta e ter uma vida normal, se for tratada adequadamente.

A pesquisa foi coordenada pelo Dr. Fernando Cruz, médico do Serviço de Arritmia e Eletrofisiologia Clínica do INC e pelo Dr. Ernesto Curty, do LMM-FTC, chefiado pelo Prof. Edson Rondinelli. A equipe responsável pela pesquisa vem acompanhando cerca de 40 pessoas de cinco famílias, portadoras de QT longo e histórico familiar de morte súbita. A partir da análise do DNA dessas pessoas, foi possível identificar em cada paciente a mutação genética específica, causadora da síndrome.

QT longo, esse desconhecido

Devido a sua raridade, nem sempre a síndrome recebe o diagnóstico correto. Por desconhecerem a doença, alguns clínicos gerais e pediatras não levam em consideração a Síndrome do QT longo como possível diagnóstico para pa-

cientes que sofrem síncope. Esses episódios de perda de consciência temporária fazem com que a doença, às vezes, seja diagnosticada incorretamente como epilepsia. Além disso, como algumas síncope acontecem com crianças em situações de estresse, pode ocorrer também outro diagnóstico incorreto, o de histeria.

O diagnóstico correto do QT longo acontece pela verificação, no eletrocardiograma, de um intervalo de QT com duração muito mais longa que a normal, no paciente com histórico familiar de síncope e morte súbita. Também a existência de bradicardia (frequência cardíaca muito baixa) e de síncope motivadas por esforço físico, no paciente, devem ser levadas em conta no diagnóstico. Segundo o Dr. Fernando Cruz, a pesquisa realizada no INC é uma contribuição importante para a melhoria da assistência aos pacientes. “A identificação das alterações nos genes responsáveis e o acompanhamento das famílias de pessoas com QT longo são passos importantes em direção à universalização do diagnóstico correto e do tratamento adequado da síndrome” - afirma.

Firmado o diagnóstico, é possível controlar a doença por diferentes abordagens terapêuticas, empregadas isoladamente ou de modo combinado. Além dos medicamentos antiarrítmicos, podem ser indicadas as cirurgias para denervação simpática e o uso de um dispositivo cardioversor desfibrilador implantado (CDI), associado a um marca-passo. Com o diagnóstico e o tratamento corretos, garante-se a inclusão social de pessoas com QT longo. “Não é humanista nem terapêuticamente adequado excluir essas pessoas da sociedade. Nosso esforço é no sentido oposto” - defende o Dr. Fernando Cruz.



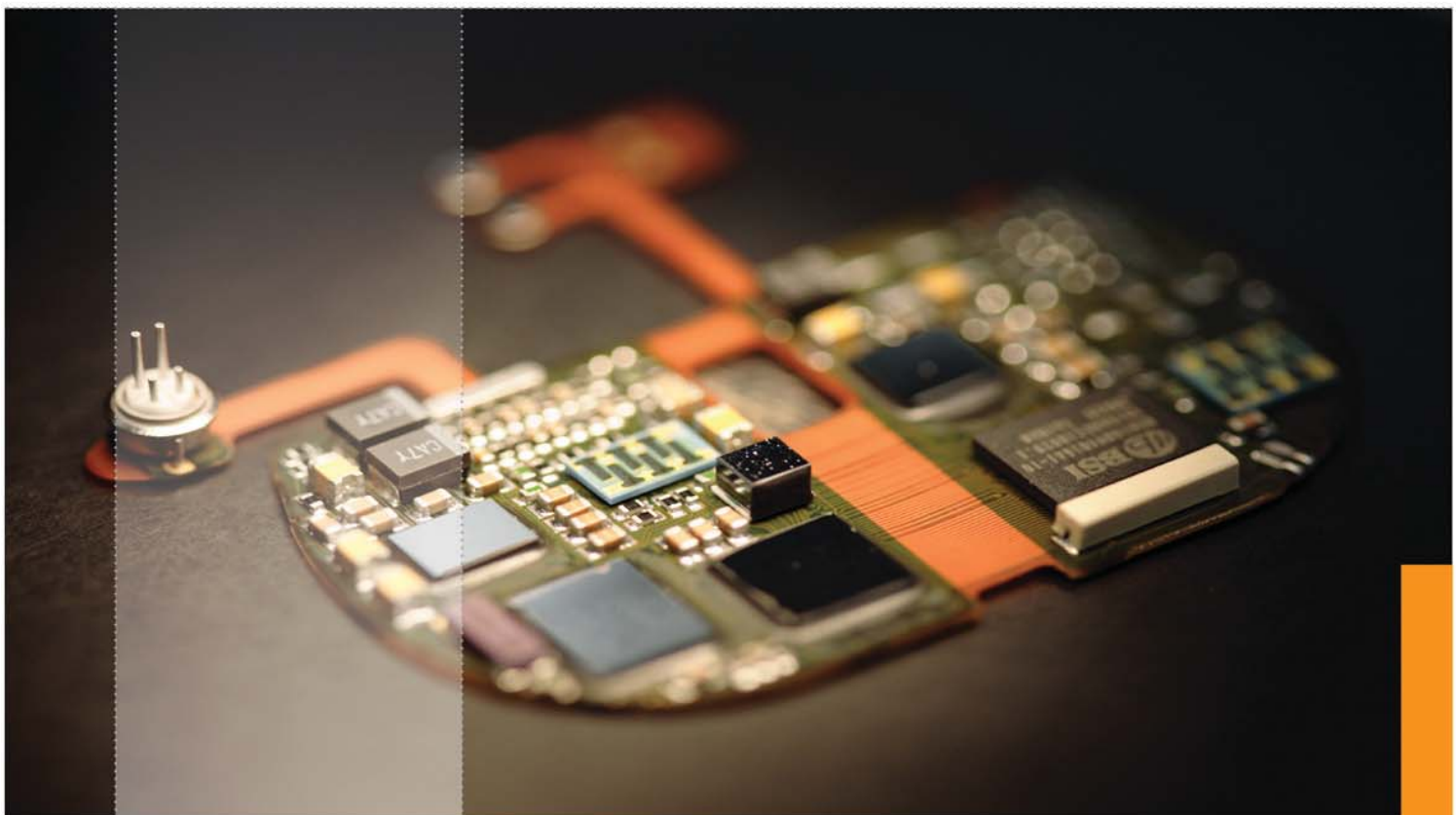
Seja sócio da SOBRAC!

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

www.sobrac.org

Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas

Na BIOTRONIK, qualidade não é apenas um ato: é um hábito.



* Incluindo o estudo TRUST, o estudo EchoCRT e o registro REPLACE.



Não existem atalhos para se alcançar qualidade e confiabilidade superior. Por esse motivo um em cada seis funcionários BIOTRONIK® nos Estados Unidos trabalha em P&D, e pelo qual temos parcerias com importantes pesquisadores ao redor do mundo em destacados estudos clínicos.*

Excelência em engenharia conduz nossas inovações em produtos focados no paciente, como o Closed Loop Stimulation (CLS) e o BIOTRONIK Home Monitoring®. Estes avanços contribuem para aumentar a segurança do paciente, melhorar os cuidados e os resultados clínicos. Extremamente independentes e comprometidos no avanço das terapias CRM, não utilizamos relatórios trimestrais de performance como referência para o desenvolvimento de produtos: utilizamos qualidade.

Get to know BIOTRONIK; you' ll like where we are headed.



Arritmias Ventriculares e Variação Circadiana

Leandro Ioschpe Zimmerman

Um dos dados epidemiológicos mais instigantes em relação a eventos cardiovasculares é a prevalência aumentada no horário das 6 às 12 da manhã. Apesar de nem sempre ser fácil definir com exatidão a hora de uma morte súbita não testemunhada, há uma série de trabalhos que buscam descrever as variações circadianas das arritmias cardíacas:

- **diária:** vários trabalhos são consistentes no sentido de demonstrar que o maior risco de morte súbita ocorre nas primeiras 3 horas após uma pessoa acordar e iniciar as atividades diárias, similar ao que se observa em relação à isquemia miocárdica. Interessantemente, dados do sistema de atendimento de emergência de Berlin indicam que os episódios de fibrilação ventricular apresentam um pico entre 6 e 12 horas da manhã, enquanto os casos de assistolia são uniformemente distribuídos durante o dia. Dados de atendimento de Seattle, no entanto, apresentam pequena variação em relação a isto: há uma baixa incidência de morte súbita à noite, e dois picos diários. Do mesmo modo que, nos demais artigos, é observado aumento no final da manhã, mas aqui é também descrito um segundo pico, que ocorreria entre 4 e 7 horas da tarde. O trabalho também descreve outro dado interessante: entre os pacientes que apresentaram mais de uma parada cardíaca, não se observou um padrão claro de repetição de horário.

- **semanal:** parece haver incidência aumentada nas segundas-feiras.

- **anual:** entre as estações, o inverno parece ser aquela que apresenta a maior incidência de morte súbita, apesar de haver autores que acreditam que o aumento das arritmias está relacionado aos extremos de temperatura, tanto quentes como frias. Análise de 222.265 casos de morte cardíaca, em doze meses, mostrou aproximadamente 33% a mais de mortes nos meses de inverno, em relação aos meses de verão.

Uma oportunidade única para avaliação das arritmias é o cardioversor-defibrilador ventricular implantado, que permite a obtenção de dados precisos em períodos prolongados de monitorização. É preciso ressaltar, contudo, que este é um grupo claramente selecionado de pacientes de alto risco, e que certamente não é representativo da população geral. Nesses grupos, os seguintes dados foram obtidos: as taquiarritmias ventriculares, tanto as mais rápidas como as mais lentas, apresentavam um pico entre 9 e 12 horas da manhã, em um total de 22% dos episódios do dia. Sobre esse padrão circadiano, é importante ressaltar que não se observou diferença entre os pacientes com cardiopatia de origem isquêmica ou não.

Alguns fármacos podem eventualmente ter interferência sobre essas variações. Os betabloqueadores, especificamente, diminuem o efeito de aumento de episódios no final da manhã. Dados do trabalho CAST já mostravam que os antiarrítmicos estudados (encainida, flecainida e moricizina) não alteravam o ritmo circadiano diário. Em relação à amiodarona, a droga também parece não influenciar as variações circadianas observadas nas arritmias ventriculares.

Referências bibliográficas

- 1 Willich SN, Levy D, Rocco MB, et al. Circadian variation in the incidence of sudden cardiac death in the Framingham Heart Study population. *Am J Cardiol*, 1987; 60:801.
- 2 Arntz H, Willich SN, Schreiber C, et al. Diurnal, weekly and seasonal variation of sudden death. Population-based analysis of 24 061 consecutive cases. *Eur Heart J*, 2000; 21:315.
- 3 Peckova M, Fahrenbruch CE, Cobb LA, et al. Weekly and seasonal variation in the incidence of cardiac arrests. *Am Heart J*, 1999; 137:512.
- 4 Englund A, Behrens S, Wegscheider K, Rowland E. Circadian variation of malignant ventricular arrhythmias in patients with ischemic and nonischemic heart disease after cardioverter defibrillator implantation. *European 7219 Jewel Investigators. J Am Coll Cardiol*, 1999; 34:1560.
- 5 Behrens S, Ehlers C, Bruggemann T, et al. Modification of the circadian pattern of ventricular tachyarrhythmias by beta-blocker therapy. *Clin Cardiol*, 1997; 20:253.
- 6 Behrens S, Ney G, Fisher SG, et al. Effects of amiodarone on the circadian pattern of sudden cardiac death (Department of Veterans Affairs Congestive Heart Failure-Survival Trial of Antiarrhythmic Therapy). *Am J Cardiol*, 1997; 80:45.

Opções completas para uma vida plena

ALTRUA™ Pacing System



A **AVSH+ (AV SEARCH HYSTERESIS) estendida**, restabelece o equilíbrio natural do coração. Com um atraso AV máximo de 400ms, oferece uma eficiência melhorada na redução da estimulação do VD sem comprometer a hemodinâmica e a segurança. A segurança de receber um batimento quando necessário: nem um a mais, nem um a menos.*



Nosso **AUTOMATIC CAPTURE** traz flexibilidade com eficiência de captura à um novo nível. A verificação da captura batimento a batimento e a função de estimulação de segurança de alta energia são independentes da configuração e do eletrodo selecionado. Uma sensação de bem estar para você e seu paciente.**

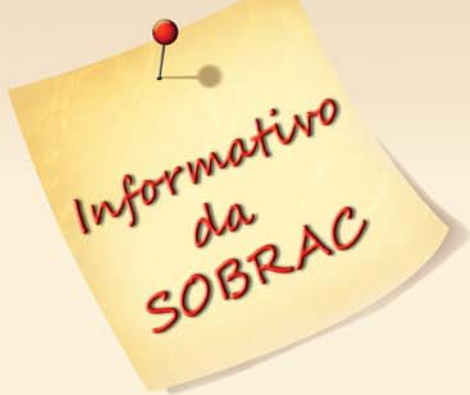


A regulação da frequência fisiológica, adaptada às emoções do paciente e a seu nível de atividades, é uma cópia quase perfeita da reação natural do coração. Graças ao sensor de volume minuto e a ativação do **AUTOLIFESTYLE**, os pacientes com doença sinusal receberão um tratamento ideal para restabelecer a competência cronotrópica.***



O seu paciente com fibrilação atrial sofre de aumento de fadiga e limitações físicas? Ative o **VRR ALGORITHM** para reduzir a irregularidade no ventrículo. Isso proporcionará ao paciente uma melhora instantânea da atividade física e uma melhor recuperação.****

* Dishansky B, Day J, Moore S, Goring L, Rosenbaum M, McGuire M, Brown S, Lerow D. Is Dual-Chamber Programming Inferior to Single-Chamber Programming in an Implantable Cardioverter-Defibrillator? Results of the INTRINSIC RV (Inhibition of Unnecessary RV pacing, with AVSH in ICDe) Study. Circulation. 2007; 115:9-16 O'Sweeney M, Shea JB, Fox V, Adler S, Nelson L, Mullen JT, Belk P, Casavate D, Sheldon T. Randomized pilot study of a new atrial-based minimal ventricular pacing mode in dual-chamber implantable cardioverter-defibrillators. Heart Rhythm. 2004; 1: 160-167 ** Sperzel J, Kennergero C, Biffi M, Smith M, Knops M, Gill J, Boland J. Clinical Performance of a Ventricular Automatic Capture Verification Algorithm. Pace. 2005 SEP; Vol 28: 933 - 937 Biffi M, Sperzel J, Martignani C, Branzi A, Boriani G. Evolution of pacing for bradycardia: Autocapture. European Heart Journal. 2007 DEC; 123 - 132 *** Data on file at Boston Scientific, System Guide **** Diaramitano G, Sgarito G, Solimene F, Maglià B, Vicentini A, Di Donato D, Racihi G, Parrinello G, Battista Del Guidice G. Role of Rate Control and Regularization Through Pacing in Patients with Chronic Atrial Fibrillation and Preserved Ventricular Function: The VRR Study. Pace. 2006 AUG; Vol 29: 886 - 874



César José Grupi



Katia Regina da Silva

Prezados Associados e Parceiros da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas - SOBRAC

Gostaríamos de informar, e pedimos que divulguem junto aos seus parceiros e dentro dos seus serviços, que a anuidade para sócio da SOBRAC, na categoria de aliado, corresponde a 50% do valor da anuidade convencional.

Essa foi uma medida aplicada por esta diretoria e tem como objetivo atrair mais profissionais que nos dão apoio e nos auxiliam nas nossas rotinas.

Além disso, estamos pretendendo introduzir cursos de treinamento e atualização patrocinados pela Sociedade para esses parceiros.

Atenciosamente.

César José Grupi, Katia Regina da Silva



01 a 04
Centro de Convenções de Vitória
DEZEMBRO de 2010
VITÓRIA - ES



Nos dias 1 a 4 de dezembro de 2010, há um encontro marcado em Vitória - ES, local onde será realizado o **XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas**.

A capital capixaba, localizada em uma ilha e conhecida como a *Cidade Presépio e Ilha do Mel*, aguarda a todos com belas praias, hotéis de categoria internacional, gastronomia única e intensa vida noturna.

Participe!

www.sobrac.org

Realização





Recadastramento dos Serviços de Eletrofisiologia Por que seu Serviço não Existe?

Washington Andrade Maciel - Diretor Administrativo

Como a internet, hoje, é uma grande ferramenta de pesquisa, nosso *site* está sendo completamente reformulado. Há um novo *layout* e a navegação ficou facilitada. Obviamente, devido ao crescente acesso do público não médico, fomos obrigados a fazer adaptações para atender aos anseios deste novo pesquisador: o paciente.

A maior ansiedade desse grupo é, com certeza, obter informações sobre a sua doença, mas, curiosamente, observamos que os pacientes também querem saber dados sobre seus médicos e sobre os hospitais para os quais eles foram encaminhados.

Por exemplo: onde fazer um Holter com um arritmólogo habilitado pela sociedade? Não é uma pergunta leviana, quando se trata, no caso, de um trabalho de qualidade.

Este é um dos motivos pelos quais necessitamos de atualização dos cadastros de médicos e serviços. Alguns serviços já estão cadastrados, mas ainda há muitos ausentes. E essa divulgação, completamente ética e orientada para o público em geral, facilita a informação adequada dos pacientes.

Para a SOBRAC, o cadastro vai trazer informações que nos permitam entender melhor as peculiaridades de cada

serviço e, assim, evoluir para um apoio baseado nas reais necessidades de cada área. Por esse motivo, há um interesse muito grande, da diretoria, em ampliar os Centros Formadores de Eletrofisiologia e Marca-passo, defesa profissional e atualização dos valores dos honorários, que se encontram aviltados.

Ouvimos muitas sugestões em conversas informais por onde passamos, mas não nos encaminharam nenhuma proposta. O cadastro pode descortinar o real estado dos serviços e permitir, à SOBRAC, chegar aonde o associado realmente necessita.

Vamos parar de reclamar e fazer a nossa parte? Envie-nos o seu nome e os nomes dos colegas da sua equipe, os serviços onde atuam, e suas características (eletrofisiologia e ablação, arritmias clínicas, experimental, marca-passo). Envie também sugestões e reclamações.

Estamos realmente desejosos de fazer uma SOBRAC melhor, e não somos capazes de atingir essa meta sem sua ajuda! Aguardamos seu e-mail. (secretaria@sobrac.org)

Graça e paz a todos.

The screenshot displays the SOBRAC website interface. At the top, there are logos for SOBRAC, ST. JUDE MEDICAL (with the tagline 'MORE CONTROL. LESS RISK.'), and Boston Scientific (with the tagline 'Delivering what's next.'). Below these is a 'Menu principal' (Main Menu) with links to: Institucional, Proposta - Estatuto, Associados, Cursos e Congressos, Agenda de Eventos, Notícias, Publicações, Imprensa, Galeria de Fotos, Links Importantes, and Fale Conosco. A search bar labeled 'Busca no Site' is located below the menu. The main content area features several promotional banners: 'MEGA-CURSO CBAC 2010 PARTICIPE!!!' with a 'Clique aqui' button; 'XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDIACAS 2010' with a 'Clique aqui' button; 'PreCon Programa de Educação Continuada SOBRAC' with a 'Mantenha-se atualizado!' button; 'Entre no Ritmo' with a 'Clique aqui' button; 'ASSISTA AOS VÍDEOS DO CONGRESSO 2009' with a 'Clique aqui' button; 'SOBRAC na Mídia' with a 'Clique aqui' button; 'Jornal Sobrac' with a 'Clique aqui' button; 'PreCon II CURSO INTENSIVO DE RITMOLOGIA DA SOBRAC' with a 'Clique aqui' button; and 'Ouvidoria A SOBRAC está pronta para atender você' with a 'Clique aqui' button. At the bottom, there are social media icons for Facebook and Twitter, and a 'Siga-nos no' (Follow us on) prompt.

II CURSO INTENSIVO DE RITMOLOGIA DA SOBRAC

PrECon

Programa de
Educação
Continuada



Data: 21 a 23 de outubro de 2010

Horário: das 8h às 18h

Local: Hotel Quality Suítes Congonhas
Rua Henrique Fausto Lancelloti, 6.333
Campo Belo - São Paulo - SP

REALIZAÇÃO



PROGRAMA CIENTÍFICO

21 de outubro de 2010 (Quinta-feira)

Módulo: Arritmia Clínica e

Métodos Não-Invasivos

Coordenação: **Thiago da Rocha Rodrigues**
Enrique Indalécio Pachón Mateos

08h00 - 08h10 **Abertura**

MÓDULO I - ASPECTOS IMPORTANTES NO CONHECIMENTO PARA O ARRITMOLOGISTA CLÍNICO

08h10 - 08h30 **Mecanismos das arritmias.**

Adalberto Menezes Lorga

08h30 - 08h50 **Síncope - Estratégia diagnóstica.**

Fátima Dumas Cintra

08h50 - 09h30 **PAINEL DE DISCUSSÃO**

Coordenador:

Adalberto Menezes Lorga Filho

09h30 - 10h00 **COFFEE BREAK**

10h00 - 10h20 **Aspectos clínicos e tratamento das taquicardias paroxísticas supraventriculares.**

Adalberto Menezes Lorga Filho

10h20 - 10h40 **Tratamento da fibrilação atrial: Estratégias para o controle do ritmo e da frequência.**

Dalmo Antonio Ribeiro Moreira

10h40 - 11h00 **Anticoagulação na FA: Indicação e novos fármacos.**

Luiz Pereira de Magalhães

11h00 - 12h00 **PAINEL DE DISCUSSÃO**

Coordenador: César José Grupi

12h00 - 14h00 **ALMOÇO**

MÓDULO II - ABORDAGEM CLÍNICA DAS ARRITMIAS VENTRICULARES

14h00 - 14h20 **Taquicardias ventriculares idiopáticas: Diagnóstico e tratamento.**

Francisco Carlos da Costa Darrieux

14h20 - 14h40 **Arritmias geneticamente determinadas: Diagnóstico e tratamento.**

Márcio Jansen de Oliveira Figueiredo

14h40 - 15h00 **Utilização dos métodos não invasivos na estratificação de risco de morte súbita.**

Claudio Cirenza

15h00 - 16h00 **PAINEL DE DISCUSSÃO**

Coordenador: Fábio Sândoli de Brito

16h00 - 16h30 **COFFEE BREAK**

16h30 - 16h50 **Manejo clínico das arritmias na ICC**

Thiago da Rocha Rodrigues

16h50 - 17h10 **Manejo clínico das arritmias em crianças**

Enrique Indalécio Pachón Mateo

17h10 - 18h00 **PAINEL DE DISCUSSÃO**

Coordenador: Argemiro Scatolini Neto

18h00 - 20h00 **COQUETEL**

22 de outubro de 2010 (Sexta-feira)

Módulo: Eletrofisiologia

Coordenação: **José Carlos Moura Jorge**

08h00 - 08h10 **Abertura**

MÓDULO I - DIAGNÓSTICO DAS ARRITMIAS

08h10 - 08h30 **O estudo eletrofisiológico no diagnóstico das bradiarritmias.**

João Pimenta

08h30 - 08h50 **Taquicardias de QRS estreito: Manobras eletrofisiológicas para diagnóstico diferencial.**

José Carlos Moura Jorge

08h50 - 09h10 **Taquicardias de QRS largo: Manobras eletrofisiológicas para diagnóstico diferencial.**

José Tarcísio Medeiros de Vasconcelos

09h10 - 09h30 **Fundamentos e aplicações da manobra de encarrilhamento no diagnóstico das arritmias ventriculares e atriais.**

Andrei Lewandowski

09h30 - 09h50 **Conhecendo e interpretando os sistemas de mapeamento eletroanatômico (Carto e InSite).**

Benhur Davi Henz

09h50 - 10h15 **COFFEE BREAK**

10h15 - 12h00 **DISCUSSÃO DE TRAÇADOS ELETROFISIOLÓGICOS**

Guilherme Fenelon e Jefferson Jaber

12h00 - 14h00 **ALMOÇO**

MÓDULO II - Ablação das Taquiarritmias

14h00 - 14h20 **Biofísica da RF e fatores que influenciam a formação da lesão com cateteres convencionais e irrigados.**

Henrique Cesar de Almeida Maia

14h20 - 14h40 **Como escolher o alvo e aferir o sucesso da ablação das TPSV e das taquicardias atriais focais (quando o mapeamento eletroanatômico pode ajudar).**

Sissy Lara de Melo

14h40 - 15h00 **Como escolher o alvo e aferir o sucesso da ablação das taquicardias ventriculares (vantagens e aplicabilidade do mapeamento eletroanatômico).**

Angelo Amato Vincenzo de Paola

15h00 - 15h20 **Como escolher o alvo e aferir o sucesso da ablação das taquicardias atriais macroreentrantes (incisional) e flutter atrial istmo-dependente (Quando o mapeamento eletroanatômico pode ajudar).**

José Marcos Moreira

15h20 - 15h50 **Como escolher a estratégia de ablação, os alvos e aferir o sucesso da ablação da fibrilação atrial e das taquicardias atriais pós-ablação (Importância do mapeamento eletroanatômico).**

Maurício Ibrahim Scanavacca

15h50 - 16h15 **COFFEE BREAK**

16h15 - 18h00 **DISCUSSÃO DE TRAÇADOS ELETROFISIOLÓGICOS COMPLEXOS**

Eduardo Sternick e Cristiano de Oliveira Dietrich

18h00 - 20h00 **COQUETEL**

23 de outubro de 2010 (Sábado)

Módulo: Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis

Coordenação: **Silvana Angelina D'ório Nishioka**

08h00 - 08h10 **Abertura**

MÓDULO I - MARCAPASSO E RESSINCROZADOR

08h10 - 08h30 **Compreendendo e escolhendo o modo de estimulação nas bradiarritmias.**

Anísio Alexandre Andrade Pedrosa

08h30 - 08h50 **Reconhecendo as ferramentas de programação do marcapasso na interpretação do ECG.**

Silvana Angelina D'ório Nishioka

08h50 - 09h10 **Disfunções e arritmias relacionadas com o marcapasso.**

Silvana Angelina D'ório Nishioka

09h10 - 09h30 **Otimização da terapia de ressincronização cardíaca.**

Enrique Indalécio Pachón Mateos

09h30 - 09h50 **Análise crítica dos estudos e diretrizes da terapia de ressincronização cardíaca.**

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

09h50 - 10h15 **COFFEE BREAK**

10h15 - 12h00 **DISCUSSÃO DE TRAÇADOS DE ECG E EGM DE MARCAPASSO E RESSINCROZADOR.**

Eduardo Rodrigues Bento Costa e Fernando Mello Porto

12h00 - 14h00 **ALMOÇO**

MÓDULO II - CARDIOFIBRILADOR

14h00 - 14h20 **Análise crítica dos estudos e diretrizes da terapia do CDI.**

Hélio de Lima Brito Junior

14h20 - 14h40 **Programação e avaliação do sistema de cardiofibrilação implantável.**

Luís Gustavo Belo de Moraes

14h40 - 15h00 **Compreendendo os critérios de discriminação dos sistemas câmara única e dupla câmara, como interpretá-los e sua aplicabilidade clínica.**

Eduardo Rodrigues Bento Costa

15h00 - 15h20 **Como definir a melhor programação do CDI nas diferentes cardiopatias (miocardiopatia isquêmica, miocardiopatia dilatada, canalopatias e CMH)**

José Mário Baggio Jr.

15h20 - 15h50 **Choques inapropriados: Utilizando corretamente os critérios de programação na sua prevenção.**

Fernando Mello Porto

15h50 - 16h15 **COFFEE BREAK**

16h15 - 18h00 **DISCUSSÃO DE TRAÇADOS DE ELETROGRAMAS DE CDI**

Silvana Angelina D'ório Nishioka e José Mário Baggio Jr.

18h00 - 20h00 **COQUETEL**

INSCRIÇÕES

Até **08/10/2010**, impreterivelmente.

Investimento: R\$ 900,00.

Número de vagas: 150 vagas.

Os candidatos devem enviar a ficha de inscrição por e-mail à

Tatiana Nunes Oliveira,

Assistente Administrativa da SOBRAC,

Tel/Fax: (11) 5543.1824/5543.0059,

e-mail: tatiana@sobrac.org

FORMA DE PAGAMENTO: O pagamento da taxa de inscrição deverá ser efetuado através de Depósito Bancário no Banco Itaú - Agência nº 9293 - Conta Corrente nº 01595-5, em nome da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas - SOBRAC ou enviar cheque nominal a SOBRAC pelo correio (via sedex) por motivo de segurança. **A matrícula será confirmada mediante pagamento da taxa de inscrição.**

Destaque Assessoria de Imprensa

Voltamos a comunicar os resultados da Assessoria de Imprensa contratada pela gestão 2010-2011 da SOBRAC. Neste segundo informativo, demonstramos a presença da Sociedade em outros importantes meios de comunicação. Aproveitando a Copa do Mundo da África do Sul, a SOBRAC e seus médicos associados externaram opinião em diversas matérias e entrevistas veiculadas nas principais emissoras de TV do país, bem como em diversos portais e sites da internet.



Entre as ações desenvolvidas pela Assessoria de Comunicação, destacamos as matérias geradas pela pauta “Estudos Internacionais revelam que vitória do time do coração pode reduzir arritmias cardíacas e morte súbita”. Assim, logo no primeiro jogo da Copa (Brasil x Coréia do Norte), participamos de reportagens na TV Bandeirantes e na TV Brasil, e de uma entrevista para o Portal UOL, na seção Ciência e Saúde - que foi replicada em diversos sites. Com o mesmo tema de mote, participamos ainda com o monitoramento cardíaco de torcedores no jogo Brasil X Holanda. Essa matéria seria exibida no Jornal Hoje, da Rede Globo, mas, como a seleção brasileira não avançou no mundial, a emissora preferiu não colocar a reportagem no ar. Em todos os sentidos, faz parte do jogo e conseguimos plantar mais uma semente no veículo.

A SOBRAC também foi destaque em matérias veiculadas no Portal Donna Online (do Grupo RBS/Zero Hora), de Porto Alegre; na Rádio CBN e na Rádio Nacional de Brasília; e, ainda, na REDETV Notícias Online.

Reforçamos ainda a ampliação da visibilidade da SOBRAC e o estreitamento de seu relacionamento com os meios de comunicação, através de ferramentas como o Youtube (<http://www.youtube.com/user/Sobrac1>), em que passam a ser postadas todas as entrevistas de áudio e vídeo da Sobrac, e o Twitter (www.twitter.com/Sobrac_org), alimentado com notícias de atividades e temas afins.

Todas essas reportagens estão em nosso site, na seção SOBRAC na mídia. Acesse o link: <http://www.Sobrac.org/conteudos/pgpadrao.asp?MTA6NTk6MzI8MzUw>

Estamos à disposição para colaborações.

Contatos:
BARUCO.comunicação estratégica
www.baruco.com.br | info@baruco.com.br
fone: 11 3539-9901 / 9902

MAIS CONTROLE E COMODIDADE COM A TECNOLOGIA RF

CRT-D Promote™ RF 3213-36

Além dos recursos exclusivos já conhecidos como a otimização QuickOpt™, o CRT-D Promote™ RF oferece mais segurança, controle e conveniência, do implante ao acompanhamento, para médicos e pacientes. Com a redundância tripla do sistema de backup, é garantido que a terapia de choque será aplicada independente de qualquer adversidade. Para proporcionar maior controle, o CRT-D Promote™ RF disponibiliza o recurso VectSelect™ que permite a configuração de até 6 opções de estimulação do VE. Através do sistema de telemetria sem fio InvisiLink™ é possível interrogar e programar o aparelho sem a necessidade de posicionar a antena sobre o gerador, tornando todo o processo mais rápido e prático tanto para médicos como para pacientes, abrindo assim novas possibilidades de acompanhamento.

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.



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.



Para mais informações, por favor, visite br.sjm.com

Encontre em www.cardios.com.br **CARDIOS**

- Toda a linha de produtos de Holter e MAPA
- Sistemas de Análise de Holter, Eventos, Marcapasso e de Transmissão via Internet
- Compra os Acessórios para seus equipamentos de Holter e MAPA
- Matérias científicas
- Agenda de Eventos no Brasil e no mundo, e mais...

Opções completas para uma vida plena

ALTRUA™
Pacing System



www.bostonscientific.com/CRM

Boston Scientific

BIOTRONIK
excellence for life

MultiSelect LV Pacing

Otimização hemodinâmica e solução para estimulação do nervo frênico

Problemas de estimulação do ventrículo esquerdo

A estimulação diafragmática permanente ou paroxística, causada pela estimulação do nervo frênico, devido ao eletrodo ventricular esquerdo, ocorre em aproximadamente 5% a 10% dos pacientes em uso da Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC), causando desconforto frequentemente severo e redução na qualidade de vida.

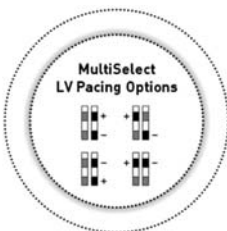
Durante o ato cirúrgico, o reposicionamento do eletrodo de seio coronário nem sempre se mostra simples. Em algumas situações, ocorre o deslocamento do eletrodo, ou então, o limiar de estimulação, é elevado demais, implicando na redução significativa da longevidade do gerador implantado.

MultiSelect LV Pacing

A possibilidade de reposicionar eletronicamente o eletrodo ventricular esquerdo através de diversas polaridades de estimulação programáveis é um recurso clinicamente efetivo para solucionar, de forma não invasiva, problemas de estimulação frênica e altos limiares de estimulação proporcionando ainda a possibilidade de otimização hemodinâmica.

Os CDIs BIOTRONIK Lumax 540 HF-T, em combinação com os eletrodos Corox OTW BP, possibilitam o uso de uma função chamada de MultiSelect LV Pacing que permite a escolha de quatro diferentes polaridades de estimulação do ventrículo esquerdo, via programação.

www.biotronik.com.br



**Pacientes com FA
têm o dobro de
chances de morrer.¹**

Aproximadamente 1,5 milhão de pessoas no Brasil têm Fibrilação Atrial.²

FA é uma doença capaz de dobrar o risco de morte¹ e multiplicar por cinco o risco de um AVC.³ Além disso, a doença piora o prognóstico de pacientes com fatores de risco cardiovascular.⁴⁻⁶ Diante de um número estimado de 1,5 milhão de pacientes diagnosticados com FA,² fica evidente a necessidade de novas opções de tratamento para o controle dessa doença potencialmente fatal.

Referências bibliográficas: 1. Benjamin EJ, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998 Sep;98(10):946-52. 2. Fuster V, 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). *Eur Heart J*. 2006 Aug;27(16):1979-2030. 3. Wolf PA, et al. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991 Aug;22(8):983-8. 4. Wachtell K, et al. Angiotensin II receptor blockade reduces new-onset atrial fibrillation and subsequent stroke compared to atenolol: the Losartan Intervention For End Point Reduction in Hypertension (LIFE) study. *J Am Coll Cardiol*. 2005 Mar;45(5):712-9. 5. Wang TJ, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2003 Jun;107(23):2920-5. 6. Pizzetti F, et al. Incidence and prognostic significance of atrial fibrillation in acute myocardial infarction: the GISSI-3 data. *Heart*. 2001 Nov;86(5):527-32.