



Jornal da SOBRAC

SOBRAC2020

XXXVII Congresso Brasileiro de
Arritmias Cardíacas

5 A 7 DE NOVEMBRO DE 2020
QUINTA-FEIRA A SÁBADO

Hotel Sheraton Santos . SP

Vem aí!



INFORMATIVO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS

nº 47 | dezembro de 2019 | www.sobrac.org

EXPEDIENTE



SOBRAC
Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas

DIRETORIA

Presidente	José Carlos Moura Jorge
Vice-Presidente	Dario Celestino Sobral Filho
Diretor Financeiro	Fatima Dumas Cintra
Diretor Científico	Andre Luiz Buchele D Avila
Diretor Administrativo	Henrique Cesar de Almeida Maia

COORDENADORES

Eletrofisiologia Clínica	Marcio Jansen de Oliveira Figueiredo
Arritmia Clínica	Alexsandro Alves Fagundes
Métodos Não-Invasivos	Thiago da Rocha Rodrigues
Estimulação Cardíaca Artificial	Ricardo Alkmim Teixeira
Profissionais Aliados	Priscila Moreno Sperling Cannavan
Informática e Site	Cristiano Faria Pisani
Habilitação Profissional	Benhur Davi Henz
Eletrofisiologia Experimental	Thais Aguiar do Nascimento
Precon	Carlos Antonio Abunader Kalil
Defesa Profissional	Helio Lima de Brito Junior
Relações Institucionais	Eduardo Benchimol Saad
Cirurgia	Fernando Antonio Lucchese
Jornal Sobrac	Mauricio Pimentel
Campanha de Morte Súbita	Luciana Vidal Armaganijan
Arritmia Pediátrica	Sissy Lara De Melo
Departamento da Mulher	Iara Atie Malan
Registros e Diretrizes	Anis Rassi Junior

CONSELHO DELIBERATIVO

Martino Martinelli Filho
Leandro Ioschpe Zimerman
Guilherme Fenelon
Adalberto Menezes Lorga Filho
Luiz Pereira de Magalhães
Denise Tessariol Hachul
Jacob Atié
Ricardo Alkmim Teixeira
Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

CONSELHO FISCAL

José Carlos Pachón Mateos
Érika Olivier Vilela Bragança
Cristiano de Oliveira Dietrich

JORNAL SOBRAC

Editor do Jornal SOBRAC
Mauricio Pimentel

Gerente Administrativo

Tatiana Nunes de Oliveira da Silva

Redação SOBRAC

Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas.
Alameda dos Maracatins, 1435 – Conjuntos 301/306
Moema – CEP: 04089-015 – São Paulo, SP
Tels.: (11) 5543.0059/5543.1824
Site: www.sobrac.org
E-mail da secretaria: secretaria@sobrac.org

Revisão de português

Romilda Marcio
Tels.: (11) 5034-9787/9 8684-0961/2368-4004

Criação/Diagramação

Rudolf Serviços Gráficos
Tel.: (11) 4421-7490

Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas, uma publicação distribuída gratuitamente via e-mail aos sócios da SOBRAC e SBC.

“Os artigos científicos publicados pelo jornal da SOBRAC refletem a opinião pessoal de seus autores e não uma posição oficial da nossa sociedade. Estas publicações têm por objetivo estimular a discussão e a atualização de temas relevantes no campo das arritmias cardíacas e divulgá-las para os seus sócios”.

SUMÁRIO

1

Precon Chapecó encerrou nosso ciclo de eventos de 2019

3

SOBRAC 2019: mais uma edição para ficar na história

7

Arritmias na miocardite aguda

9

Fibrilação atrial pós-operatória de cirurgia não cardíaca e risco de AVC

13

Parada cardíaca com ECG normal: dados de registro multicêntrico



Precon Chapecó encerrou nosso ciclo de eventos de 2019

A edição do nosso Programa de Educação Continuada realizada no dia 07 de dezembro, em Chapecó, Santa Catarina, encerrou a nossa programação do ano.

Com a abertura do nosso coordenador científico, Doutor André D'Ávila, que ao lado do coordenador local, Doutor Claudio Ferreira, e demais palestrantes, selamos mais um ciclo com a certeza de termos ampliado a base de conhecimento para um número expressivo de profissional ao longo de toda esta gestão 2018-2019.

Desejamos sucesso e apoio à próxima gestão!



BIOMONITOR III

Monitoramento Cardíaco.
Facilitando o Diagnóstico.



*Comercialização a partir de Março/2020.



Inserção em uma única etapa.
Ideal para todos os casos.



BIOvetor
Design único.



Home Monitoring Automático.
Plug In & Go.



Sinal de Alta Qualidade.
Fácil classificação do ritmo.



Informações:
Tel.: (11) 3372-8900
E-mail: latam@biotronik.com
www.biotronik.com.br



BIOTRONIK
excellence for life

SOBRAC 2019: mais uma edição para ficar na história

Após um ano de intensa dedicação na organização do Congresso Brasileiro de Arritmias, realizado de 21 a 23 de novembro na belíssima cidade de Salvador, não poderíamos deixar de registrar um balanço deste evento que mobilizou centenas de profissionais e engrandeceu ainda mais os conhecimentos de médicos e aliados a respeito das atividades que permeiam o dia a dia de nossa Sociedade.

Integrando uma rica programação científica com diversos temas para os mais variados níveis de desen-

volvimento profissional, o **SOBRAC 2019** mais uma vez mostrou a sua relevância para elevar a prática da medicina nacional em eletrofisiologia e arritmologias clínica e cirúrgica.

Diversos conteúdos, apresentados por palestrantes nacionais e internacionais, agregaram novas experiências com ótimos embasamentos para a evolução da condução das arritmias cardíacas nos diversos perfis da doença.

A presença das principais delegações de arritmias do mundo, como no

Simpósio Luso-Brasileiro, e as entidades Hearth Rhythm Society (HRS), Latin American Hearth Rhythm Society (LAHRS) e European Hearth Rhythm Association (EHRA) balizaram a troca de experiências no mais alto nível.

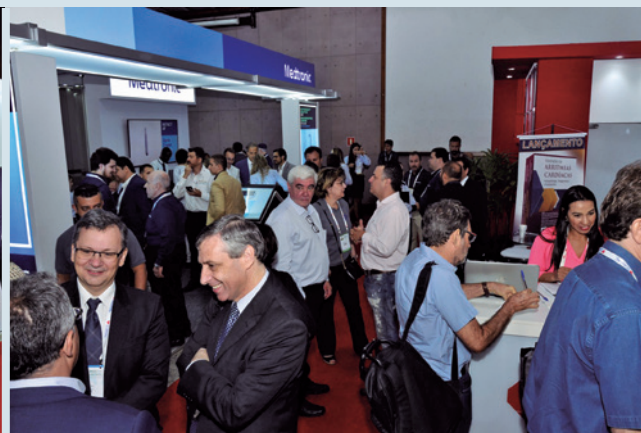
“O evento superou nossas expectativas, configurando um recorde de participação de palestrantes e congressistas, com excelentes feedbacks sobre o aproveitamento de todas as etapas da programação, tanto para clínicos e cirurgiões como para os profissionais aliados.



Área de exposição movimentou o evento

Em paralelo à programação científica do nosso **SOBRAC 2019**, tivemos uma área de exposição com a apresentação de produtos e serviços que permeiam as atividades profissionais em torno das arritmias.

Foi uma oportunidade para atualizar nossos congressistas sobre lançamentos, estreitar relacionamentos e, ainda, gerar oportunidades para todos.



Lançamento do Tratado de Arritmias

O Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas também foi palco do lançamento do **Tratado de Arritmias Cardíacas** da SOBRAC. Com edição da Dra. Denise Tessariol Hachul, Dr. Ricardo Ryoshim Kuniyoshi e Dr. Francisco Carlos da Costa Darrieux, mais os editores associados, Dr. Hélio Lima de Brito Junior, Dr. Jose Carlos Moura Jorge e Dr. Ricardo Alkmim Teixeira, o Tratado contou com 181 colaboradores e contemplou um conteúdo de quase 1000 páginas.

Voltado para arritmologistas, cardiologistas, clínicos, intensivistas e residentes da área, o material pode ser adquirido diretamente com a editora Atheneu. O endereço é: www.atheneu.com.br



CONHEÇA OS MELHORES TEMAS LIVRES DO CONGRESSO SOBRAC 2019



SOBRAC 2019
XXXVI Congresso Brasileiro de
ARRITMIAS CARDÍACAS

Prêmio Eduardo Sosa: melhor tema livre oral

1º LUGAR

**ABLAÇÃO POR DE CATETER SEM
USO DE FLUOROSCOPIA PARA
TRATAMENTO DE FIBRILAÇÃO
ATRIAL E ARRITMIAS ATRIAIS:
EFICÁCIA E SEGURANÇA**

AUTORES

EDUARDO BENCHIMOL SAAD;
LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR;
LUCAS CARVALHO DIAS;
GUSTAVO VIGNOLI SANTOS;
LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO;
CHARLES SLATER.

HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO,
RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

2º LUGAR

**COMPARAÇÃO DA ABLAÇÃO DA
FIBRILAÇÃO ATRIAL COM
CATETER SENSOR DE CONTATO
COM "HIGH POWER SHORT
DURATION (HPSD) VERSUS
TÉCNICA CONVENCIONAL**

AUTORES

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO (1);
LUCAS LUIZ MEIGRE (1);
EDUARDO GUESTAS SERPA (1);
CHRISTIANO LEMOS CUNHA (2);
HERMES CARLONI (2);
ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR. (2);
RENATO GUESTAS SERPA (1);
DALTON HESPAHOL DO AMARAL (2);
KARLA LOUREIRO MEIRA (1);
CARLOS VOLPONI LOVATTO (2).

1) INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO
SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL;
2) HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, VITÓ-
RIA, ES, BRASIL.

MELHOR POSTER

**PROGRAMA DE EXERCÍCIO
MONITORADO E INTEGRADO:
UM NOVO PROTOCOLO NÃO
FARMACOLÓGICO PARA
TRATAMENTO DA SÍNCOPE
VASOVAGAL**

AUTORES

FÁTIMA DUMAS CINTRA (1);
RENATA LEITE PIMENTEL (1);
RICCA BUCHELER (2);
DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA (2);
ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA (1).

1) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;
2) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE
CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL;
INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO,
SP, BRASIL.

MELHOR E-POSTER

**DESLOCAMENTO DO ESÔFAGO
PARA PREVENÇÃO DE LESÃO
TÉRMICA ESOFÁGICA DURANTE
ABLAÇÃO POR CATETER DA
FIBRILAÇÃO ATRIAL - ESTUDO DE
SEGURANÇA EM SUÍNOS**

AUTORES

RENNER AUGUSTO RAPOSO PEREIRA (1);
CRISTIANO FARIA PISANI (1);
VERA DEMARCHI AIELLO (1);
HELENA OYAMA (1);
IDAGENE APARECIDA CESTARI (1);
DANIEL MOREIRA COSTA MOURA (1);
CARINA HARDY (1);
SISSY MELO (1);
MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA (1);
JORGE OTUBO (2);
OSMAR DE SOUSA SANTOS (2);

1) INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP,
SÃO PAULO, SP, BRASIL;
2) INSTITUTO TECNOLÓGICO DE AERO-
NÁUTICA, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP,
BRASIL.

Confraternizações do SOBRAC 2019

Uma noite especial coroou o jantar dos
participantes do Congresso, tendo o
Farol da Barra como vista.

Além disso, tivemos nossa tradicional
celebração de encerramento fechando o
ciclo de mais uma gestão.



MELHOR TEMA LIVRE CATEGORIA Profissionais Aliados

**ARRITMIAS CARDÍACAS E
QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE:
VALIDAÇÃO DO
ASTA-HRQOL-SCALE PARA
A CULTURA BRASILEIRA**

AUTORES

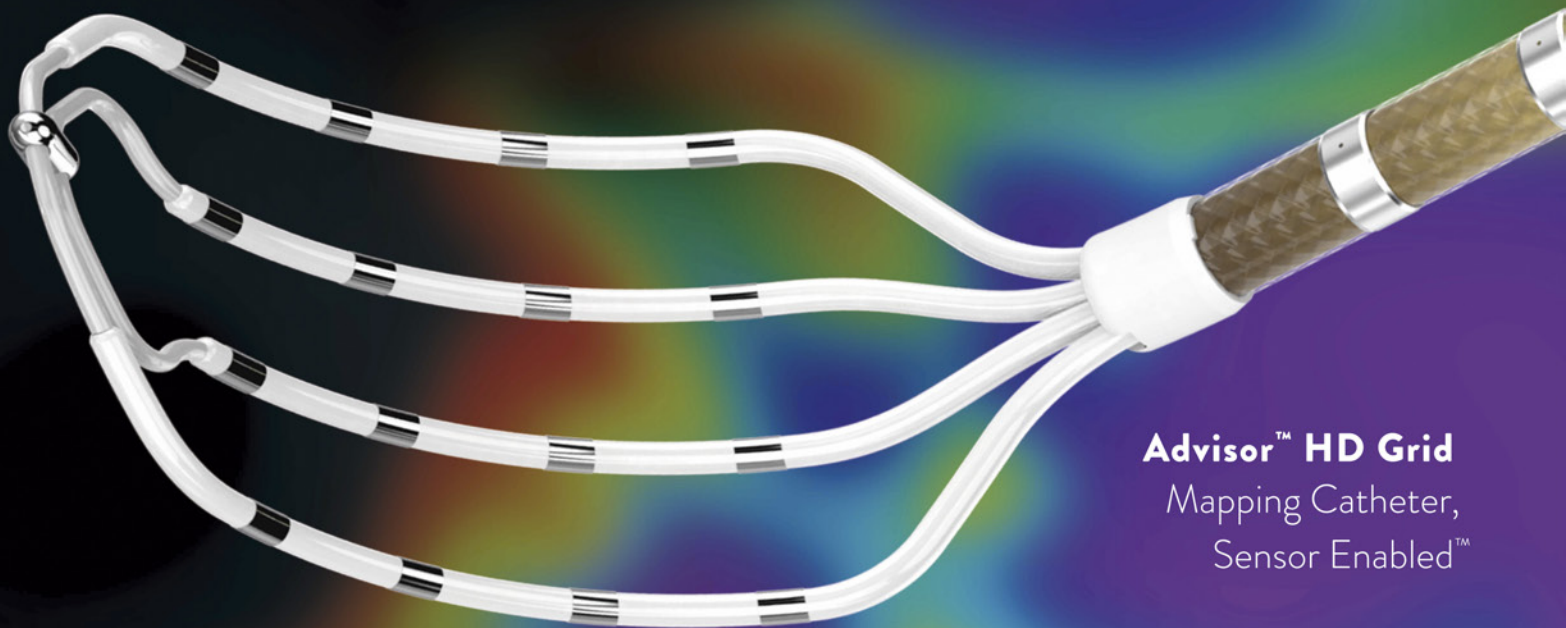
PRISCILA MORENO SPERLING CANNIVAN (1);
FERNANDO PIZA DE SOUZA CANNIVAN (1);
HENRIQUE CERETTA OLIVEIRA (1);
ULLA WALFRIDSSON (2);
MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES (1);

1) UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE
CAMPINAS-
UNICAMP,
CAMPINAS, SP,
BRASIL;
2) LINKÖPING
UNIVERSITY,
LINKÖPING, SUÉCIA.



CATETER DE MAPEAMENTO HD GRID:

VEJA AS COISAS DE UMA FORMA DIFERENTE COM O CATETER DE MAPEAMENTO ADVISOR™ HD GRID SENSOR ENABLED™



Advisor™ HD Grid
Mapping Catheter,
Sensor Enabled™

C L O S E T H E G A P

©2019 Abbott. St. Jude Medical Brasil Ltda. Todos os direitos reservados. As informações contidas neste material são para uso exclusivo no Brasil.
Cateter de Mapeamento Advisor™ HD Grid é marca do grupo de empresas Abbott.

Rua Itapeva, 538 – 5º ao 8º andares – Bela Vista – São Paulo/SP – 01332-000 – Brasil SAC: (11) 5080-5454

O produto mencionado neste material destina-se à utilização por um médico. Antes da utilização, é importante ler a bula completamente para as instruções de uso, advertências e possíveis complicações associadas ao uso deste dispositivo. A menos que especificado de outra forma, todos os produtos e nomes de serviços são marcas registradas que pertencem, ou que foram licenciadas, à Abbott, suas subsidiárias ou afiliadas.
(Cateter de Mapeamento Advisor™ HD Grid) Registro ANVISA n. 10332340435

Arritmias na miocardite aguda

Pacientes com Miocardite aguda, frequentemente, apresentam arritmias cardíacas e morte súbita (8,6% em alguns trabalhos). Na tentativa de reconhecer os preditores de risco para essas arritmias, o presente estudo construiu um modelo logístico para determinar esses preditores independentes e uma análise de propensão 1:1 para avaliar o impacto dessas arritmias. Essas informações poderiam trazer uma informação útil na decisão para intervenções precoces.

Foram selecionados 32.110 casos de Miocardite Aguda selecionados a partir de um banco de dados americano, o Health Cost and Utilization Project (HCIP) - Nationwide Inpatient Survey Dataset (NIS), entre 2007 e 2014. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos com diagnóstico de Miocardite Aguda identificado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-9) da alta hospitalar. As arritmias foram identificadas a partir desse mesmo código.

Foram comparados os desfechos entre hospitalização com e sem arritmia. O desfecho primário foi morte intra-hospitalar e o desfecho secundário foi: infarto do miocárdio, choque cardiogênico, pericardiocentese, tamponamento cardíaco, AVC isquêmico, insuficiência respiratória aguda, ablação por cateter, cardioversão, doença arterial coronariana e uso de suporte circulatório mecânico.

A severidade das comorbidades foi quantificada pelo Índice de Comorbidades Elixhauser. Os custos da hospitalização também foram analisados.

Dos 32.110 pacientes, 10.844 (33,71%) apresentaram arritmia. A arritmia mais comum foi a fibrilação atrial (26,90%) seguida pela taquicardia ventricular - TV (22,34%). Os pacientes com arritmias eram mais idosos e tinham mais comorbidades significativas. A proporção de biópsia endomiocárdica foi significativa-

mente maior nos pacientes com arritmias. Dentre os fatores independentes associados ao aumento do risco de arritmias estão: hipertireoidismo, idade avançada e elevado status socioeconômico. Em contrapartida, hispânicos e hospitais da região oeste dos EUA apresentaram menores odds de arritmias. Também houve maior mortalidade intra-hospitalar (arritmia identificada: TV em 23,74% dos casos), choque cardiogênico, uso de suporte circulatório mecânico, implante de marcapasso/CDI, ablação por cateter, cardioversão, alta hospitalar não rotineira, maior tempo de permanência hospitalar e maior custo de hospitalização na coorte de arritmia.

O possível mecanismo envolvido na patogênese da arritmia seria a morte celular resultando em fibrose, dano celular mediado por mecanismos autoimunes, efeitos pró-arrítmicos das citocinas e cardiomiopatia preexistente revelada. Nesse estudo, houve aumento em 50% no odds de mortalidade intra-hospitalar nos pacientes com arritmia (6,89% vs 4,45%, odds ratio 1,59, $p=0,0015$). Dentre as limitações do trabalho estão: uso dos dados do NIS poderiam estar sujeitos a erros de códigos. O trabalho não dispõe de dados como fração de ejeção e medicações em uso, o que impossibilita o estudo do impacto desses indicadores clínicos no desfecho das arritmias na miocardite aguda.

Concluindo, arritmia é uma entidade frequente na miocardite aguda e sua ocorrência está associada a piores desfechos. Dessa forma, torna-se importante a estratificação de risco dos pacientes para identificar aqueles que se beneficiariam de intervenção precoce.

Comentário: Apesar de se tratar de um estudo observacional, o artigo é bastante interessante, pois apresenta dados relevantes em relação à



Tiago Bartzen Pereira

CARDIOLOGISTA

HOSPITAL DA AERONÁUTICA
DE CANOAS - RS

frequência das arritmias na Miocardite Aguda. O eletrocardiograma na miocardite tem apresentação diversa, mas a informação de que quase 34% dos pacientes apresentam arritmia e de que existe um aumento de 50% no odds de mortalidade intra-hospitalar torna o cuidado e a vigilância desses pacientes maiores na nossa prática clínica (principalmente pelo fato de que quase um quarto dos casos de arritmia foram taquicardias ventriculares). Uma crítica ao trabalho é que não há menção de como foram diagnosticadas essas arritmias (registro em ECG de repouso, holter, telemetria ou monitor cardíaco contínuo), já que foram registradas a partir de códigos. Dependendo de onde e de quem diagnosticou, essa informação poderia estar sujeita a vieses.

Referências

1. Predictors, Burden, and the Impact of Arrhythmia on Patients Admitted for Acute Myocarditis.
2. Adegba O, Olagoke O, Akintoye E, Adejumo AC, Oluwole A, Jara C, Williams K, Briassoulis A, Afonso L.
3. Am J Cardiol. 2019 Jan 1;123(1):139-144. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.09.017. Epub 2018 Sep 27.

A linha mais completa e inteligente em Holter e MAPA

LANÇAMENTO



Monitor de mesa - AOP VOP
Análise da Pressão Aórtica Central e das Ondas de Pulso

ARTERIS AOP



24h
MAPA

Número ilimitado de protocolos de medições programados pelo médico, de acordo com suas necessidades.

Dyna-MAPA NG

VOP



24h
monitorização
AOP

Traz maior precisão diagnóstica e ajuda a otimizar o tratamento de seus pacientes.

Dyna-MAPA AOP



Gravador digital de Holter de 24 a 72h contínuas.



Gravador digital de Holter e Monitor Ambulatorial de MAPA

Holter MAPA Holter + MAPA

**Cardio
Mapa**



CARDIOS

Tel. Geral: 11 3883-3000
Vendas: 11 3883-3030

Save the Date

23 24 25 Abril 2020

SIMPÓSIO CARDIOS DE HOLTER E MAPA


**Instituto
Cardios**

NOVA DATA NOVO LOCAL

Saiba + www.cardios.com.br


CARDIOS

Fibrilação atrial pós-operatória de cirurgia não cardíaca e risco de AVC

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia cardíaca de importante repercussão clínica, podendo causar desde sintomas mais comuns, como palpitações ou, ainda, gerar quadros mais graves como Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico. Tanto o diagnóstico como o tratamento da FA têm sido amplamente estudados, com inúmeras pesquisas sendo constantemente publicadas sobre o tema. O uso dos anticoagulantes não antagonistas da vitamina K (NOACs) tem contribuído muito na pesquisa e nos estudos em fibrilação atrial.

Um tópico do qual ainda não se tem muitas respostas, ou respostas consistentes, é o manejo de pacientes com FA no pós-operatório de cirurgias não cardíacas. Sabemos que ocorrem no mundo, anualmente, aproximadamente 200 milhões de cirurgias não cardíacas e a FA iniciada no pós-operatório está associada a maiores complicações, altos custos hospitalares e mortalidade.

A etiologia da FA associada às cirurgias cardíacas é elucidada pela manipulação direta (hilo pulmonar, coração, veias, pulmonares). Em cirurgias não cardíacas não se sabe bem a causa, podendo inclusive ser multifatorial. Acredita-se na existência de gatilhos agudos e fatores pró-arrítmicos no pós-operatório. Também podem estar associados a fatores trombogênicos – hipertensão, diabetes melitus e idade.

Para saber sobre a relevância do tratamento e prevenção de desfechos graves, neste grupo de pacientes, é importante responder à pergunta: a fibrilação atrial após cirurgia não cardíaca aumenta o risco de AVE isquêmico do mesmo modo que a fibrilação não valvar?

Com o intuito de responder a esta pergunta é que se realizou o “Posto-

perative Atrial Fibrillation Following Noncardiac Surgery Increases Risk of Stroke”, uma meta-análise de 2019 sobre o tema em que foram selecionados 14 estudos, nos quais estão incluídos estudos com amplas coortes. Foram excluídos, também, os estudos com pacientes com história prévia de AVE ou que não sabiam precisar o início da arritmia e os estudos com cirurgias cardíacas ou cirurgia de carótidas.

O desfecho primário buscado foi associação entre FA nova em pós-operatório de cirurgia não cardíaca e AVE. Já o desfecho secundário foi: prevalência de FA baseado no tipo de cirurgia; recorrência de FA nos estudos longitudinais e a proporção dos paciente com FA tratados com terapia anticoagulante.

Houve cuidado para manter qualidade metodológica, sendo que dois pesquisadores independentes usaram escala específica para análise da qualidade dos artigos selecionados para a meta-análise. A metodologia tomou medidas para excluir estudos de pacientes com fibrilação atrial não-valvar preexistente.

No que tange as análises estatísticas, foram usados média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas. O risco relativo, com intervalo de confiança de 95% foi usado para determinar o risco agrupado de FA nova no pós-operatório e AVE.

Nos 14 estudos totalizou-se 3.536.291 pacientes. A média do follow up foi de 1,4 anos $\pm$ 1 ano. Fibrilação atrial nova ocorreu em 26.046 (0,74%) pacientes. O desfecho primário AVE ocorreu em 6478 pacientes, sendo 279 (1,5%) deles com FA pós-operatória comparado com 6199 (0,4%) que não apresentaram FA no pós-operatório. Constatou-se que a FA



**Catarine Benta
Lopes dos Santos**

MÉDICA RESIDENTE DO SERVIÇO DE
MEDICINA INTERNA DO HCPA

ALUNA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CARDIOLOGIA DA UFRGS

foi associada com um aumento significativo do risco de AVE (RR 2,51 95% IC 1,76-3,59). O risco de AVE foi maior em pacientes com FA após cirurgia não torácica e não cardíaca.

Cabe ressaltar e descrever, brevemente, três estudos, por sua relevância na composição da meta-análise, incluindo algumas das que contribuíram com maiores números de pacientes.

O estudo POISE (2017) contava com 8351 pacientes submetidos a diversas cirurgias não cardíacas. Destes, 211 apresentaram FA, dos quais 6 (2,7%) tiveram AVC. Este estudo ainda identificou que uma proporção pequena recebe alta hospitalar com uso de anticoagulantes após uma FA nova. Esta taxa foi avaliada de acordo com o CHADS2 e a taxa de alta com anticoagulação foi de 6,9%, 10,2%, 23%, 9,4% e 33,3 % naqueles com CHADS 2 de 0,1,2,3, e $\geq$ 4 respectivamente.



“
A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia cardíaca de importante repercussão clínica, podendo causar desde sintomas mais comuns, como palpitações ou, ainda, gerar quadros mais graves como Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico
”

O estudo Perioperative Atrial Fibrillation and the Long-term Risk of Ischemic Stroke, publicado no JAMA em 2014, contou com uma coorte retrospectiva de 2007 a 2011 e evidenciou risco aumentado a longo prazo de acidente vascular cerebral isquêmico, principalmente após cirurgia não cardíaca. Neste estudo, dos 1.729.360 elegíveis, 24.711 (1,43%; IC 95%, 0,79%-0,82%) apresentaram FA pós-operatória nova e 189 (1%) apresentaram AVE.

Já o Risk of Thromboembolism Associated With Atrial Fibrillation Following Noncardiac Surgery (publicado no JACC com N 1.530.109) demonstrou que anticoagulação foi associada a um risco menor de eventos tromboembólicos em pacientes com FA pós op (HR: 0,52; IC

95%: 0,40 a 0,67), bem como FA não valvar (HR: 0,56; IC 95%: 0,51 a 0,62).

Alguns pontos são de grande importância na análise crítica desta meta-análise; um deles é que há uma variação importante de FA no pós-operatório entre os estudos e não há uniformidade no relato de anticoagulação e recorrência de FA, os quais estão relatados em apenas 7 e 4 estudos respectivamente. Muitos estudos foram retrospectivos e de consulta a banco de dados, o que gera limitações de análises. Ainda não está claro se existe uma ligação entre a carga de fibrilação atrial perioperatória, os sintomas e o risco trombogênico a longo prazo e isto não está bem descrito nesta meta-análise.

Desta forma, os resultados apresentados demonstram a necessidade de estudos sistemáticos e prospectivos para a recorrência de fibrilação atrial após cirurgia não cardíaca e para avaliar se o risco a longo prazo de AVE pode ser reduzido com anticoagulação, sobretudo com os NOACs.

Referências

1. Post-operative Atrial Fibrillation following Noncardiac Surgery Increases Risk of Stroke.
2. Koshy AN, Hamilton G, Theuerle J, Teh AW, Han HC, Gow PJ, Lim HS, Thijs V, Farouque O.
3. Am J Med. 2019 Aug 29. pii: S0002-9343(19)30702-8. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.07.057. [Epub ahead of print]



SAVE THE DATE



SOBRAC2020

XXXVII Congresso Brasileiro de
Arritmias Cardíacas

5 A 7 DE NOVEMBRO DE 2020
QUINTA - FEIRA A SÁBADO

Hotel Sheraton Santos . SP

Cidade de praia, privilegiada pelo sol e pelo mar de águas calmas, mas com infraestrutura de metrópole e repleta de belezas e atrações para todas as idades, o ano todo. Assim é Santos, localizada em uma ilha, onde a cordialidade, a segurança e a diversidade de cenários se aliam a uma riqueza cultural, histórica e ecológica, transformando a cidade em um destino único, que encanta e apaixonava.

E tudo isso a apenas 70 km de São Paulo, a maior metrópole brasileira, perto dos principais aeroportos nacionais e internacionais, e com fácil acesso por modernas rodovias. Bela e esportiva, Santos é ainda uma das principais rotas de cruzeiros marítimos e se destaca no turismo de negócios, com um dos mais completos complexos de eventos do Brasil.

*Apaixone-se também!
Santos é mesmo um presente!*

AGENDE-SE E PARTICIPE.

Texto: www.turismosantos.com.br

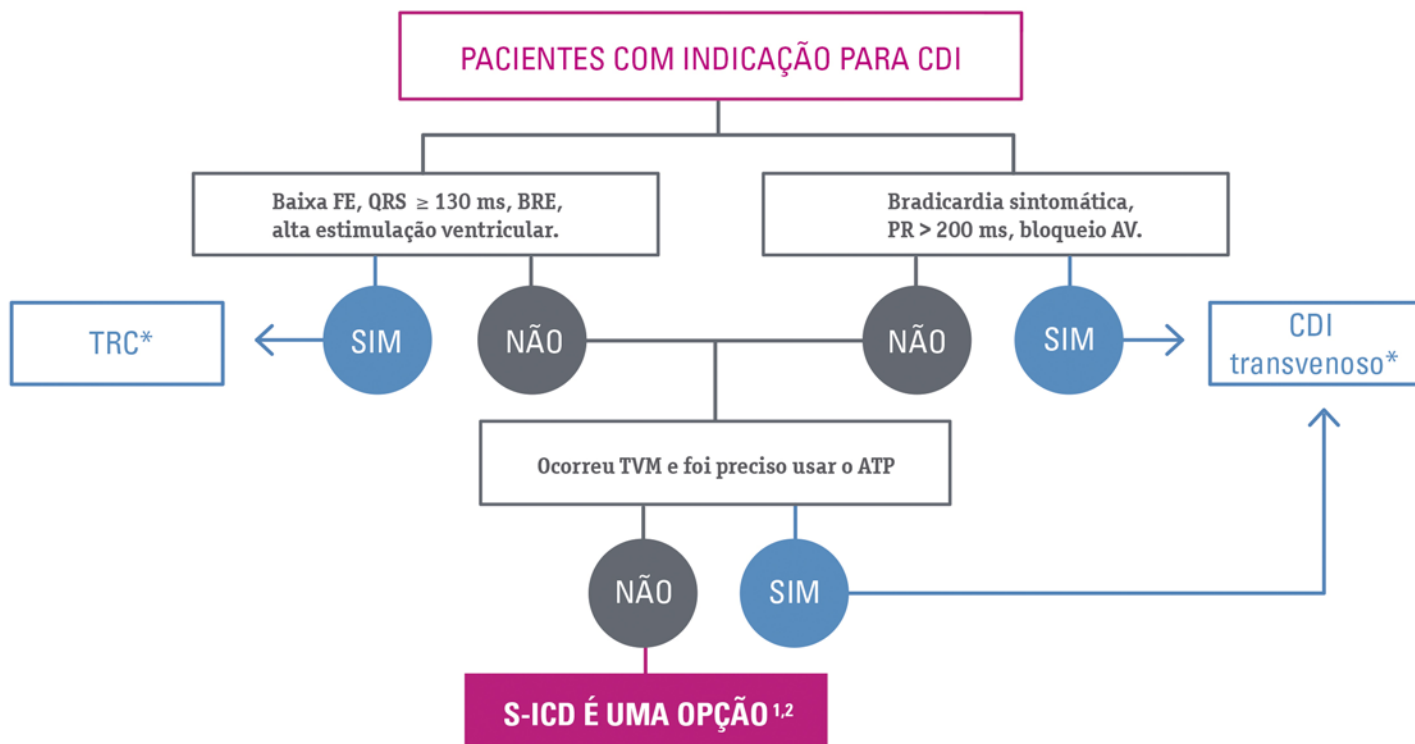


S-ICD: CDI Subcutâneo

Quando essa é a melhor escolha para seu paciente?

Proteção sem tocar o coração - UNTOUCHED

O Sistema S-ICD EMBLEM da Boston Scientific foi desenvolvido com base no excelente desempenho clínico do primeiro sistema de Cardiodesfibrilador Implantável (CDI) Subcutâneo do mundo. O Emblem deixa o coração e o sistema vascular intocados, fornecendo proteção para pacientes com risco de morte súbita cardíaca, ao mesmo tempo que evita complicações associadas aos eletrodos transvenosos (endocárdicos). Assim como os CDIs transvenosos convencionais, o S-ICD Emblem utiliza um gerador de pulsos capaz de entregar uma terapia que salva vidas mas, ao contrário deles, utiliza um eletrodo subcutâneo e analisa o ritmo cardíaco (ao invés de batimentos individuais) para efetivamente detectar, discriminar e reverter taquicardia e fibrilação ventriculares.



ALTAMENTE INDICADO PARA:³

- + Pacientes com marcadores de risco, incluindo:**
 - Infecção de DCEI prévio
 - Infecção sistêmica/febre
 - Insuficiência renal
 - Diabetes
 - Uso de anticoagulante/ antiplaquetário oral
 - Cirurgia valvar prévia
 - Imunossuprimido
- + Pacientes de prevenção primária com insuficiência cardíaca isquêmica/não isquêmica.
- + Pacientes com menos de 70 anos que podem precisar de muitas trocas de dispositivos por esgotamento da bateria.

PREFERENCIALMENTE INDICADO PARA:³

- + Pacientes sem acesso venoso (ocluído ou congênito).
- + Pacientes com canalopatias (QT Longo, Brugada, Cardiomiopatia Hipertrófica).
- + Pacientes com histórico de endocardite.
- + Pacientes que são ativos em suas vidas diárias e praticam atividades como ir à academia, cuidar do jardim, brincar com os netos ou cozinhar para a família.
- + Pacientes com crianças em casa ou que precisam ajudar outros membros da família.
- + Pacientes que estão hesitantes em receber um implante.
- + Pacientes preocupados com a estética, como mulheres e pacientes magros.

All trademarks are the property of their respective owner.

Device choice should be based on shared decision-making between HCP and patient.

SC ECG screening is mandatory to evaluate suitability of sensing vectors for the S-ICD.

* Extended Life (EL) TV-ICD models should be prioritized to minimize risk of clinical complications related to device replacement.

** VR-ICD option can be considered if the patient is NOT expected to survive his device.

1 Weiss R, et al. Safety and Efficacy of a Totally Subcutaneous Implantable Cardioverter Defibrillator. Circulation 2013;128:944-953.

2 Lambiase PD, et al. Worldwide Experience with a Totally Subcutaneous Implantable Defibrillator: Early Results from the EFFORTLESS S-ICD Registry. Eur Heart J 2014;35:1657-1665.

3 Poole J and Gold M. Who Should Receive the Subcutaneous Implanted Defibrillator? The Subcutaneous Implantable Cardioverter Defibrillator Should Be Considered in All ICD patients Who Do Not Require Pacing. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology. 2013; 6:1236-1245.

Parada cardíaca com ECG normal: dados de registro multicêntrico

O objetivo do estudo foi definir características clínicas e desfecho, a longo prazo, em uma coorte de pacientes que tiveram parada cardiorrespiratória (PCR) extra hospitalar por fibrilação ventricular (FV) idiopática e apresentavam eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações normal.

O estudo contou com a colaboração de 25 centros de 11 países, que buscaram registros de todas as PCR em ritmo de FV que haviam ocorrido de 1977 até dezembro de 2016. Foram elegíveis todos os casos com FV idiopática, com ECG basal e de seguimento normais. Foram considerados FV idiopática todos os casos não relacionados a causas tóxicas, metabólicas e, também, não relacionadas a distúrbios elétricos (QT longo ou curto, Brugada, bloqueios de ramo ou atroventriculares, Wolff-Parkinson-White, extrassístoles pareadas, repolarização precoce) ou doença cardíaca estrutural. Além disso, tinham que manter ECG e ecocardiograma normais também durante o seguimento. O seguimento foi realizado através de consultas com ECG e ecocardiograma, pelo menos anuais, e registro de todos os casos de morte, morte súbita, arritmias ventriculares sustentadas ou choques apropriados do CDI.

A análise de desfechos, composta por morte cardíaca, não cardíaca e eventos arrítmicos, foi apresentada através da incidência cumulativa pela curva de Kaplan Meier, assim como sobrevida livre de eventos arrítmicos. A análise de preditores de risco foi realizado com modelo de Cox. Foi adotado um nível de significância de 0,05.

Inicialmente, 278 pacientes foram selecionados, mas foram excluídos 33 por perda de seguimento e evidências de possível distúrbios elétri-

cos cardíacos. Participaram da análise um total de 245 pacientes, com média de idade de 38 anos, sendo 59% homens e 50% deles já havia apresentado síncope, 15% fibrilação atrial e 11% tinha história familiar de morte súbita cardíaca. A média de fração de ejeção foi de 60%. Em 114 (46%) pacientes foi realizada a avaliação considerada completa, composta de ECG, ecocardiograma, teste de esforço, ressonância magnética (RNM), cateterismo cardíaco ou angiotomografia coronariana e teste provocativo com bloqueador dos canais de sódio. Em 92% dos casos procedeu-se com implante de CDI e em 8% o tratamento foi apenas medicamentoso.

A mediana de seguimento foi de 63 meses (intervalo interquartil 25-110) e houve 5% de mortes, sendo 1,7% de origem cardíaca. Os pacientes tratados apenas com antiarrítmicos tiveram risco maior de morte cardiovascular em relação aos que receberam CDI (16% vs. 0,4%, $P=0.001$). 21% tiveram recorrência de arritmia, sendo um risco anual de 3,6%. A ocorrência de eventos arrítmicos foi maior nos primeiros 5 anos após o evento base, enquanto a de morte cardíaca ou não cardíaca, foi mais tardia. A incidência cumulativa de morte cardíaca, morte não cardíaca e eventos arrítmicos foi, respectivamente, 5,5%, 35,8% e 39,5%. Idade menor que 16 anos no primeiro evento foi o único preditor de recorrência na análise multivariada (hazard ratio (HR) 0,41, 95% intervalo de confiança (CI) 0,18-0,92; $P=0,03$).

Com este estudo foi observado que o prognóstico dos pacientes com PCR por FV idiopática em termos de sobrevida é bom, quando bem manejados. Como há um considerável risco de recorrência, é recomendado o implante de CDI. Das variáveis avaliadas através da análise



Priscila Haas

CARDIOLOGISTA

ALUNA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CARDIOLOGIA DA UFRGS

se multivariada, apenas idade menor que 16 anos se mostrou preditor de risco de recorrência. Devido a raridade da condição avaliada, o estudo foi conduzido de forma retrospectiva, o que traz limitações como a heterogeneidade das características da população estudada e, também, dos exames utilizados para investigação e exclusão de patologias e consequente definição de FV idiopática.

Embora esse tenha sido o estudo com investigação mais completa e com tempo de seguimento maior em relação a estudos anteriores, ainda é necessário considerar que alguns casos podem ter sido classificados como idiopáticos erroneamente e que alguns pacientes tiveram tempo de seguimento curto prejudicando a avaliação dos desfechos.

Algumas considerações sobre o artigo seriam que os resultados não são apresentados de forma adequada. Há dados ressaltados no resumo como, por exemplo, comparação de

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

taxa de mortalidade entre grupo com CDI e tratamento antiarrítmico que não são apresentados nos resultados, nem na descrição e nem em tabelas. Encontram-se apenas valores que podem estar relacionados com estes dados, porém, isto tem que ser inferido pelo leitor, trazendo confusão para a interpretação dos resultados. Isto poderia ser resolvido com a apresentação de uma tabela com desfechos da população estudada. Outra ressalva é que os gráficos de resultados (curvas de Kaplan Meier) não têm descrição dos achados.

Referências

1. Out-of-hospital cardiac arrest due to idiopathic ventricular fibrillation in patients with normal electrocardiograms: results from a multicentre long-term registry.



2. Conte G, Belhassen B, Lambiase P, Ciconte G, de Asmundis C, Arbelo E, Schaer B, Frontera A, Burri H, Calo' L, Letsas KP, Leyva F, Porter B, Saenen J, Zacà V, Berne P, Ammann P, Zardini M, Luani B, Rordorf R, Sarquella Brugada G, Medeiros-Domingo A, Geller JC, de Potter T, Stokke MK, Márquez MF, Michowitz Y, Honarbakhsh S, Conti M, Sticherling C,

Martino A, Zegard A, Özkartal T, Caputo ML, Regoli F, Braun-Dullaeus RC, Notarangelo F, Moccetti T, Casu G, Rinaldi CA, Levinstein M, Haugaa KH, Derval N, Klersy C, Curti M, Pappone C, Heidebuchel H, Brugada J, Haïssaguerre M, Brugada P, Auricchio A.

3. Europace. 2019 Aug 25. pii: euz221. doi: 10.1093/europace/euz221.



Premiação Megacurso 2019

MELHOR CASO CLÍNICO

DERMATITE DE CONTATO PROVOCADA PELO MARCA-PASSO: DOENÇA IMUNOALÉRGICA COMPLEXA DE TERAPÊUTICA ESPECÍFICA

CAIO VITALE SPAGGIARI; SILVANA NISHIOKA; OCTÁVIO GRECCO; CINTHYA GUIRAO; SERGIO AUGUSTO MEZZALIRA MARTINS; SERGIO FREITAS SIQUEIRA; ANISIO ALEXANDRE PEDROSA; THIAGO HUEB; MARCOS MARTINELLI SACCAB; ROBERTO COSTA; MARTINO MARTINELLI FILHO

INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PRÊMIO: **CERTIFICADO DE MELHOR CASO CLÍNICO 2019 + APARELHO CARDIOLIGHT**

PATROCÍNIO: **CARDIOS SISTEMAS**

MELHOR SCORE DA PLATEIA

ANDRE LUÍS MARTINS GONÇALVES

PRÊMIO: **CERTIFICADO DE MELHOR SCORE NA VOTAÇÃO INTERATIVA DE CASOS CLÍNICOS + 1 TABLET**

PATROCÍNIO: **SOBRAC**



Fellinievents

Somos a agência com as melhores opções de hospedagem, transfers, passeios e serviços.

Atuando no mercado desde 1990, o Fellini Group consolidou suas parceiras de negócios, oferecendo uma entrega de qualidade acima da média, com soluções modulares e personalizadas.

O Fellini Group entrega o que é esperado de um grupo de ponta - rentabilidade e agilidade - não importando o porte do projeto.

Oferecer soluções sem fronteiras, com ferramentas, inovação e energia, permite atender às necessidades mais diversas de um mercado de trabalho em constante transformação.

Conheça nossos pacotes de viagens para o fim do ano e férias.



eventos@fellinievents.com.br
www.fellini.group
(51) 3216-6323

BOAS FESTAS



**POR UM 2020 DE
CORAÇÕES RITMADOS
PARA TODOS!**

Estaremos de recesso de 23/12/2019 a 06/01/2020.

sobrac.org