Jornal SOBRAC
Informativo da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas
Ano 2011 | nº 22 | Jul./Ago./Set.
www.sobrac.org

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

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

Realização
SOBRAC
Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas
DECA SBCCV

Portifólio de eletrodos para VE

ACUITY™ Steerable

EASYTRAK® 3

EASYTRAK® 2

ACUITY™ Spiral

	ACUITY™ Steerable	EASYTRAK® 3	EASYTRAK® 2	ACUITY™ Spiral
Modelo	4554, 4555	4524, 4525, 4527 4548, 4549, 4550	4517, 4518, 4520 4542, 4543, 4544	4591, 4592, 4593
Polaridade	Bipolar	Bipolar	Bipolar	Unipolar
Corpo do eletrodo	6,0 F (2mm)	6,0 F (2mm)	5,3 F (1.77mm)	4,5 F (1,5mm)
Ponta do eletrodo	5,3 F (1,77mm)	3,4 F (1,1 mm) [5,3F (1,77mm) no eletrodo distal]	5,2 F (1,74mm)	4,1 F (1,37mm) estreitando para 2,6 F (0,87mm)
Fixação	Pré formado 2D em J	Fixação helicoidal em 3D grande	Aletas de silicone	Fixação helicoidal em 3D
Entrega	Estilete / Fio (OTW)	Fio (OTW)	Fio (OTW)	Fio (OTW)

A Boston Scientific oferece mais opções de eletrodos para VE para ajudá-lo a ter sucesso.

- Quatro formas de fixação
- Portifólio de eletrodos para VE com taxa de sucesso de implante de 97%**
- O Reposicionamento eletrônico (Electronic Repositioning™) oferece seis configurações de estimulação*

Boston Scientific
Defining tomorrow, today.™

* Disponível no dispositivo COGNIS™ CRT-D com leads bipolares.
** Estudo clínico nos EUA com ACUITY Steerable e Estudo clínico nos EUA com ACUITY Spiral. Dados em arquivo.

Todas as marcas registradas mencionadas são de propriedade de seus respectivos donos. CUIDADO: A legislação restringe a venda desses dispositivos por ou sob recomendação de um médico. Indicações, contraindicações, avisos e instruções para uso podem ser encontradas no rótulo do produto, fornecido com todos os dispositivos. Informações para uso somente em países em que haja registro do produto pela autoridade sanitária aplicável.

RCS Nanterre B420 668 420
© 2009 Boston Scientific Corporation
ou seus afiliados. Todos os direitos reservados.
DINCRM0496EA

Expediente

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
Leandro Ioschpe Zimerman

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
Adalberto Menezes Lorga
Dario Celestino Sobral Filho
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 13.000 exemplares, distribuído gratuitamente aos sócios da SOBRAC e SBC

Editor do Jornal SOBRAC
Roberto Luiz Menssing da Silva Sá (in memorian)

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

SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Sumário

5 Carta do Presidente da SOBRAC

7 Palavra do Presidente do XXVIII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

8 SOBRAC em Foco

17 Suspensão da Anticoagulação Oral após Ablação de Fibrilação Atrial com Sucesso: quais os Riscos?

19 A Era dos Antagonistas da Vitamina K já Chegou ao seu Fim?

21 Devem ser Suspensos os Agentes Antiagregantes Plaquetários para Procedimentos de Dispositivos Cardíacos Implantáveis?

22 Ablação de Fibrilação Atrial: Pode-se Indicar como Primeira Opção de Tratamento?

24 Novas Indicações de Anticoagulação na Fibrilação Atrial

26 Síndrome da Morte Súbita do Lactente: Um Sono Sem Despertar

PRADAXA® 150 mg PREVINE 3 DE 4 AVCs RELACIONADOS À FA[1]

35% de redução de risco de AVC ou embolia sistêmica vs varfarina[2,3]

59% de redução de risco de sangramento intracraniano vs varfarina[2,3]

Caixas com 30 e 60 cápsulas

- Dose oral fixa, sem necessidade de monitoramento[4]
- Pode ser administrado com ou sem alimentos[4]
- Baixa interação com outras drogas[4]

Pradaxa®
etexilato de dabigatrana

Simples e superior na prevenção do AVC *[2,3]

PRADAXA® (ETEXILATO DE DABIGATRANA) – uso adulto. **Apresentações:** caixas com 10,30 e 60 cápsulas de 75mg, 110 mg e 150 mg. **Indicações:** Prevenção de eventos tromboembólicos venosos após artroplastia total de quadril ou joelho e prevenção de AVC, embolia sistêmica e redução de mortalidade vascular em pacientes com fibrilação atrial. **Contraindicações:** Hipersensibilidade aos seus componentes, insuficiência renal grave, manifestações hemorrágicas, diáteses hemorrágicas, alteração da hemostasia, lesão de órgãos em risco de sangramento significante, AVC hemorrágico nos últimos 6 meses, cateter medular ou epidural implantado nas primeiras horas após sua remoção, uso concomitante de cetoconazol sistêmico. **Reações adversas:** sangramento ou sinais de sangramento (anemia, secreção em ferida), dispepsia, náuseas, dor abdominal, hemorragia gastrintestinal. **Advertências e Precauções:** risco hemorrágico quando administrado com heparinas, fondaparinux, desirudina, agentes trombolíticos, antagonistas do receptor GPIIb/IIIa, clopidogrel, ticlopidina, dextrano, sulfimpirazona, antagonistas da vitamina K, verapamil, Amiodarona, biópsia ou traumatismo recente, endocardite bacteriana, anestesias raquidiana ou epidural, punção lombar. Após remoção de cateter, esperar pelo menos 1 hora antes da primeira dose de dabigatrana. Não recomendado em insuficiência hepática moderada ou grave ou elevação de enzimas hepáticas > 2 LSN. Descontinuar na insuficiência renal aguda. **Interações medicamentosas:** antagonistas da vitamina K, amiodarona, verapamil, quinidina, AINEs (uso crônico). **Posologia:** Prevenção de TEV após cirurgia de artroplastia total de joelho e quadril: iniciar 1-4 horas após cirurgia via oral com 110mg e continuar com 220mg uma vez ao dia por 10 dias (artroplastia de joelho) ou 28 a 35 dias (quadril). Insuficiência renal moderada/uso de amiodarona: 150 mg/dia. **Prevenção de AVC, embolia sistêmica e redução de mortalidade vascular em pacientes com fibrilação atrial:** 300 mg via oral (150 mg 2x/dia) ou 220mg (110 mg 2x/dia) uso contínuo. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS-1.0367.0160.** Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda. Rod. Regis Bittencourt (BR116), km 286 Itapecerica da Serra – SP SAC ☎ 0800-7016633

Referências: 1. Roskell NS et al. Treatments for stroke prevention in atrial fibrillation: a network meta-analysis and indirect comparisons versus dabigatran etexilate. Thromb Haemost. 2010 Dec;104(6):1106-15. **2.** Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361 (12):1139-1151. **3.** Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Reilly PA, Wallentin L. Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy Investigators. Newly identified events in the RE-LY trial. N Engl J Med 2010; 363 (19):1875-1877. **4.** Bula do produto.

*Pradaxa® 150mg: simples e superior na prevenção do AVC em pacientes com fibrilação atrial não valvar vs varfarina bem controlada.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

Interações Medicamentosas: o uso concomitante com indutores de glicoproteína P (ex: rifampicina) reduz a exposição de dabigatrana.
Contraindicações: insuficiência renal grave, AVC hemorrágico nos últimos 6 meses, uso concomitante de cetoconazol sistêmico.

Boehringer Ingelheim

Guilherme Fenelon - **Presidente da SOBRAC**

Palavra do Presidente da SOBRAC

"A diretoria permanece a todo vapor, buscando executar todas as metas e, sobretudo, deixar a casa em ordem para a próxima gestão..."

Prezados colegas,

Entramos na reta final do nosso mandato. A diretoria permanece a todo vapor, buscando executar todas as metas e, sobretudo, deixar a casa em ordem para a próxima gestão. Nesse aspecto, nossa sociedade está preparada, do ponto de vista administrativo e financeiro, para enfrentar as dificuldades impostas pela crescente escassez de recursos destinados às sociedades médicas. Graças ao trabalho competente dos Drs. Washington Maciel e Denise Hachul, temos atualmente 860 sócios e uma inadimplência muito baixa. A renegociação de contratos dos prestadores de serviço, a contenção de despesas e a busca ativa por novos patrocinadores permitiram à SOBRAC não apenas manter a estabilidade de suas finanças, como, principalmente, ampliar suas atividades científicas. Além disso, a casa está literalmente em ordem, já que concluímos a reforma da sede, deixando-a ainda mais bonita e agradável.

Continuamos levando educação médica de qualidade Brasil afora. O PrECon (Programa de Educação Continuada), sob a condução firme do Dr. Luiz Magalhães, realizou eventos em Cascavel, Manaus, Salvador e Rio de Janeiro, sempre com grande público e repercussão na mídia local. Os coordenadores locais desses eventos, respectivamente, Drs. Alcirley Luiz; Jaime Arnez; Alexsandro Fagundes e Jussara Pinheiro; Olga Souza e Silvia Boghossian, fizeram um trabalho de grande e inegável qualidade. Parabéns a todos vocês! Teremos ainda três eventos até o final do ano: Campinas, Porto Alegre e o Curso Intensivo de Reciclagem em Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca. Participem!

Demos início à atualização das nossas diretrizes de fibrilação atrial, que focará essencialmente os avanços recentes no tratamento anticoagulante. A diretriz SOBRAC-DECA de dispositivos cardíacos implantáveis também se encontra em processo de atualização. Já a diretriz da SOBRAC-DECA-ABRAMET, para direção veicular em portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis e arritmias cardíacas, foi concluída e será publicada em breve.

O Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas, a ser realizado em Brasília, de 30 de novembro a 3 de dezembro, está quase pronto. A comissão organizadora local, coordenada pelo presidente do congresso, Dr. José Sobral, tem trabalhado com afinco para proporcionar aos congressistas um evento social e cientificamente grandioso. Teremos uma programação diversificada, contando com renomados convidados nacionais e internacionais, dentre eles o Prof. Dr. Angelo Auricchio, que proferirá conferência sobre a terapia de ressincronização cardíaca. Vale destacar os simpósios conjuntos com a EHRA (European Heart Rhythm Association), a Sociedade Portuguesa de Arritmias e a SOLAECE. Como novidades, na abertura do congresso, o presidente da SOLAECE, Dr. Diego Vanegas, entregará o prêmio "Compasso de Ouro" a uma importante personalidade brasileira. Além disso, será anunciado o vencedor do SOBRAC-McGill Fellowship Award, que oferece bolsa de estudos para programa de treinamento de dois anos em eletrofisiologia e estimulação cardíaca artificial na McGill University, no Canadá.

No congresso de Brasília, lançaremos o quinto volume da série Clínicas Brasileiras de Arritmias Cardíacas, editada pela Atheneu, intitulado ***Morte Súbita***. Face ao grande sucesso dessas publicações, acertamos com a editora a renovação da série para mais cinco volumes.

Outro destaque do congresso é o fórum de defesa profissional, onde serão abordados temas sensíveis à prática diária, como formação de cooperativas e relacionamento com convênios. É digno de nota o parecer que obtivemos, junto ao CFM, sobre procedimentos do médico auditor quando discorda de procedimentos indicados pelo médico assistente. Esse importante documento pode ser lido, nesta edição do jornal, na matéria do Dr. Eduardo Sternick.

Por fim, destacamos as campanhas de utilidade pública da SOBRAC. A campanha ***PulsAção: sentindo o ritmo do seu coração***, em parceria com a Biosense Webster, teve o objetivo de, por meio de atividades de conscientização, levar a fibrilação atrial a conhecimento do público. O evento, ocorrido no dia 4 de agosto, no Vão Livre do MASP, em São Paulo, teve grande sucesso e impacto na mídia nacional, como ilustrado no site da campanha **www.ritmodocoracao.com.br**. Iniciamos também os preparativos para mais uma edição da nossa campanha anual ***Coração na batida certa***, a ter lugar no dia 12 de novembro, na qual esclarecemos a população leiga a respeito da importância e do tratamento das arritmias cardíacas, por meio de palestras e treinamentos de ressuscitação cardiopulmonar. Contamos com a participação de todos!

Cordialmente,

Guilherme Fenelon

ProMRI®

mais acesso

mais opções

O Dilema

A cada 3 minutos, um paciente portador de marcapasso ou cardioversor-desfibrilador implantável é rejeitado para um exame de Ressonância Magnética nos EUA.

Mais de 50% dos pacientes portadores de marcapasso ou CDI necessitarão deste exame no decorrer de suas vidas.

A Solução

Meu paciente portador de marcapasso pode ser submetido a um exame de ressonância magnética com segurança?

Sim. Com a nova tecnologia **BIOTRONIK ProMRI®**, isto é possível sob determinadas condições.

O marcapasso **Evia** e o eletrodo **Safio** com o **BIOTRONIK ProMRI®** asseguram que mais pacientes tenham acesso ao exame de Ressonância Magnética.

Esta é mais uma solução inovadora em Gerenciamento do Ritmo Cardíaco que a BIOTRONIK Brasil traz com exclusividade.

www.biotronik.com

BIOTRONIK
excellence for life

José Sobral Neto

Palavra do Presidente do XXVIII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

Prezados Colegas,

A Comissão Organizadora do XXVIII Congresso Brasileiro de Arritmias tem trabalhado intensamente na finalização da programação científica e social do congresso, junto com a diretoria da SOBRAC e com a Rowan Eventos. Já estão organizados vários aspectos científicos e sociais deste grande evento da arritmologia brasileira.

Na parte científica, foi definido o tema central do congresso, que será ***Arritmias ventriculares e morte súbita: abordagem atual e perspectivas***. Além disto, para comprovar a excelência do nosso Congresso, queremos adiantar a todos a definição dos convidados internacionais.

Contaremos com as ilustres presenças do Prof. Dr. Angelo Auricchio, Diretor da Unidade de Eletrofisiologia de Lugano (Suíça) e Presidente da European Heart Rhythm Association; do Prof. Dr. Samuel J. Asirvatham, Arritmologista, Consultor e Professor de Medicina da Mayo Clinic College of Medicine (USA); e Prof. Dr. Luís Mont, Arritmologista e Eletrofisiologista da Sección de Arritmias do Departamento de Cardiologia do Hospital Clínico da Univesidad de Barcelona (Espanha) que, com suas experiências, mostrarão em profundidade os avanços científicos da moderna arritmologia, enriquecendo e valorizando nosso evento.

Finalmente, o Prof. Dr. Armando Bezerra, da Universidade de Brasília, terá a honra de ministrar a conferência de abertura, cujo tema é ***O Coração na Arte e na Medicina*** que, com certeza, encantará a todos.

Na parte social, já estão definidos os locais do jantar dos convidados, que será realizado no Clube Naval de Brasília, e do Baile de Encerramento, que acontecerá no espaço Porto Vitória, ambos à beira do Lago Paranoá, uma das belas atrações de nossa cidade.

Tudo isto para reafirmar a garantia da realização de um Congresso que agrade a todos, reunindo o melhor das arritmias cardíacas, tanto no cenário nacional como internacional, e um programa social bastante intenso.

Contamos com sua presença. Agende-se! Lembre-se de que você tem um compromisso em Brasília neste fim de ano.

Um grande abraço.

Adalberto Menezes Lorga Filho

Mensagem do Diretor Científico

Aproveito para ressaltar a grande colaboração de alguns colegas que, nos últimos meses, ajudaram a SOBRAC a cumprir com êxito seus objetivos.

Em agosto, enviamos à SBC o texto final das **Recomendações Brasileiras para Direção Veicular em Portadores de Dispositivos Cardíacos Implantáveis e Arritmias Cardíacas**. Graças a um grande esforço da Dra. Silvana Nishioka, auxiliada pelo Dr. Enrique Pachon Mateo, a SOBRAC, em conjunto com o DECA e ABRAMET (Associação Brasileira de Medicina de Trânsito) finalizaram esse importante documento, que deve, em breve, estar disponível nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Os **Simpósios de Arritmias da SOBRAC** também se tornaram um grande sucesso. A iniciativa de organização desses eventos, muitas vezes em cidades onde o acesso a programas de educação médica continuada em arritmias não é corriqueiro, tem permitido que mais colegas se atualizem e participem das iniciativas da SOBRAC. Esses simpósios certamente não teriam a mesma repercussão se não fosse o grande empenho do Dr. Luiz Pereira Magalhães, nosso coordenador do PrECon, que não tem medido esforços para o sucesso desses eventos. Parabenizo ainda os organizadores locais dos Simpósios de Arritmias, realizados, pela primeira vez, nas cidades de Cascavel (PR), Dr. Alcirley de Almeida Luiz, e de Manaus (AM), Dr. Jaime Giovany A. Maldonado, que, com maestria, atraíram mais de 100 participantes para os respectivos eventos.

Em outubro, teremos o **III Curso Intensivo de Ritmologia da SOBRAC** (Curso de Reciclagem) que, com a colaboração de vários colegas renomados de todo o Brasil, mais uma vez proporcionará, em imersão de três dias, ampla revisão dos principais temas de arritmia clínica, eletrofisiologia e marcapasso.

Por fim, queremos lembrar que o Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas está chegando. Nos dias 30 de novembro, 1, 2 e 3 de dezembro, esperamos encontrar todos em Brasília. O Dr. José Sobral Neto, em conjunto com a comissão organizadora local, tem preparado com carinho e dedicação nosso principal evento do ano e, certamente, deseja contar com o apoio e a presença de todos nós.

Até Brasília!

Um forte abraço.

Mensagem do Coordenador de Relações Institucionais

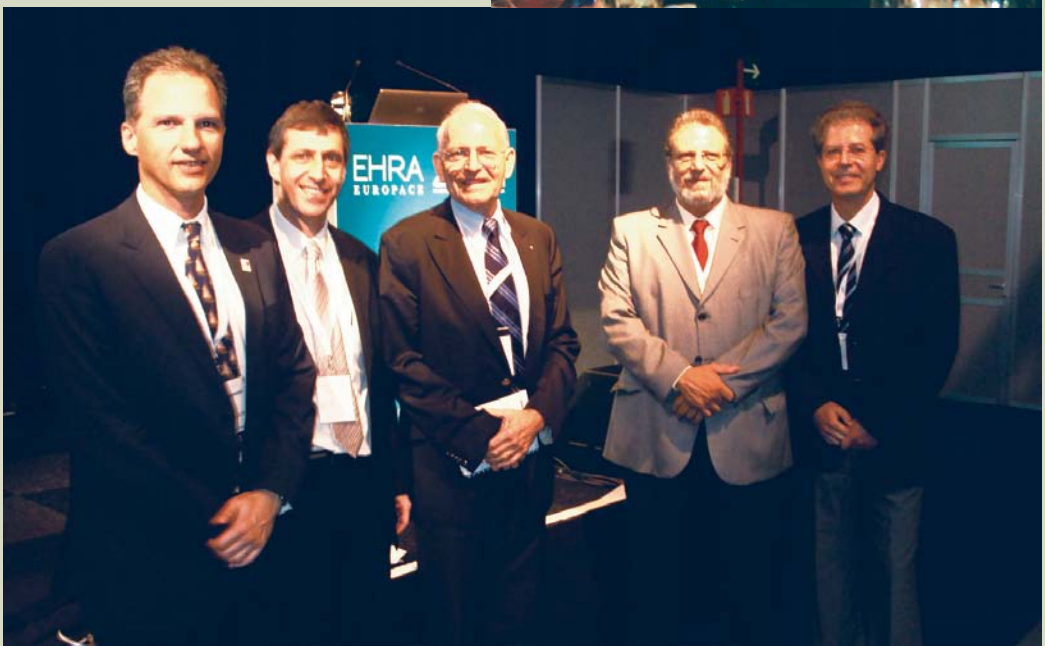
Marcio Jansen de Oliveira Figueiredo

A participação da ritmologia brasileira em eventos internacionais e a colaboração da SOBRAC com sociedades internacionais da especialidade têm crescido de maneira acelerada. Quem acompanha as matérias do nosso Jornal, assim como quem participa de eventos internacionais, deve ter percebido essas ações. A atuação da Coordenadoria de Relações Institucionais, juntamente com outras áreas da nossa Sociedade, tem alcançado essa projeção, com benefícios crescentes para todos.

O mais recente capítulo, escrito com brilhantismo, foi a nossa participação no Congresso Europeu de Arritmias, o EuroPace. Mais uma vez, a European Heart Rhythm Association (EHRA) mostrou sua importância crescente no mundo, com a presença de um número expressivo de congressistas. Além de uma parcela significativa de colegas brasileiros, atuando como congressistas, foi possível constatar a grande participação científica no evento, com temas livres e aulas ministradas por especialistas nacionais de expressão internacional. Não obstante, o mais relevante foi a realização do nosso Simpósio Internacional EHRA/SOBRAC, durante o Congresso Europeu. Ampliando o sucesso da atividade realizada em São Francisco, os presentes puderam aproveitar a experiência de colegas renomados, na discussão de temas de grande importância. O grande êxito de atividades como essa, que a partir de agora serão realizadas regularmente, sempre abordando assuntos atuais e de grande impacto, demonstra o crescimento científico da nossa Sociedade, e abre campo para uma maior interação entre a nossa comunidade científica e aquela de âmbito internacional.

Nossa participação, contudo, não ficou restrita a essa atividade. Durante o Congresso, foi possível partilhar atividades sociais, além de reuniões para definir nossos próximos passos, com vistas à aproximação e integração mais efetiva com a EHRA. O Congresso marcou, por exemplo, a posse da nova Diretoria daquela Sociedade, assumindo o Dr. Angelo Auricchio no cargo de Presidente. Eleito há dois anos, o atual presidente tem sido um grande interlocutor da SOBRAC na busca por colaboração entre as sociedades, e o Dr. Guilherme Fenelon transmitiu as felicitações em nome da SOBRAC, conforme atesta a foto obtida durante o jantar do palestrante. Outra notícia de grande interesse foi a divulgação do resultado da eleição para a próxima diretoria, com o Dr. Karl Kuck como presidente-eleito. Para nós, essa foi também uma excelente notícia, já que o Dr. Kuck teve importante atuação na cooperação entre as Sociedades, e tem sempre incentivado a nossa colaboração.

Além das atividades científicas e sociais do congresso, tivemos, novamente, uma reunião de trabalho, que foi marcada por grandes conquistas. De início, conseguimos garantir a participação de dois grandes nomes para o nosso congresso, em Brasília. Além do mais, estabelecemos os planos para a promoção de bolsas de estudo para colegas da SOBRAC em serviços de excelência europeus, como simpósios conjuntos, seminários, cursos de educação continuada... Sim, há muito que fazer... E faremos muito mais! É a SOBRAC trabalhando para a internacionalização da Ritmologia nacional e para a obtenção de benefícios para todos!



Contamos com a presença do Dr. Philippe Alliot, no Simpósio Internacional EHRA/SOBRAC.

PrECon - Rio de Janeiro

Simpósio Manaus

Programa de Educação Continuada

Luiz Pereira de Magalhães

Continuamos a realizar novos eventos dentro da educação continuada. Neste segundo semestre, foram realizados o Programa de Educação Continuada - PrECon em Salvador (BA) e Rio de Janeiro (RJ). O Simpósio de Arritmia foi em Cascavel (PR) e Manaus (AM), com a presença de mais de 100 colegas cardiologistas da região. A atividade foi também associada ao desenvolvimento da ***Campanha Nacional de Prevenção de Morte Súbita***, com evento realizado em shopping center da cidade, para fornecimento de orientações de prevenção e atuação em ressuscitação cardíaca. Como sempre, a Assessoria de Imprensa da SOBRAC vem atuando de forma decisiva para a adequada divulgação na mídia, o que garante grande visibilidade às ações da nossa entidade frente à opinião pública, aos diversos segmentos da sociedade civil e aos setores público e privado. Teremos ainda eventos em Campinas (SP), e Porto Alegre (RS).

Durante o 66º Congresso Brasileiro de Cardiologia, teve *II Simpósio de Arritmias*, no dia 18 de setembro, no auditório 13, em Porto Alegre. No evento, discutimos com interatividade casos clínicos de arritmias cardíacas com aplicação prática, na presença dos mais renomados especialistas de todo o Brasil.

Já estamos aguardando os interessados em participar do *III Curso de Reciclagem em Ritmologia*, que compreenderá as três grandes áreas, Arritmia Clínica, Eletrofisiologia e Estimulação Cardíaca. Neste ano, foram promovidas mudanças na programação científica para atender às sugestões encaminhadas pelos sócios, estando previsto abrangente discussão dos temas apresentados, com base em traçados e casos clínicos. Também ratificamos que a SOBRAC realizará, também neste ano, o ***Registro Brasileiro de Ablação Epicárdica,*** técnica mundialmente utilizada no tratamento invasivo de arritmias cardíacas. As informações obtidas a partir dos questionários enviados pelos diversos serviços que realizam tal procedimento no Brasil serão de grande importância para o mapeamento da utilização dessa técnica de alta complexidade em nosso país. Esses dados serão analisados e, certamente, apresentados no **XVIII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas**.

A SOBRAC está atenta aos interesses dos sócios, procurando a melhor qualidade de propagação do conhecimento médico na área de arritmias.

Abraços.

PrECon - Rio de Janeiro

Simpósio Manaus

PrECon - Salvador

Simpósio SOBRAC - Congresso SBC

PrECon

PrECon - Salvador

Simpósio SOBRAC - Congresso SBC

PrECon
Programa de Educação Continuada
SOBRAC

PrECon - Salvador

Simpósio Cascavel

Simpósio Cascavel

PrECap - Cascavel

PrECap Cascavel

Programa de Ressuscitação Cardiopulmonar

PrECap

PrECap - Cascavel

PrECap Cascavel

PrECap - Salvador

PrECap Cascavel

PrECap - Salvador

Sessão Eletroclínica da SOBRAC - Caso 7

Thiago da Rocha Rodrigues

A.D.F., masculino, 56 anos, portador de cardiopatia chagásica (CCh), fração de ejeção de 32%, insuficiência cardíaca classe funcional III (NYHA) e taquicardias ventriculares monomórficas sustentadas (TVMS) frequentes. Faz uso de carvedilol, enalapril, espironolactona e amiodarona (600 mg/dia). É portador de um CDI e evolui com choques apropriados frequentes e vários episódios de tempestade elétrica. As figuras 1 e 2 mostram episódios de TVMS com frequência cardíaca (FC) abaixo da zona terapêutica do CDI. A figura 3 mostra episódio de TVMS induzido em EEF.

DISCUSSÃO

Os três ECG´s mostram taquicardias regulares de QRS largo, que, em pacientes (PTs) com CCh ou qualquer cardiopatia estrutural, sugerem fortemente o diagnóstico de taquicardia ventricular (TV). As taquicardias espontâneas das figuras 1 e 2 estão alentecidas pelo uso da elevada dose da amiodarona e apresentam FC de 115 bpm, abaixo do ponto de corte para terapia do CDI, razão pela qual elas puderam ser registradas. As três taquicardias apresentam morfologias muito diferentes, o que atesta a natureza difusa e complexa do substrato arritmogênico da CCh. Os critérios clássicos que definem o diagnóstico de TVMS, na figura 1, são: ausência de complexos RS em precordiais (critério de Brugada)[1], padrão R puro em V1 e qR ou QS em V5 e V6 (critério de Wellens)[2] e complexo QRS positivo em aVR (critério de Vereckei)[3]. Os critérios de TVMS, na figura 2, são: RS > 100 ms de V2 a V6 (Brugada)[1] e padrão qR em V1(Wellens)[2]. Na figura 3, em que a TV foi induzida no EEF, o critério diagnóstico é a ausência de complexos RS nas precordiais (Brugada). O uso de elevadas doses de antiarrítmico (600 mg/dia de amiodarona) pode aumentar a duração dos complexos QRS durante a TV, o que afeta o critério de duração de RS do algoritmo de Brugada. Nesses casos, é aconselhável o uso do algoritmo proposto por Vereckei[3], em que se divide a amplitude de R nos 40 ms iniciais (Vi) pela amplitude de S nos 40 ms terminais (Vt) em alguma derivação precordial. Se Vi ÷ Vt < 1, o diagnóstico é de TV, pois a ativação inicial célula a célula do foco de origem até o sistema de His-Purkinje (SHP) é lenta, causando um Vi de pequena amplitude. Na fase final do QRS, quando a ativação ventricular atinge o SHP, a propagação é rápida, ocasionando um Vt de maior amplitude e, consequentemente, uma relação Vi ÷ Vt < 1. No caso de doses altas de antiarrítmicos, o Vi e Vt são afetados igualmente e, assim, a relação Vi ÷ Vt não é alterada (figura 2). Trata-se, portanto, de PT com cardiopatia não isquêmica (chagásica), evoluindo com TVs refratárias e choques frequentes do CDI.

Como a ablação por cateter é a próxima alternativa terapêutica, torna-se necessário uma noção aproximada da localização do substrato da arritmia. Embora os algoritmos eletrocardiográficos de localização dos focos de TV tenham sido desenvolvidos para TVs secundárias a reentradas relacionadas a infartos e cicatriz, nas cardiomiopatias não isquêmicas (chagásica incluída), as TVs também são relacionadas a cicatriz e fibrose[4]. Dessa forma, podem-se utilizar os mesmos algoritmos para aproximação da localização do substrato arritmogênico. Na figura 1, a presença de padrão QS em D1, aVL e V6 sugere origem em região lateral do VE. A presença de Q em V5 é indício de que o foco de origem estende-se até a região apical da parede lateral do VE. O padrão de BRD indica origem da TV no VE. Na figura 2, a presença de QS em aVL e padrão de BRD sugerem origem em parede livre lateral do VE. As ondas R positivas de V1 a V6 dão a entender localização basal. O desvio do eixo para a direita (RS em D1) também sugere a origem basal e lateral do foco arritmogênico. Na figura 3, as ondas R em D1 e V6 indicam uma origem basal no VE, e o padrão de BRE insinua uma localização mais próxima do septo IV. Essas regiões septobasais também apresentam desvio do eixo para a esquerda (rS em D2, D3 e aVF). Tais achados de localização do substrato arritmogênico são relevantes, pois ajudam a reduzir o tempo de mapeamento do circuito durante a ablação. Sabe-se que a maioria das TV´s, nas cardiomiopatias não isquêmicas, originam-se de regiões laterais e basais (perivalvulares) do VE, o que está em consonância com a localização sugerida pela morfologia dos complexos QRS das 2 TVs espontâneas registradas neste PT. Na CCh, particularmente, a região mais acometida é a posterolateral do VE.

Outra questão importante, na análise destes ECG´s, é a definição da localização epi ou endocárdica do foco arritmogênico. Sabe-se que muitas das TV´s, nas cardiomiopatias não

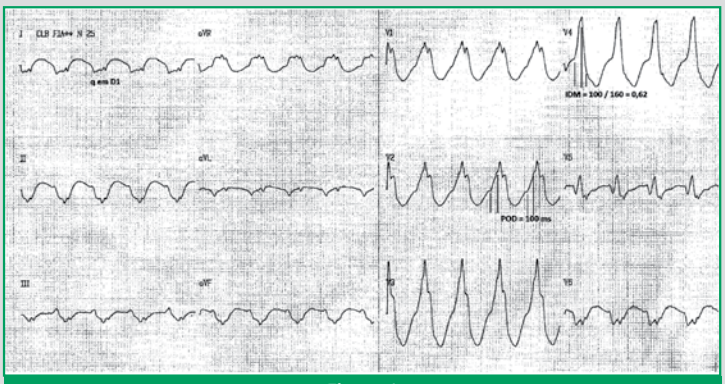


Figura 1

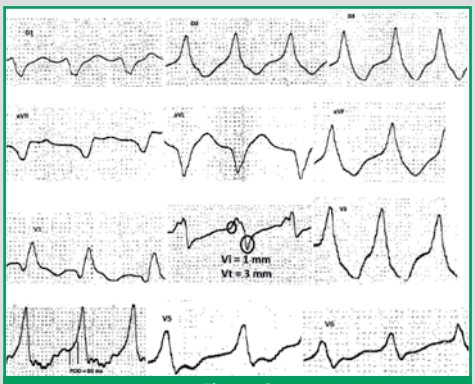


Figura 2

isquêmicas e chagásicas, são epicárdicas em sua origem. Desde que Sosa e colaboradores[5] desenvolveram a técnica da punção do saco pericárdico para mapeamento epicárdico, essa questão tornou-se mais relevante ainda, pois ela define a estratégia de acesso epicárdico dos cateteres de ablação. A diferenciação, portanto, entre as origens epi e endocárdicas passou a ser necessária no contexto da ablação de TV´s refratárias. Assim, alguns algoritmos foram desenvolvidos para a identificação de origens epicárdicas de TVs que não tiveram êxito nas ablações por abordagem endocárdica. Esses esquemas baseiam-se no fato de que a ativação elétrica inicial no epicárdio é lenta, se comparada à rápida ativação final endocárdica, determinada pela teia de Purkinje. Valès et al.[6] desenvolveram um algoritmo simples e preciso (sensibilidade de 96% e especificidade de 93%) para o reconhecimento das TVs epicárdicas em PTs com cardiomiopatia não isquêmica (figura 4). Esse novo algoritmo leva em conta três princípios fundamentais: cerca de 90% dessas TVs originam-se de regiões laterais, superiores e perivalvulares (basais) do VE; a ativação que se origina no epicárdio dessas regiões dirige-se da esquerda para a direita e de cima para baixo, originando ondas "q" em D1 e ausência de "q" em derivações inferiores; e a ativação inicial do epicárdio é mais lenta do que aquela que se origina do endocárdio, que é servida pela teia de transmissão rápida de Purkinje.

Dessa forma, os critérios adotados foram a presença ou ausência de ondas "q" em parede inferior e em D1 e dos critérios denominados duração da pseudo onda delta (POD) e índice de deflexão máxima (IDM). Os dois últimos critérios avaliam a lentidão da ativação inicial do epicárdio em relação ao endocárdio. A duração da POD foi definida como o intervalo entre o início da ativação ventricular e o início da deflexão mais rápida em qualquer derivação precordial. O IDM foi caracterizado como o intervalo entre o início da ativação ventricular e o pico da deflexão de maior amplitude (medido na derivação precordial com menor tempo de ativação), dividido pela duração do QRS. Tanto a duração da POD quanto o IDM são maiores nas TVs epicárdicas do que nas endocárdicas (figura 4), refletindo a ativação ventricular mais lenta no epicárdio.

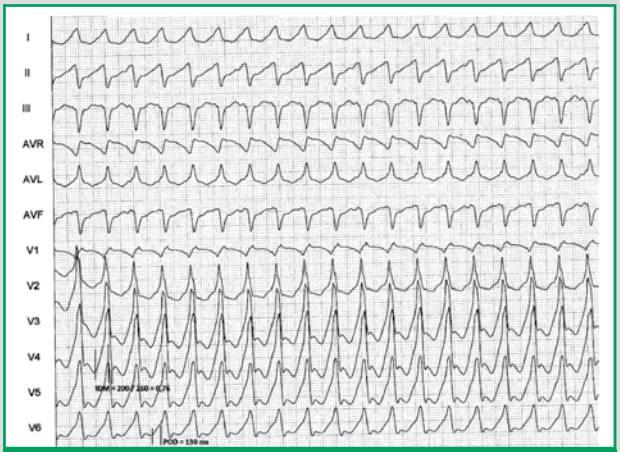


Figura 3

A aplicação desse algoritmo aos traçados apresentados permite avaliar a possibilidade da origem epicárdica dessas taquicardias. A presença de "q" em parede inferior implicaria ativação inicial de baixo para cima, ou do endo para o epicárdio (TV não epicárdica), em regiões superiores e laterais do VE. No entanto, as três TVs registradas não apresentam "q" inferior e, portanto podem ser epicárdicas. A POD é de cerca de 80 ms no primeiro registro, 100 ms no segundo traçado e 130 ms no terceiro, também sugerindo que as três TVs são epicárdicas (critérios da figura 4). A presença de "q" em D1 no primeiro traçado indica início da ativação da esquerda para a direita, ou do epi para o endocárdico nas regiões superolaterais do VE, reforçando o diagnóstico de TV epicárdica. O IDM nas figuras 1 e 3 foram respectivamente de 0,62 e 0,76, também sugerindo origem epicárdica das taquicardias. Berruezo et al.[7] utilizaram três critérios eletrocardiográficos para a identificação de TVs epicárdicas, com sensibilidade de 76% e especificidade de 95%. O primeiro foi a POD > 34 ms, o que está presente nas figuras 1,2 e 3, sugerindo origem epicárdica; o segundo foi a deflexão intrinsecoide > 85 ms em V2 (120 ms no registro 1, 100 ms no registro 2 e 140 ms no registro 3); e o terceiro (de menor valor) foi o menor intervalo RS nas precordiais > 120 ms. Portanto, caso este PT seja encaminhado para a ablação, a abordagem epicárdica deverá ser fortemente considerada.

CONCLUSÕES

A avaliação eletrocardiográfica das taquicardias de QRS largo envolve a utilização de algoritmos com alta acurácia diagnóstica. Como cada um desses algoritmos apresenta imperfeições, é aconselhável a utilização de mais de um deles para a otimização diagnóstica. Uma análise refinada dos ECG´s de uma TV envolve três etapas principais: a confirmação da TV através dos algoritmos clássicos (Wellens, Brugada e Vereckei); a localização espacial do substrato arritmogênico em vista da possibilidade de ablação por cateter; e a diferenciação entre a localização endocárdica e epicárdica (critérios de Vallès e Berruezo), essencial para a avaliação da via de acesso do cateter de ablação.

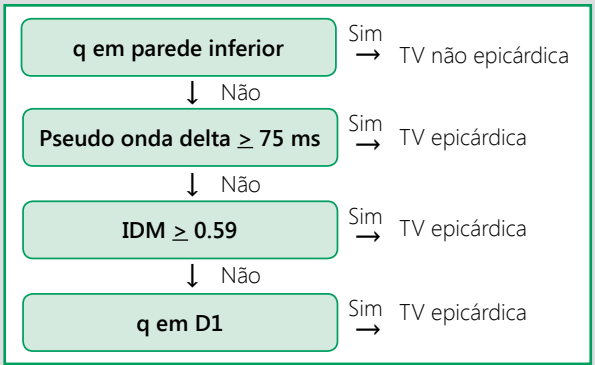


Figura 4 - Algoritmo para o reconhecimento das TVs epicárdicas[6].

Referências

1. Brugada P, Brugada J, Mont L, Smeets J. A new approach to the differencial diagnosis of a regular tachycardia with a wide QRS complex. ***Circulation***, 1991; 83:1649-59.
2. Wellens HJ, Bar FW. The value of the electrocardiogram in the differencial diagnosis of a tachycardia with a widened QRS complex. ***Am J Med***, 1978; 64:27-33.
3. Vereckei A, Duray G, Szénási G, Altmose GT, Miller JM. Application of a new algorithm in the differencial diagnosis of a wide QRS complex tachycardia. ***Eur Heart J***, 2007; 28:589-600.
4. Haqqani HM, Morton JB, Kalman JM. Using the 12-lead ECG to localize the origin of atrial and ventricular tachycardia. Part 2 - Ventricular tachycardia. ***J Cardiovasc Electrophysiol***, 2009; 20:825-832.
5. Sosa E, Scanavacca M, d´Avila, Pilleggi F. A new technique to perform epicardial mapping in the electrophysiology laboratory. ***J Cardiovasc Electrophysiol***, 1996; 7:531-536.
6. Vallès E, Bazan V, Marchilinski FE. ECG criteria to identify epicardial ventricular tachycardia in nonischaemic cardiomyopathy. ***Circ Arrhythm Electrophysiol***, 2010; 3:63-71.
7. Berruezo A, Mont L, Nava S, Chueca E, Bartholomay E, Brugada J. Electrocardiographic recognition of the epicardial origin of ventricular tachycardias. ***Circulation***, 2004; 109:1842-1847.

Comunicado aos Ritmologistas do Brasil e à Comunidade Médica

Desde que assumi a Diretoria de Defesa Profissional da SOBRAC, recebi várias reclamações de colegas, com dificuldades de toda sorte, relacionadas a autorizações de procedimentos eletrofisiológicos, diagnósticos e terapêuticos, relatando glosas e negativas, sem que o auditor em questão sequer relatasse suas conclusões, observações e recomendações em um documento formal que contivesse assinatura, nome e registro no CRM. Na ausência de uma negativa formalizada em documento e devidamente assinada, não havia como rebater ou questionar essas negativas de forma adequada, com óbvio prejuízo ao maior interessado: o paciente em necessidade de realizar os procedimentos solicitados.

Na impossibilidade de atuarmos de forma pontual frente aos vários casos relatados, decidimos que a melhor maneira de abordar o assunto seria ***solicitar um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM), sobre como o médico auditor deveria proceder no caso de não concordância com o procedimento indicado pelo médico assistente***. A expectativa da Defesa Profissional da SOBRAC era que o CFM se manifestasse de maneira favorável quanto à nossa solicitação de que os pareceres dos auditores deveriam obrigatoriamente ser registrados e assinados pelos responsáveis, que, desta forma, estariam assumindo uma postura oficial, que seria passível de questionamento pelo médico assistente, se assim o desejasse.

Após um longo período (quase um ano) de espera, recebemos finalmente a resposta à nossa consulta (9150/2010) ao CFM no dia 16 de agosto, representada pelo "Parecer CFM n. 33/11", aprovado em Sessão Plenária, em 15 de julho de 2011.

Para satisfação nosso pleito foi aprovado. Além de nossas expectativas, o parecer discorre sobre a forma ética de proceder de um auditor, em caso de discordância ao pedido médico, o que, é claro, estabelece limites às suas atitudes, que podem ser então classificadas de "antiéticas", caso o auditor não paute suas ações dentro dos limites relatados no parecer. Segue, abaixo, cópia desse julgamento, para que todos tenham ciência e possam utilizá-lo quando se fizer necessário.

Chamo a atenção para a conclusão que reproduzo, na íntegra, a seguir:

"Ante o exposto, entendemos que o médico, na função de auditor, não deve vetar ou modificar procedimentos indicados pelo médico assistente, ressalvadas as situações de risco de morte ou dano grave ao paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

O modo ético de proceder, recomendável, ao encontrar irregularidades nas indicações do médico assistente, é manter entendimento com o mesmo, solicitando por escrito suas explicações para só então fundamentar suas observações, recomendações e conclusões, fazendo constar no documento sua assinatura e o número do seu registro no conselho regional de medicina."

Espero que o parecer contribua para reduzir os problemas que estamos enfrentando, diuturnamente, com as autorizações de procedimentos necessários ao tratamento de nossos pacientes.

Dr. Eduardo B. Sternick
Diretor de Defesa Profissional da SOBRAC

Dr. Guilherme Fenelon
Presidente da SOBRAC

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Parecer CFM aprovado
nº 33/2011
Em 15 / 07 / 2011

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 9.150/10 – PARECER CFM nº 33/11

INTERESSADO:	Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (Sobrac)
ASSUNTO:	Questiona como o médico auditor deve proceder no caso de não concordância com o procedimento indicado pelo médico assistente
RELATOR:	Cons. Henrique Batista e Silva

EMENTA: Não é permitido ao médico, na função de auditor, vetar ou modificar procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos indicados pelo médico assistente, sem que antes solicite as justificativas do mesmo, ressalvadas as situações de risco de morte ou dano grave ao paciente.

PARTE EXPOSITIVA

A Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (Sobrac), por intermédio do diretor de Defesa Profissional e de seu presidente, esclarece que as solicitações de autorização para procedimentos de alta complexidade, devidamente fundamentadas nas diretrizes nacionais da cardiologia, são frequentemente negadas pelos auditores médicos, com prejuízo para os pacientes. É de seu conhecimento que o auditor médico tem o direito de questionar indicações e desautorizá-las. Entretanto, a negativa, como ato médico, deve estar acompanhada por relatório explicativo das razões do indeferimento, assinada pelo médico, identificado com o respectivo CRM, pois responderá pelo que ocorrer ao paciente. Aduz que na maioria das vezes as negativas dos auditores são evasivas, pouco fundamentadas e, pior, quase nunca encaminhadas na forma de um documento formal, assinado e com carimbo do CRM.

Solicita um parecer do CFM sobre como o médico auditor deve proceder no caso de não concordância com o procedimento indicado pelo médico assistente,

SGAS 915 Lote 72
CEP: 70390-150 Brasília DF
Fone: (0xx61) 3445-5900
Fax: (0xx61) 3346-0231
http://www.portalmedico.org.br

Página 1

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Parecer CFM aprovado
nº 33/2011
Em 15 / 07 / 2011

caso o CFM considere justo o pleito de que os pareceres dos auditores devem ser devidamente registrados e assinados pelos responsáveis.

PARECER

Todos os que exercem a medicina reconhecem a importância das atividades da auditoria médica no indispensável papel do aprimoramento da prestação de serviço de saúde, quer no âmbito do Sistema Único de Saúde, quer na rede de assistência privada. Reportando-se sobre a função da auditoria, o conselheiro Luiz Carlos Sobania, no Parecer CFM nº 11/99, assim se expressou: "*A auditoria médica, no sentido de corrigir falhas ou preencher lacunas, deve ter como único objetivo a elevação dos padrões técnicos, administrativo e ético dos profissionais da área, bem como a melhoria das condições hospitalares visando em conjunto um melhor atendimento da população*".

As funções dos auditores médicos estão bem definidas em vários documentos legais estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde. Entendemos que todas as questões levantadas pelos consulentes estão contempladas na legislação pertinente. Nesse contexto, podemos destacar:

a) Parecer-consulta nº 11/99. Documento decorrente da análise dos pareceres nºs 5.544/95, 5.566/96 e 3.305/98, de autoria dos conselheiros Nei Moreira da Silva, Luiz Carlos Sobania e Lino Antonio Cavalcanti Holanda, conceitua a auditoria médica e discorre sobre as funções dos auditores. Em sua ementa, determina não ser atribuição dos médicos auditores autorizar exames complementares e procedimentos solicitados pelos médicos assistentes, por ferir-lhes a autonomia e cercear-lhes o exercício profissional;

b) Resolução nº 1.614/01, cujo artigo 3º afirma que na função de auditor o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina. Bem como, de acordo com o art. 6º, obriga-se a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário,

SGAS 915 Lote 72
CEP: 70390-150 Brasília DF
Fone: (0xx61) 3445-5900
Fax: (0xx61) 3346-0231
http://www.portalmedico.org.br

Página 2

Parecer CFM aprovado
nº 33/2011
Em 15 / 07 / 2011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente. O art. 8º veda ao médico auditor autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente. Claramente, o art. 9º estabelece que o médico na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação de serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Destacamos os pareceres 21/94, 1/96, 18/96, 20/96 e 17/97, nos quais o CFM se pronunciou sobre o assunto, estabelecendo o perfil e postura do médico auditor, seu acesso ao prontuário e responsabilidades dos diretores (técnico e clínico) ante o auditor. Estendendo, ainda, seu âmbito a todos os serviços, quer do Sistema Único de Saúde, quer dos estabelecimentos da rede privada.

Ressalto do Código de Ética Médica, no Capítulo XI, que trata da auditoria e perícia médica, o art. 97, que veda ao médico auditor autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, entendemos que o médico, na função de auditor, não deve vetar ou modificar procedimentos indicados pelo médico assistente, ressalvadas as situações de risco de morte ou dano grave ao paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

SGAS 915 Lote 72
CEP: 70390-150 Brasília DF
Fone: (0xx61) 3445-5900
Fax: (0xx61) 3346-0231
http://www.portalmedico.org.br

Página 3

Parecer CFM aprovado
nº 33/2011
Em 15 / 07 / 2011

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O modo ético de proceder, recomendável, ao encontrar irregularidades nas indicações do médico assistente, é manter entendimento com o mesmo, solicitando por escrito suas explicações para só então fundamentar suas observações, recomendações e conclusões, fazendo constar no documento sua assinatura e o número do seu registro no conselho regional de medicina.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 15 de julho de 2011

Henrique Batista e Silva
Conselheiro relator

Aprovado em Sessão Plenária
Em 15 / 07 / 2011
Conselho Federal de Medicina

Conselho Fed.
Dr. Aloísio

SGAS 915 Lote 72
CEP: 70390-150 Brasília DF
Fone: (0xx61) 3445-5900
Fax: (0xx61) 3346-0231
http://www.portalmedico.org.br

Página 4

SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Homenagem

DECA

Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial

Homenagem da SOBRAC na celebração dos 25 anos de fundação do DECA

Nas fotos:
Dr. Guilherme Fenelon, o presidente do DECA, Dr. Wilson Lopes e esposa e o Dr. Giancarlo Mota, diretor de eventos do DECA

Póstuma Dr. Roberto Luiz Messing da Silva Sá

Homenagem póstuma da SOBRAC ao nosso saudoso colega Dr. Roberto Sá durante o PrECon do Rio de Janeiro

Nas fotos:
os filhos do Dr. Roberto, também médicos cardiologistas Thiago e Rodrigo e o Dr. Guilherme Fenelon

Sra. Janete Caetano da Silva

Durante o congresso da SBC em Porto Alegre a SOBRAC homenageou a Sra. Janete pelos relevantes serviços prestados à nossa sociedade

Nas fotos:
a Sra. Janete e os Drs. Leandro Zimerman, Luiz Magalhães e Guilherme Fenelon

Suspensão da Anticoagulação Oral após Ablação de Fibrilação Atrial com Sucesso: quais os Riscos?

Mauricio Pimentel

A ablação por radiofrequência de fibrilação atrial (FA) tem-se tornado opção terapêutica cada vez mais empregada no manejo de pacientes com FA. Os consensos internacionais e as diretrizes da SOBRAC sobre ablação de FA estabelecem indicações do procedimento e recomendações para o seguimento dos pacientes. Neste sentido, as diretrizes indicam que, em pacientes com elevado risco para fenômenos tromboembólicos, a anticoagulação oral (ACO) deve ser mantida de forma contínua, mesmo com aparente manutenção de ritmo sinusal. Atualmente, os bons resultados do procedimento têm levado a se considerar a hipótese de que o sucesso da ablação em manter o ritmo sinusal seria capaz de reduzir o risco de fenômenos tromboembólicos, possibilitando, assim, a suspensão da anticoagulação.

Em publicação recente no Circulation Arrhythmia and Electrophysiology, o grupo liderado pelo Dr. Eduardo Saad avaliou o risco de fenômenos tromboembólicos em pacientes submetidos à ablação de FA e que tiveram ACO suspensa de acordo com protocolo utilizado. Foram acompanhados 327 pacientes, com idade média de 63 anos, predomínio do sexo masculino, com FA refratária a drogas antiarrítmicas, encaminhados para ablação de FA. A média do escore $CHADS_2$ foi de 1,89±0,95, com mediana de 2,0. Pacientes com escore $CHADS_2$ de 2 (n=149; 45,4%) e 3 (n=76; 23,2%) constituíram 68,8% da coorte. Pacientes com escore $CHADS_2$ de 0 (n=33) e 1 (n=61) constituíram 28,7% da coorte, enquanto escore $CHADS_2$ de 4 correspondeu a 2,5%.

A ACO com varfarina foi mantida por três meses após ablação. Ao final desse período, na ausência de sintomas ou de arritmias sustentadas documentadas (2 minutos), a ACO era suspensa, independentemente do tipo e duração da FA e do escore $CHADS_2$. Em pacientes considerados de alto risco para recorrência ou com complicações tromboembólicas prévias, a ACO foi mantida por seis a doze meses. A duração da ACO foi ampliada para seis meses em 151 pacientes (46%), e para doze meses em 92 pacientes (28%). Após a interrupção da ACO, pacientes receberam antiagregante plaquetário (AAS ou clopidogrel).

Após seguimento de 46±17 meses, 82% dos pacientes se mantiveram sem FA (sem uso de drogas antiarrítmicas). Recorrência tardia (> 8 semanas) de taquiarritmia atrial ocorreu em 29% dos pacientes e, destes, 50% foram submetidos a novo procedimento de ablação. Preditores de recorrência tardia foram FA não paroxística (HR 1,83), sexo feminino (HR 2,19), idade $\geq$ 60 anos (HR 1,81), átrio esquerdo > 40 mm (3,52), $CHADS_2 \geq 2$ (HR 1,81) e recorrência precoce (HR 5,52). Não foi observado nenhum evento isquêmico cerebrovascular sintomático, com a interrupção da ACO em 298 pacientes (91%) e de drogas antiarrítmicas em 293 pacientes (89%). Não houve nenhuma morte associada à FA. O antiagregante plaquetário foi utilizado continuamente, após suspensão da ACO, em 308 pacientes (94%).

Este trabalho mostra que não foram observados eventos tromboembólicos após a suspensão da ACO, em pacientes submetidos à ablação de FA com sucesso, com escore $CHADS_2 \leq 3$ e mantidos em terapia com antiagregante plaquetário. É um importante achado e indica que a conduta pode ser considerada naqueles pacientes que permanecem sem arritmia após o procedimento. Deve-se ressaltar, porém, que é fundamental que esta ou outras estratégias de acompanhamento e suspensão de ACO, após ablação de FA, sejam testadas em ensaios clínicos randomizados.

Referências

1. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology. ***Europace***, 2010; 10:1360-420.
2. Saad EB, D´Ávila A, Costa IP, Aryana A, Slater C, Costa RE, Inácio Jr LA, Maldonado P, Neto DM, Camiletti A, Camanho LE, Polanczyk CA. Very low risk of thromboembolic eventos in patients undergoing successful catheter ablation of atrial fibrillation with a CHADS2<3: a long term outcome study. ***Circ Arrhythm Electrophysiol***, published online august 13, 2011.

Promote Accel™
CRT-D

AnalyST Accel™
CDI com Monitoramento do Segmento ST

Monitoramento e Ajuste de Terapia Automáticos

Para Um Acompanhamento Mais Eficiente e Seguro do Paciente.

A família de dispositivos Accel da St. Jude Medical monitora as alterações nas necessidades terapêuticas do paciente e ajusta a saída do estímulo para assegurar a terapia mais adequada. Os recursos que incluem a confirmação total de captura e alertas para TA/ FA permitem os médicos a ajustarem e adaptarem a terapia de acordo com as alterações das necessidades do paciente. O CDI AnalyST Accel ™ também oferece monitoramente de alta fidelidade do segmento ST para um acompanhamento inigualável das condições e alterações clínicas do paciente. A combinação destes recursos garante maior segurança e eficiência nos cuidados médicos, desde o implante até o acompanhamento.

br.sjm.com

ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

Promote Accel, AnalyST Accel, St. Jude Medical, o símbolo dos nove quadrados e MORE CONTROL, LESS RISK (mais controle, menos risco) são marcas registradas da St. Jude Medical Inc. e das suas empresas coligadas. © 2011 St. Jude Medical, Inc. Todos os direitos reservados.

A Era dos Antagonistas da Vitamina K já Chegou ao seu Fim?

Tiago Luiz Luz Leiria

Os antagonistas da vitamina K(AVK) estão entre as drogas mais antigas na cardiologia atual, com emprego na prática clínica por mais de 60 anos. Como diversos outros avanços na área da medicina, a história da descoberta e da adoção clínica dos anticoagulantes orais consiste de acasos, observação clínica detalhada e cooperação entre pesquisa básica e ciência clínica aplicada. Recentemente novas classes de anticoagulantes orais tornaram-se disponíveis para o uso clínico.

No começo do século XX, a planta ***Melilotus alba*** (Trevo Doce) foi empregada para ração animal em substituição ao milho. Em 1924, foi descrita uma doença hemorrágica que atingia o gado que se alimentava de ração feita dessa planta. Ficou constatado que, quando armazenada inadequadamente, a ração sofria ação de fungos, levando à formação do composto responsável pela doença hemorrágica bovina[1]. Nessa mesma década e nas próximas, ocorreram outras descobertas relacionadas à coagulação como o papel da "vitamina K" nas doenças hemorrágicas, isolamento químico desse composto; identificação do "agente hemorrágico" proveniente da ração bovina deteriorada; síntese desse agente (3,3'-methylenebis-(4-hydroxycoumarin)) "DICUMAROL"; descoberta do tempo de protrombina por Quick, estudando cirróticos[2].

Na década de quarenta, houve a primeira utilização do dicumarol em humanos, em paciente com tromboses de repetição. Ainda em 1942, foi proposto esse agente no tratamento do infarto agudo do miocárdio, idéia revolucionária para a época, pois não estava bem sedimentado o papel da trombose no infarto miocárdico. Em 1948, um congênere, com maior potência e sintético, foi introduzido no mercado como um forte raticida, chamado de "warfarina", denominação proveniente das iniciais do grupo que estudou e desenvolveu o composto, "Wisconsin Alumni Research Fundation", mais o sufixo "arina". Em 1954, essa droga foi introduzida no mercado para uso clínico e, no ano de 1955, foi adotada no tratamento do infarto do miocárdio do então presidente dos Estados Unidos da América, Eisenhower. O real mecanismo de funcionamento dos derivados do dicumarol, com sua ação na inibição do ciclo da vitamina K (bloqueando a vitamina K epóxi redutase), só foi elucidado em 1974, por Stenflo[2].

Mesmo amplamente utilizados, esses fármacos possuem uma janela terapêutica estreita, na medida em que exibem grande variabilidade na dose/resposta de paciente para paciente e são sujeitos à interação com diversos outros fármacos, bem como alimentos e bebidas. Atualmente existem três tipos de AVK disponíveis para uso clínico. A diferença entre eles está nas suas propriedades farmacocinéticas. No Brasil, estão disponíveis para prescrição apenas a warfarina e a femprocumona.

No início deste século, estudos comprovaram que a variabilidade individual, relacionada às doses dos antagonistas da vitamina K, é geneticamente mediada. Mutações nos genes que codificam o citocromo P450 e a vitamina K-epoxi redutase são responsáveis por necessidades maiores ou menores desses fármacos, de acordo com a alteração gênica presente[3].

A principal complicação proveniente dos anticoagulantes orais é o sangramento. A frequência de sangramento fatal, com warfarina, fica em torno de 0,6%, sangramento maior (necessidade de transfusão) em 3% e episódios menores em torno de 9,5%. A incidência cumulativa de evento hemorrágico com warfarina é de, aproximadamente, 25% em quatro anos. No Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, levantamento recente[4] mostrou que a taxa anual de eventos hemorrágicos anual em pacientes tratados com warfarina foi superior aos usuários da femprocumona (19% pacientes/ano ***vs*** 5.3% pacientes/ano (RR: 3.5; 95% CI: 1.87-6.48; P<0.001).

Fibrilação atrial (FA) é, sem sombra de dúvida, a principal indicação do uso de anticoagulantes orais na prática clínica. Estudos clássicos como o AFASAK, BAATAF, CAFA, SPINAF (5-8) demonstraram que a warfarina nessa população está associada a uma diminuição na incidência de eventos tromboembólicos. Outras indicações clássicas de anticoagulação oral são: presença de prótese valvular, síndromes hipercoaguláveis, embolia pulmonar, trombose venosa profunda, trombo no ventrículo esquerdo, prevenção secundária pós infarto agudo do miocárdio.

Os eletrofisiologistas deparam-se, diariamente, com pacientes em uso de AVK, o que ocorre, na grande maioria das vezes, em decorrência de FA, contudo outras indicações para o emprego dessa classe de fármacos também são presentes. Mesmo sendo extremamente efetivas na prevenção de fenômenos tromboembólicos, o objetivo terapêutico não é atingido em todos os pacientes. Em um ambiente de ensaio clínico randomizado, os pacientes com warfarina apresentavam INR terapêutico em apenas 44% das visitas clínicas para controle da anticoagulação[9].

Com base nesses dados de incerteza da variabilidade do binômio dose/resposta e da necessidade de repetidas dosagens sanguíneas para ajuste do nível de anticoagulação, surge, na comunidade médica, um desejo de novos fármacos para essa finalidade. A resposta inicial a esse anseio parece ter vindo com a publicação do resultado do estudo SPORTIF[9] em que o Ximelagatran, um antagonista do fator Xa, foi mais eficaz que a warfarina na prevenção do desfecho de acidente vascular cerebral e embolia periférica (RRR 29% IC95= -6.5 to 52) (9). Contudo, após o entusiasmo inicial com os resultados do estudo, o uso clínico da droga mostrou uma ocorrência acima do esperado de eventos adversos hepáticos, justificando, por parte do laboratório, a retirada da droga do mercado. Foram necessários mais dez anos para que novos antigoaculantes orais entrassem novamente em voga. Recentemente, o estudo RELY[10] mostrou que dabigatrana, em dose de 150mg BID, foi superior à warfarina na prevenção de eventos isquêmicos. Isso fez com que a Sociedade Cardiovascular Canadense, em sua diretriz de fibrilação atrial(FA), desse preferência à dabigatrana sobre o AVK, à exceção dos pacientes com cardiopatia isquêmica. Outras duas drogas, Apixabana e Rivaroxabana, também se mostraram efetivas na prevenção de fenômenos embólicos em pacientes com FA. No último congresso da Sociedade Europeia de Arritmias (EUROPACE), os resultados do estudo ARISTOTLE foram apresentados, mostrando a não inferioridade dessa droga em relação à warfarina[11]. O estudo ROCKET-AF(1) com Rivaroxabana também demonstrou resultados promissores.

Esses novos dados implicam o FIM do uso dos AVK? Evidentemente, a resposta dessa questão ainda está por vir. Não se sabe

se essas novas drogas são eficientes em pacientes com outras indicações de profilaxia de eventos embólicos, como trombo no ventrículo esquerdo, em portadores de válvulas cardíacas artificiais, pacientes que fizeram evento isquêmico na vigência de novos anticoagulantes, pacientes com necessidade de uso prolongado de clopidogrel. Enquanto essas questões não forem encontradas, ainda haverá, com frequência, pacientes utilizando AVK em nosso cotidiano como clínicos.

Referências

1. Schofield FW. Damaged sweet clover: the cause of a new disease in cattle simulating hemorrhagic septicemia and blackleg. ***Jam Vet Med Assoc***, 1924; 64:553-572.
2. Mueller RL, Scheidt S. History of drugs for thrombotic disease. Discovery, development, and directions for the future. ***Circulation***, 1994; 89(1):432-49
3. Higashi M, Veenstra DL, Wittkowsky AK, et al. Influence of CYP2C9 genetic variants on the risk of overanticoagulation and of bleeding events during warfarin therapy. ***JAMA***, 2002; 287:1690–1698
4. Leiria, T.L., et al., [Warfarin and phenprocoumon: experience of an outpatient anticoagulation clinic]. ***Arq Bras Cardiol***, 94(1):41-5.
5. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, Andersen ED, Andersen B. Placebo-controlled, randomised trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. The Copenhagen AFASAK study. ***Lancet***, 1989 jan 28; 1(8631):175-9.
6. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results. ***Circulation***, 1991 aug; 84(2):527-39.
7. The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. The Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Investigators. ***N Engl J Med***, 1990 nov 29; 323(22):1505-11.
8. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, Roberts RS, Cairns JA, Joyner C. Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) Study. ***J Am Coll Cardiol***, 1991 aug; 18(2):349-55.
9. Olsson SB. Stroke prevention with the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation (SPORTIF III): randomised controlled trial. ***Lancet***, 2003 nov 22; 362(9397):1691-8.
10. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. ***N Engl J Med***, 2009 sep 17; 361(12):1139-51.
11. Bristol-Myers Squibb. Eliquis (apixaban) meets primary and key secondary endpoints in phase 3 ARISTOTLE study [press release]. june 22, 2011.
12. Rivaroxaban-once daily, oral, direct factor Xa inhibition compared with vitamin K antagonism for prevention of stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation: rationale and design of the ROCKET AF study. ***Am Heart J***, 2010 mar; 159(3):340-7 e1.

Devem ser Suspensos os Agentes Antiagregantes Plaquetários para Procedimentos de Dispositivos Cardíacos Implantáveis?

Iara Atié, Jacob Atié

RELATO DE CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, de 61 anos, portador de cardiopatia isquêmica com dois ***stents*** farmacológicos coronarianos, colocados três anos antes, e desfibrilador cardíaco implantável por profilaxia primária há cinco anos. Estava com indicação de troca da unidade geradora do desfibrilador, devido a desgaste de bateria. O paciente nunca tinha apresentado terapias do desfibrilador. Foram suspensos o AAS e o Plavix, sete dias antes da data da troca. No sexto dia após a suspensão dos antiagregantes plaquetários, apresentou dor precordial típica e recebeu dois choques.

Foi avaliado o cardiodesfibrilador implantável e constatado que os choques foram decorrentes da fibrilação ventricular. O primeiro choque, de 8J, não teve sucesso na reversão, e um segundo choque, 20J, foi efetivo na reversão da arritmia. A bateria estava em ERI, o que indicava troca da unidade geradora.

O paciente foi submetido à cineangiocoronariografia, que evidenciou trombose intra-***stent*** na coronária direita, e foi realizada angioplastia com ***stent*** convencional, sem intercorrências.

Teve evolução estável hemodinamicamente, com aumento das enzimas cardíacas e ecocardiograma, mantendo as mesmas alterações segmentares prévias, com disfunção sistólica de moderada a grave.

Após a fase aguda do infarto e da angioplastia, com enzimas cardíacas em queda, foi programada a troca do gerador do desfibrilador, com a manutenção do AAS e do Plavix. A troca da unidade geradora foi sem sangramento importante no ato cirúrgico, e o paciente evoluiu sem hematoma local.

DISCUSSÃO

Nesse relato, descreve-se um paciente portador de ***stent*** farmacológico coronariano, implantado três anos antes, que, após a suspensão dos antiagregantes plaquetários, apresentou trombose intra-***stent***, levando à fibrilação ventricular e a choques apropriados, com reversão da arritmia. Tal fato levou à reflexão e à mudança de conduta frente a esse grupo de pacientes.

A dupla inibição plaquetária com AAS e Clopidogrel é considerada a terapia padrão para evitar trombose intra-***stent***, embora o tempo de manutenção dessas drogas seja ainda controverso. As orientações variam desde um, nove ou doze meses, até um período maior. As recomendações brasileiras de 2009 sugerem a dupla antiagregação por um período de um ano, para ***stents*** farmacológicos[1].

Atualmente, existem poucas evidências oriundas de estudos controlados randomizados para orientar o manejo de pacientes portadores de ***stents*** em uso de antiagregantes plaquetários, os quais são candidatos a cirurgias não-cardíacas[2,3,4].

Entretanto, um número grande de pacientes é submetido a implantes de ***stents*** farmacológicos, necessitando de terapia dupla de antiagregação plaquetária por longo prazo, e a questão de como manusear esses pacientes torna-se discussão iminente[5,6]. A maioria das publicações a esse respeito é proveniente de opiniões de especialistas[7,8].

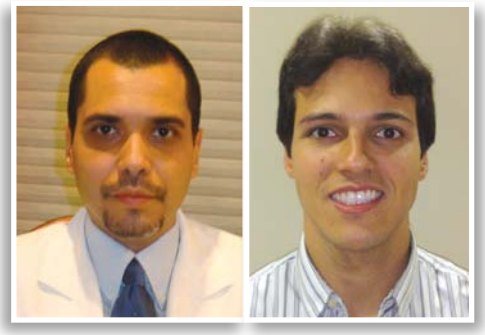
Quando se está diante de um paciente que precisa de uma cirurgia não-cardíaca e é portador de ***stent*** coronariano, o risco de uma trombose do ***stent*** deve ser considerado e balanceado com o de uma hemorragia, e também com possíveis consequências adversas de um sangramento para essa população específica, que é composta de coronariopatas.

Nesse contexto, o presente relato serve como um alerta para a importância de se tomar extremo cuidado no manuseio dos antiagregantes plaquetários, em pacientes portadores de ***stents***.

Referências

1. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. ***Arq Bras Cardiol***, 2009; 93(6 supl.2):e179-e264.
2. Burger W, Chemnitius JM, Kneissl GD, Rucker G. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention – cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation – review and meta-analysis. ***J Intern Med***, 2005; 257:399-414.
3. Korte W, Cattaneo M, Chassot PG, Eichinger S, von Heymann C, Hofmann N et al. Peri-operative management of antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease: joint position paper by members of the working group on Perioperative Haemostasis of the Society on Thrombosis and Haemostasis Research (GTH), the working group on Perioperative Coagulation of the Austrian Society for Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care (ÖGARI) and the Working Group Thrombosis of the European Society for Cardiology (ESC). ***Thromb Haemost***, 2011 may; 105(5):743-9. Epub 2011 mar 24.
4. Howard-Alpe GM, de Bono J, Hudsmith L, Orr WP, Foex P, Sear JW. Coronary artery stents and non-cardiac surgery. ***Br J Anaesth***, 2007 may; 98(5):560-74
5. Spahn DR, Howell SJ, Delabays A, Chassot PG. Coronary stents and perioperative anti-platelet regimen: dilemma of bleeding and stent thrombosis. ***Br J Anaesth***, 2006; 96:675-7.
6. Di Minno MN, Prisco D, Ruocco AL, Mastronardi P, Massa S, Di Minno G. Perioperative handling of patients on antiplatelet therapy with need for surgery. ***Intern Emerg Med***, 2009 aug; 4(4):279-88. Epub 2009 jun 16.
7. Samama CM, Bastien O, Forestier F, et al. Antiplatelet agents in the perioperative period: expert recommendations of the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR) 2001 – summary statement. ***Can J Anaesth***, 2002; 49:S26-35.
8. Albaladejo P, Marret E, Piriou V, Samama CM. Perioperative management of antiplatelet agents in patients with coronary stents: recommendations of a French Task Force. ***Br J Anaesth***, 2006; 97:580-1

Ablação de Fibrilação Atrial:
Pode-se Indicar como Primeira Opção de Tratamento?



Luiz Eduardo Montenegro Camanho,
Luiz Antonio Oliveira Inacio Junior

Nos últimos anos, a ablação por cateter consolidou-se como uma opção terapêutica bem estabelecida para o controle do ritmo em pacientes portadores de fibrilação atrial (FA). O acompanhamento, em longo prazo, dos pacientes submetidos à ablação, confirmou o elevado índice de sucesso da manutenção do ritmo sinusal com esse procedimento, comparativamente ao uso de drogas antiarrítmicas[1]. A maioria dos estudos, por sua vez, incluiu pacientes com FA paroxística ou persistente, sintomática e doença cardíaca estrutural mínima ou inexistente.

Desta forma, a abordagem invasiva estabeleceu-se como uma opção terapêutica segura e confiável para pacientes com FA sintomática, e resistentes a, pelo menos, uma droga antiarrítmica. A prática é apoiada pelos resultados de vários estudos randomizados e de investigações multicêntricas prospectivas, bem como meta-análises, os quais demonstraram a superioridade da ablação por cateter, comparada ao tratamento antiarrítmico no que diz respeito ao controle do ritmo[2,3,4,5,6,7]. Entre eles, pode-se citar o A4 Study[7] que demonstrou a superioridade da ablação por cateter sobre as drogas antiarrítmicas com relação à manutenção do ritmo sinusal, bem como a melhora dos sintomas, da capacidade de exercício e do escore de qualidade de vida.

As Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial[8], publicadas em 2009, incluíram a ablação de FA como opção terapêutica (Classer I - NE B) para pacientes portadores de FA paroxística sintomática, com coração estruturalmente normal, sem resposta ou com efeitos colaterais a, pelo menos, duas drogas antiarrítmicas, e para pacientes portadores de FA paroxística sintomática sem cardiopatia estrutural, com evolução há pelo menos seis meses e refratários a uma droga do grupo IC ou sotalol (Classe IIa - NE B). Ainda são escassos os estudos que comparam ablação por cateter e tratamento antiarrítmico como primeira opção em pacientes com fibrilação atrial paroxística sintomática [2,3].

Recentemente, porém, os ***guidelines*** da ***European Society of Cardiology***[9] e da ***Canadian Cardiovascular Society***[10] passaram a considerar a ablação de FA como uma terapia inicial pré-tratamento farmacológico, para um grupo selecionado de pacientes portadores dessa arritmia. Considerando a elevada taxa de sucesso da ablação por cateter em pacientes sintomáticos com FA paroxística, bem como a segurança da técnica, a ablação pode ser vista como uma opção terapêutica de primeira linha para pacientes com FA paroxística e coração estruturalmente normal ou com cardiopatia estrutural mínima (Classe IIb - NE B).

Wasni e col[11], em um estudo que comparou a ablação de FA como terapia de primeira linha com as drogas antiarrítmicas, mostrou uma taxa de recorrência de 63% com o uso de antiarrítmicos, contra apenas 13% nos pacientes submetidos à ablação. Além disto, os pacientes submetidos à terapia invasiva tiveram uma redução significativa na hospitalização e uma melhora no escore de qualidade de vida.

A ablação pode beneficiar, em particular, pacientes mais jovens com FA isolada, frequentemente sintomáticos, em que o tratamento antiarrítmico e anticoagulante, por tempo prolongado, pode comprometer, de maneira impactante, a qualidade de vida, adicionando riscos e paraefeitos medicamentosos.

Outro perfil de pacientes que se beneficiam potencialmente da terapêutica invasiva são os atletas. Estudos recentes mostraram que a prevalência da FA é maior nos indivíduos que realizam prática desportiva, relativamente à população em geral da mesma idade[12]. Os sintomas relacionados à FA prejudicam os atletas, por alterar sua capacidade competitiva, impedindo, em muitos casos, a prática desportiva. Furlanello e col[13] descreveram a eficácia da ablação por cateter em 20 atletas do sexo masculino com FA isolada. A ablação mostrou-se eficaz no grupo, pois todos os pacientes foram capazes de retomar seus programas de treinamento. E mais, 18/20 pacientes permaneceram livres de FA, e apenas dois tiveram recorrência sintomática, ressaltando-se que nenhum deles estava em uso de terapia antiarrítmica. O estudo tem importantes implicações clínicas, demonstrando o excelente sucesso da ablação por cateter da FA em uma população para quem essa arritmia é particularmente preocupante. O ***guideline*** da ***European Society of Cardiology*** [9], por sua vez, sugere que, na população de atletas, a terapia ablativa pode ser considerda como primeira opção no tratamento da FA recorrente (Classe IIa NE-C).

Na nossa prática clínica diária, são observadas as orientações da Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial, que indicam o procedimento invasivo após a falência de, pelo menos, uma droga antiarrítmica. No entanto, é tendência natural que a terapia ablativa se torne uma opção inicial ao tratamento farmacológico, uma vez que novas diretrizes de grande importância científica já apoiam essa estratégia.

Referências

1. Shah AN, Mittal S, Sichrovsky TC, Cotiga D, Arshad A, Maleki K, Pierce WJ, Steinberg JS. Long-term outcome following successful pulmonary vein isolation: pattern and prediction of very late recurrence. ***J Cardiovasc Electrophysiol***, 2008; 19:661-667.
2. Calkins H, Reynolds MR, Spector P, Sondhi M, Xu Y, Martin A, Williams CJ, Sledge I. Treatment of atrial fibrillation with antiarrhythmic drugs or radiofrequency ablation: two systematic literature reviews and meta-analyses. ***Circ Arrhythm Electrophysiol***, 2009; 2:349-361.
3. Noheria A, Kumar A, Wylie JV Jr, Josephson ME. Catheter ablation vs antiarrhythmic drug therapy for atrial fibrillation: a systematic review. Arch Intern Med 2008; 168:581-586.

4. Jais P, Cauchemez B, Macle L, Daoud E, Khairy P, Subbiah R, Hocini M, Extramiana F, Sacher F, Bordachar P, Klein G, Weerasooriya R, Clementy J, Haissaguerre M. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: the A4 study. ***Circulation***, 2008; 118:2498-2505.
5. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO, Verma A, Bhargava M, SalibaW, Bash D,Schweikert R, Brachmann J, Gunther J, Gutleben K, Pisano E, Potenza D,Fanelli R, Raviele A, Themistoclakis S, Rossillo A, Bonso A, Natale A. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial. ***JAMA***, 2005; 293:2634-2640.
6. Pappone C, Augello G, Sala S, Gugliotta F, Vicedomini G, Gulletta S, Paglino G,Mazzone P, Sora N, Greiss I, Santagostino A, LiVolsi L, Pappone N, Radinovic A, Manguso F, Santinelli V. A randomized trial of circumferential pulmonary vein ablation versus antiarrhythmic drug therapy in paroxysmal atrial fibrillation: the APAF Study. ***J Am Coll Cardiol***, 2006; 48:2340-2347
7. Jais P, Cauchemez B, Macle L, Daoud E, Khairy P, Subbiah R, Hocini M, Extramiana F, Sacher F, Bordachar P, Klein G, Weerasooriya R, Clementy J, Haissaguerre M. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs for atrial fibrillation: the A4 study. ***Circulation***, 2008; 118:2498-2505.
8. Zimerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2009; 92(6 supl.1):1-39
9. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, Van Gelder IC, Al-Attar N, Hindricks G, Prendergast B, Heidbuchel H, Alfieri O, Angelini A,Atar D, Colonna P, De Caterina R, De Sutter J, Goette A, Gorenek B, Heldal M, Hohloser SH, Kolh P, Le Heuzey JY, Ponikowski P, Rutten FH. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC).European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, ***Eur Heart J***, 2010; 31:2369-429.
10. Gillis AM, Skanes AC. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: Implementing GRADE and achieving consensus. ***Can J Cardiol***, 2011; 27:27-30.
11. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO, et al. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial. ***JAMA***, 2005; 293:2634-40.
12. Mont L, Sambola A, Brugada J, Vacca M, Marrugat J, Elosua R, Pare C, Azqueta M, Sanz G: Long-lasting sport practice and lone atrial fibrillation. ***Eur Heart J***, 2002; 23:477-482.
13. Furlanello F, Lupo P, Pittalis M, Foresti S, Vitali-Serdoz L, Francia P, DeAmbroggi G, Ferrero P, Nardi S, Inama G, DeAmbroggi L, Cappato R: Radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation in athletes referred for disabling symptoms preventing usual training schedule and sport competition. ***J Cardiovasc Electrophysiol***, 2008; 19:457-462.

Novas Indicações de Anticoagulação na Fibrilação Atrial

Luiz Leite, Benhur Henz e Gustavo Moscardi

Em relação à anticoagulação oral (ACO) como prevenção de fibrilação atrial (FA) não valvar, a década passada iniciou com a importante publicação da validação do $CHADS_2$, que incluiu fatores de risco de tromboembolismo na fibrilação atrial, criando um escore muito utilizado na prática clínica (Figura 1). Esse escore norteou os diversos ***guidelines***, em que a ACO era indicada em pacientes de alto risco ($CHADS_2 \geq 2$), enquanto para pacientes de baixo risco ($CHADS_2 = 0$) a terapia recomendada é AAS ou nenhuma terapia antitrombótica. Já para pacientes de risco intermediário ($CHADS_2 = 1$) os ***guidelines*** recomendam ou AAS ou ACO, ficando recomendada a decisão sobre uma ou outra terapia de acordo com o risco de sangramento.

Apesar de fácil aplicação e memorização, o $CHADS_2$ tem um poder estatístico de detecção de eventos (estatística C, que é o mesmo que curva ROC para prognóstico) relativamente baixo. Na realidade, dos pacientes que chegam ao pronto socorro com AVC relacionado à FA, aproximadamente 20% deles apresentam escore de $CHADS_2 = 0$ (2%) ou 1 (18%), mostrando que ainda existe distância de uma estratificação adequada, quando se usa apenas $CHADS_2$.

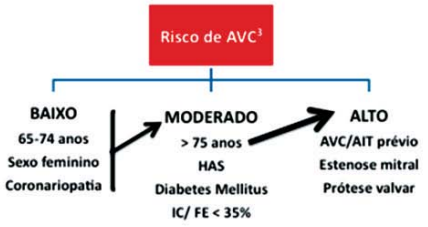
Alguns fatores de baixo risco também já eram conhecidos, como idade entre 65 e 74 anos, sexo feminino e doença arterial coronária ou doença vascular. Entretanto, as diretrizes não os utilizavam para recomendar o uso de ACO.

No final da década, um novo modelo de estratificação de risco foi proposto, conhecido pelo acrônimo de CHA_2DS_2VASC, em que a idade > 75 anos passou a ser um fator de alto risco, com dois pontos no escore, e os fatores de baixo risco passaram a ser considerados moderados, com então um ponto para cada fator, resultando em uma pontuação máxima de nove. O estudo que culminou nessa proposta foi validado a partir do registro europeu de fibrilação atrial, que incluiu pouco mais de mil pacientes[1]. Apesar de trazer novamente à tona uma discussão fundamental em relação ao $CHADS_2$, o referido estudo traz alguns pontos que merecem ser ressaltados:

- A estatística C não se mostrou superior ao escore clássico $CHADS_2$;
- Houve perda de seguimento de 30% dos pacientes do registro, o que limitou a avaliação de eventos a aproximadamente 700 pacientes;
- O escore não é linear, pois, por exemplo, enquanto a taxa de evento nos pacientes com $CHA_2DS_2VASC = 3$ foi 3,9%, naqueles com escore=4 foi 1,9%;

Escore $CHADS_2$[1]	
Fator de Risco	Pontos
AVC/AIT	2
Idade > 75 anos	1
Diabetes mellitus	1
HAS	1
Insuficiência cardíaca	1

Escore CHA_2DS_2VASc[2]	
Fator de Risco	Pontos
Insuficiência cardíaca	1
HAS	1
Idade > 75 anos	2
Diabetes Mellitus	1
AVC/AIT	2
Doença Vascular	1
Idade 65-74 anos	1
Sexo feminino	1



CHA_2DS_2VASC incluiu os critérios de baixo risco, transformando-os em moderados (escore=1 para cada item) e classificou a idade>75 anos, que era considerado moderado, em alto risco (escore=2).

[1]Gage BF et al. JAMA. 2001;285:2864–2870
[2]Lip G et al. CHEST, 2010;137(2):263-272
[3]Fuster et al. Circulation, 2006;114:e257-354

Figura 1 - Critérios de estratificação de risco de AVC em pacientes com FA: 1 - Escore $CHADS_2$, 2 - classificação de risco em baixo, moderado e alto (guidelines AHA, ACC, HRS e ESC 2006 e SOBRAC), 3 - Escore CHA_2DS_2VASC

Categoria de risco	Escore CHA_2DS_2VASc	Terapia recomendada
Sem fatores de risco	**0**	**Aspirina, 81-325mg/dia OU sem antitrombótico.** ***Preferência: sem antitrombótico***
1 fator de risco relevante menor	**1**	**Aspirina, 81-325mg/dia OU anticoagulante.** ***Preferência: anticoagulante***
1 fator de risco maior ou 2 ou mais fatores de risco relevantes menores	**2 ou mais**	**Anticoagulante**

Figura 2 - Indicação de terapia antitrombótica. ESC guidelines, 2010

- O intervalo de confiança foi bastante amplo, com alguns escores com amplitude acima de 45;
- O CHA_2DS_2VASC foi aplicado inicialmente em pacientes com fibrilação atrial e que não estavam usando ACO. Entretanto, não há dados se, durante o seguimento clínico, esses pacientes passaram a receber a anticoagulação;
- Posteriormente, o escore CHA_2DS_2VASC foi avaliado em um banco de dados de mais de 7.000 pacientes, mas que recebiam ACO.

Apesar de ter sido pouco validado e de ter várias críticas, o ***guideline*** europeu para tratamento de FA, publicado em 2010, pela primeira vez sem a participação do AHA, ACC e HRS, passou a recomendar o uso de ACO, com CHA_2DS_2VASC (Figura 2). A recomendação dessa diretriz é que pacientes com FA e escore $CHA_2DS_2VASC=2$ devem receber ACO e que, quando o escore for um, pode-se escolher entre antiagregante ou ACO, preferencialmente o segundo. O ***guideline*** também enfatiza que pacientes com FA paroxística têm o mesmo risco de AVC e devem receber terapia anticoagulante da mesma forma que aqueles com FA persistente ou permanente. Por exemplo, uma mulher de 65 anos, independente do tipo de FA, sem outras comorbidades é classificada com escore de $CHADS_2=0$ e pelo $CHA_2DS_2VASC=2$. Por outro lado, uma mulher de 30 anos com FA paroxística (sexo feminino: fator um de risco moderado) recebe escore $CHA_2DS_2VASC=1$ e, segundo o ***guideline*** europeu, "preferencialmente" deveria receber ACO[2].

A taxa de eventos tromboembólicos, no primeiro estudo, para pacientes com escore $CHA_2DS_2VASC=1$, foi de 0,6%, enquanto, no estudo de validação, foi 1,3%[1,3]. Recentemente, um estudo multicêntrico em pacientes com $CHADS_2=0$ ou 1 demonstrou que a taxa de eventos tromboembólicos em pacientes que receberam terapia anticoagulante foi aproximadamente 1%. A taxa de sangramento com risco de morte está em 1,2% e 1,9%[4,5].

Portanto, apesar da grande importância do CHA_2DS_2VASC, existe ainda a necessidade de um aprimoramento da estratificação de risco de AVC em pacientes com fibrilação atrial.

No protocolo de ACO do "ambulatório de FA do Hospital de Base do Distrito Federal", que iniciou suas atividades em 2008, foi estabelecida a rotina de indicar ACO nos pacientes com $CHADS_2=1$, se preenchido, pelo menos, um dos critérios abaixo:

- idade entre 65 e 74 anos;
- associação de dois fatores: sexo feminino, doença vascular/doença arterial coronária, hipertireoidismo e cardiomiopatia hipertrófica.

Entretanto, o ACO não é indicado nos pacientes com escore $CHADS_2=0$.

Referências

1. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. ***Chest***, 2010; 137:263-272.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH e cols. Guidelines for the management of atrial fibrillation The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). ***European Heart Journal***, 2010; 31:2369-2429.
3. Lip GY, Frison L, Halperin J, Lane D. Identifying patients at risk of stroke despite anticoagulation. ***Stroke***, 2010; in press.
4. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation (RE-LY). ***N Engl J Med***, 2009; 361:1139-51.
5. Diener HC, Connolly SJ, Ezekowitz MD e cols. Dabigatran compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous transient ischaemic attack or stroke: a subgroup analysis of the RE-LY trial. ***The Lancet Neurology***, 2010 dec, 9(12): 1157-1163.

Síndrome da Morte Súbita do Lactente:
Um Sono Sem Despertar

Cristina Guerra, José Sobral, Henrique Maia, Tamer Seixas e Ayrton Peres

"..E de noite morreu o filho desta mulher, porquanto se deitara sobre ele. Levantou-se à meia-noite, e, enquanto dormia a tua serva, tirou-me a meu filho do meu lado, e o deitou nos seus braços; e a seu filho morto deitou-o nos meus" (1 Reis 3:19,22).

O primeiro relato de morte no berço encontra-se nessa citação bíblica, em que o rei Salomão julga a causa de duas mulheres. Até a década de 50, a morte súbita do lactente (SMSL) era considerada um acidente, quando a criança era sufocada pelos lençóis ou pelo corpo do adulto.

Isso começou a mudar quando pais americanos, inconsolados pela perda de seus bebês e insatisfeitos com a falta de respostas, criaram, nos Estados Unidos, a Fundação Nacional de SMSL, que reivindicou estudos epidemiológicos da comunidade científica, discutidos em duas conferências (1963 e 1969). Os estudos mostraram que as características encontradas eram idênticas nos países participantes (EUA, Canadá, Reino Unido, Austrália e Tchecoslováquia).

Atualmente a síndrome é assim definida[1]: morte súbita e inesperada de uma criança menor de um ano, previamente saudável, com início do episódio fatal aparentemente durante o sono, a qual se mantém inexplicada após exaustiva investigação, incluindo realização de autopsia completa, revisão das circunstâncias da morte e da história clínica. Pode ser subdividida em categorias[1]: IA, IB, II e morte súbita da infância não classificada.

Os fatores de risco relacionados são os seguintes[2]: sono, cabeça coberta na hora do sono, baixo peso ao nascer, prematuridade, mãe adolescente, gestações múltiplas, raça negra, hipo ou hipertermia, fumo na gravidez[3], nível socioeconômico menos favorecido e dormir compartilhado. Acomete crianças de até um ano de idade com pico de incidência de dois a quatro meses de vida, tem predominância no sexo masculino (60%), e é mais frequente nos meses frios e nas madrugadas.

Várias hipóteses tentaram explicar a etiologia da SMSL, desde infecções até causas genéticas, como a síndrome do QT Longo[4]. Atualmente, acredita-se em falha no sistema de despertar, podendo ser entendida como disfunção do sistema nervoso autônomo.

Os estudos da cena do óbito mostraram que a maioria das crianças estava em posição prona (decúbito ventral) no momento do óbito[5,6]. Foram realizadas campanhas de orientação para colocar a criança, ao dormir, em posição supina (decúbito dorsal). Nos Estados Unidos, até a década de 80, a SMSL era a principal causa de óbito até um ano de idade. Essa simples recomendação levou, no prazo aproximado de dez anos, à redução na incidência[6] de 1,4/1.000 para 0,7/1.000 nos EUA, de 3,5/1.000 a 0,3/1000 na Noruega e de 0.8/1000 a 0,3/1000 no Canadá.

Em 1992, a Academia de Pediatria Americana realizou campanhas com medidas preventivas, que, em 2005, foram revisadas e revalidadas. Os três fatores preventivos de maior relevância foram: dormir em posição supina, pelo menos até os seis meses de vida; evitar fumo na gravidez e contato com fumantes (redução de risco de 2 a 4 vezes) e evitar cobrir a cabeça na hora do sono (redução de mortes de 16 a 22%). Outras medidas seriam: evitar sono compartilhado; não usar colchões moles, de água, ou sofás; considerar o uso de chupetas para dormir, começando um mês após início da amamentação[7].

Como proceder quando se suspeita de morte por SMSL? Deve-se seguir protocolo de investigação e notificar a suspeita clínica no atestado de óbito.

Como se pode prevenir essa síndrome? Evitando os fatores de risco mencionados e acompanhando crianças com história de bradicardia, apneias, cianose, recuperados de SMSL, ou grupos de risco, como os prematuros.

No Brasil, existem poucos estudos que avaliam a incidência de SMSL na população, como, por exemplo, os realizados em Passo Fundo (1,75/1000)[8], Porto Alegre[8] (0,4/1000) e Brasília[9] (0,044/1000).

É conhecida a real incidência de SMSL no nosso meio? Apesar de estudos em algumas regiões[8,10] mostrarem semelhanças epidemiológicas com países desenvolvidos, não se pode generalizar, afirmando que essa incidência reflete a realidade. A taxa de mortalidade infantil no país é muito superior à desses países e, seguramente, nessas taxas, estão englobadas as mortes por SMSL: há subnotificação em nossos atestados de óbito, não

realização de necropsia padronizada e ausência de campanhas massivas de prevenção.

Como se pode ter similar incidência em relação a países que, por longa data, estão investindo em estudos e prevenção? Não seria mais provável pensar que os diagnósticos estão deixando de ser feitos? Para responder essas perguntas seria necessária uma política pública voltada para divulgação, prevenção e realização de estudos epidemiológicos seriados, com intenção de prestar esclarecimentos sobre essas questões, com índices que reflitam realmente a nossa realidade.

Referências

1. Krous, FH et al. Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A definitional and Diagnostic Approach. ***Pediatrics***, 2004; 114(1):234-238.
2. Taylor JA, Sanderson M. A reexamination of the risk factors for sudden infant death syndrome. ***J Pediatric***, 1995; 126:887-91.
3. Wisborg K, Kesmodel, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. A prospective study of smoking during pregnacy and SIDS. ***Arch Dis Child***, 2000; 83:203-6.
4. Arnestad, M. et al. Prevalence of Long-QT Syndrome Gene Variants in Sudden Infant Death Syndrome. ***Circulation***, 2007; 115:361-367.
5. Gutheroth WG, Spiers PS. Sleeping prone and risk of sudden infant death syndrome. ***JAMA***, 1992; 2359-62.
6. Willnger, K et al. Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position 1994-1998: the National Infant Sleep Position Study. ***JAMA***, 2000; 283:2135-2142.
7. Shahrzad Saririan, M.D., Editorials New Recommendations to Reduce the Risk of SIDS: What Should We Advise Parents? ***Am Fam Physician***, 2006 dec 1; 74(11):1839-1840.
8. Lorena T. C. Geib; Magda L. Nunes. Incidência da síndrome da morte súbita em coorte de lactentes. ***J. Pediatr***, (Rio J.) vol.82 no.1 Porto Alegre, jan./feb. 2006.
9. Akalenni, Q. B. ***Existe síndrome da morte súbita do lactente no Distrito Federal?*** Monografia. Brasília, DF, 2007.
10. Pino AP, Nunes ML. Perfil epidemiológico e estratégia para o diagnóstico de SMSL em um país em desenvolvimento. ***J Pediatria***, 2011; 87:115-122.

Campanha da SOBRAC

sobre Fibrilação Atrial teve Apoio da Imprensa e contou com mais de 300 pessoas, em São Paulo

No início do mês de agosto, a SOBRAC realizou uma campanha em parceria com a Biosense Webster, com o objetivo de orientar a população a respeito da *Fibrilação atrial* (FA), suas causas, consequências e possíveis tratamentos. Chamada de ***PulsAção: sentindo o ritmo do seu coração***, teve ampla divulgação e cobertura em nível nacional por parte da imprensa, ajudando a fomentar ainda mais as propostas da nossa Sociedade.

Em São Paulo, a campanha desenvolveu uma ação presencial em um dos principais cartões postais da cidade, o vão livre do MASP, com um minicircuito de atividades educativas e lúdicas.

No local, a população teve acesso a vídeos, minipalestras, aprendeu a conferir o pulso e ainda pode ver a demonstração de um percussionista, que simulava as batidas do coração (em ritmo normal e descompassado). Ao final, foram distribuídos folder e brinde educativo.

Além das 300 pessoas que participaram da ação em São Paulo, a imprensa também colaborou na divulgação da nossa mensagem, por meio de matérias veiculadas no meio impresso e eletrônico, além de rádio, televisão e internet.

No hotsite www.ritmodocoracao.com.br, é possível obter informações sobre a campanha - que deve ampliar suas atividades para outras regiões do país em 2012 -, assim como tudo que permeia o assunto da fibrilação atrial apresentado à população e à mídia.

O evento foi preliminar à nossa regular campanha ***Coração na batida certa***, que acontece no próximo dia *12 de novembro*. O interesse da população pelo tema - *Fibrilação atrial e arritmias cardíacas* -, bem como a boa cobertura de imprensa traz ânimo ainda maior às ações e objetivos da SOBRAC: colocar em pauta e em discussão as arritmias cardíacas, buscando conscientizar a população sobre prevenção, diagnóstico, tratamentos e profissionais médicos mais indicados para a cura, e sobre procedimentos da doença.

Gostaria, por fim, de agradecer aos enfermeiros e residentes, que doaram o seu tempo e *expertise* na ação de São Paulo, sem os quais não seria possível alcançar o sucesso que tivemos.

Segue, abaixo, a relação de residentes, enfermeiros e instituições que participaram da Campanha PulsAção.

Estamos à disposição para colaborações.

Abraços,

Guilherme Fenelon
Presidente da **SOBRAC**

Agenda
Eventos 2011

PrECon Programa de Educação Continuada SOBRAC

PreCon 2011

Local	Data

XXVIII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas

30/11 a 03/12/2011 - Brasília | DF |

SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE ARRITMIAS CARDÍACAS

SOBRAC Apóia Movimento

A diretoria da SOBRAC confirmou por unanimidade, apoio institucional ao movimento iniciado no estado do Espírito Santo que reivindica o aumento dos Honorários Médicos para os procedimentos em Eletrofisiologia.

do Espírito Santo que Reivindica Aumento dos

Honorários Médicos na Eletrofisiologia

O apoio foi confirmado na reunião de diretoria da SOBRAC, realizada no dia 17 de setembro, durante o 66° Congresso Brasileiro de Cardiologia em Porto Alegre. Na ocasião, uma comitiva composta por 5 médicos capixabas sócios da SOBRAC, juntamente com seu assessor jurídico, apresentou a estratégia adotada e solicitou o apoio institucional.

Na oportunidade, pode-se conhecer um pouco mais do movimento iniciado em dezembro de 2010, fomentado pelo II Forum de Defesa Profissional da Sobrac durante o XXVII Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas realizado em Vitória-ES.

Após os esclarecimentos realizados principalmente pelo Dr. Paulo Henrique Cunha, advogado e assessor jurídico do movimento, o Dr. Guilherme Fenelon afirmou que este era um movimento há muito esperado por todos da especialidade e confirmou o seu apoio que foi seguido por todos os demais membros da diretoria.

Foto durante o encontro da Diretoria da Sobrac com a comitiva capixaba. A partir da esquerda:

Jorge Elias Neto, Enrique Pachón Mateo, Ricardo Kuniyoshi, Guilherme Fenelon, Marcio Figueiredo, Thiago Rodrigues, Eduardo Sternick, Hermes Carloni, Eduardo Serpa, Luiz Roberto Leite da Silva, Adalberto Lorga Filho, Eduardo Saad, Aloyr Simões, Luiz Magalhães e Paulo Henrique Cunha.

SOBRAC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Monitoramento Contínuo e de Alta Fidelidade do Segmento ST

AnalyST Accel™ Vide anúncio neste jornal para foto do produto

O CDI AnalyST Accel da St. Jude Medical oferece ao médico o monitoramento contínuo e de alta fidelidade do segmento ST, facilitando a associação dos episódios de taquicardia ventricular e outros eventos clínicos às alterações do segmento ST. Essa associação aprimora o diagnóstico e facilita as decisões dos médicos na hora de optar por um tratamento. O AnalyST Accel dispõe de confirmação total de captura, programação VIP™ estendida e alertas TA/FA, que proporcionam a confecção de uma, terapia adequada para cada paciente, mesmo que aconteçam mudanças nas suas necessidades. Estas características garantem a aplicação da melhor terapia no momento certo e proporcionam acompanhamento oportuno a longa distância para um tratamento mais seguro e eficiente.

Monitoramento do Segmento ST

O AnalyST Accel™ foi projetado para medir e detectar alterações progressivas de forma intracardíaca. Comprovado com mais de 100.000 eletrogramas resgatados[1], o dispositivo proporciona uma visão sem precedentes dos eventos clínicos com tendência de desvios do segmento ST, histogramas e relatórios de episódios de taquicardia ventricular para potencialmente vinculá-los às alterações do segmento.

ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

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 16.000 pessoas mundialmente. Para mais informações, por favor, visite br.sjm.com.

1. Algoritmo do CDI AnalyST comprovado em testes da Angel Medical Systems; dados em arquivo.

BIOTRONIK
excellence for life

Ressonância Magnética em Portadores de Marcapasso - BIOTRONIK ProMRI®

O dilema

A realização de exames de imagens por ressonância magnética (RM) é uma contraindicação absoluta para pacientes portadores de marcapassos. Embora a RM esteja se tornando a ferramenta diagnóstica de escolha para muitos casos, um número crescente de pacientes com marcapassos não tem acesso a ela.

De 50 a 75% dos pacientes com marcapassos cardíacos vão receber uma indicação para um exame de Ressonância Magnética no decorrer da vida útil de seus dispositivos e 17 % dos pacientes portadores de marcapassos precisam de uma RM dentro de 12 meses após o implante.

Os riscos

Os potentes campos magnéticos utilizados durante um exame de RM estão associados a diversos riscos para pacientes com um sistema de estimulação implantado:

- Forças mecânicas de **vibração e torque**
- **Aquecimento** da ponta do eletrodo
- Comportamento pro-arrítmico devido a ***oversensing*** e ***undersensing***
- **Reset eletrônico** do implante

A solução

Desde 2004, a BIOTRONIK vem trabalhando na tecnologia ProMRI® e os pacientes agora tem acesso seguro a procedimentos de RM sob condições específicas. A família de marcapassos **Evia ProMRI®** e os eletrodos **Safio S** foram testados e aprovados como **condicionais para RM.**

Adicionalmente os marcapassos Evia ProMRI® apresentam funções avançadas para cada etapa do gerenciamento dos pacientes, como: terapia fisiológica única através do Closed Loop Stimulation (CLS); Controle de Captura Atrial e Ventricular; AutoSensing®; ProgramConsult®; Vp Suppression® e BIOTRONIK Home Monitoring®, para acompanhamento a distância do paciente após a realização do exame de RM.

OS PRIMEIROS
E ÚNICOS

COMPLETAMENTE AUTOMÁTICOS™ QUE COMBINAM ESTIMULAÇÃO E TERAPIAS EXCLUSIVAS.

SOLUÇÕES COMPROVADAS.

- MVP® - reduz estimulação de VD desnecessária em 99%.[1]
- *Wireless* - vantagens em segurança e eficiência com a telemetria Conexus® Wireless.
- OptiVol® - monitor de *status* do fluido em pacientes com insuficiência cardíaca permite intervenção clínica a tempo.
- Soluções Medtronic Pain Free®.
- Gerenciamento de captura completa.

Consulta™ CRT-D	
Tamanho	38 cc
Peso	68 g
Longevidade	6,0 anos[2]

Reg. ANVISA 10339190331

Secura™ DR	
Tamanho	37 cc
Peso	68 g
Longevidade	7,6 anos[3]

Reg. ANVISA 10339190334

Secura™ VR	
Tamanho	37 cc
Peso	68 g
Longevidade	8,8 anos[4]

Reg. ANVISA 10339190334

Referências

1. Gillis AM, Pürerfellner H, Israel CW, et al. Reduction of unnecessary ventricular pacing due to the Managed Ventricular Pacing (MVP) mode in pacemaker patients: Benefit for both sinus node disease (SND) and AV block (AVB) indications. *Heart Rhythm.* 2005; Abstract AB21-1. **2.** DDD, 15% atrial pacing at 60 min-1 average rate, the remaining percentage atrial tracking at 70 min-1 average rate, 100% biventricular pacing, 2.5 V/0.4 (A and RV), 3 V/0.4 (LV), 600 ohms equivalent pacing loads, pre-arrhythmia EGM storage off; 2 full energy charges per year. **3.** 50% atrial and 5% ventricular pacing in MVP Mode at 60 ppm, 2.5 V, 0.4 ms, 600 ohms; pre-arrhythmia EGM storage off; 2 full energy charges per year. **4.** 15% VVI at 60 ppm, 2.5 V, 0.4 ms, 600 ohms; pre-arrhythmia EGM storage off; 2 full energy charges per year.

Medtronic

Rua Joaquim Floriano, 100 - 7° 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

Julho/2010

Esperamos você em Brasília!

ebac 2011

XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE

ARRITMIAS CARDÍACAS

30 DE NOVEMBRO A 3 DE DEZEMBRO DE 2011

Os melhores preços e as
melhores condições, você só encontra aqui.

Garanta já a sua reserva!

Naoum Plaza	Kubitschek Plaza Hotel	Comfort Suites	St. Peter	Mercure Eixo Monumental
A partir de 2x de R$ 149,00	A partir de 2x de R$ 113,00	A partir de 2x de R$ 87,00	A partir de 2x de R$ 85,00	A partir de 2x de R$ 83,00

Observação:
Valores por pessoa em apartamento duplo.

Passeios (Valores por pessoa)	
City Tour Brasília	R$ 73,00
Tour Cultural	R$ 128,00
Brasília by Night	R$ 181,00

Reservas | Fone: (51) 3216 6300 · e-mail: eventos@felliniturismo.com.br
twitter: twitter.com/felliniturismo · skype: eventos.felliniturismo

Felliniturismo
20 anos de profissionalismo por você

20 ANOS