



ABC Cardiol
Journal of Brazilian Society of Cardiology

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 111, Nº 5, Suplemento 1, Novembro 2018

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

GOIÂNIA - GO



**CORAÇÃO
NA BATIDA CERTA**

12 DE NOVEMBRO

CAMPANHA NACIONAL DE PREVENÇÃO
DAS ARRITMIAS CARDÍACAS E **MORTE SÚBITA**



O ATOR **ROMULO ESTRELA** CEDEU A SUA IMAGEM PARA A CAMPANHA EM 2018

Em onze anos de trajetória, a campanha **Coração na Batida Certa** se orgulha de ter mobilizado centenas de profissionais e milhares de pessoas com ações e comunicações sobre prevenção e tratamento das arritmias cardíacas. A cada ano, novas adesões somam para chancelar a **SOBRAC** como a principal referência no tema e para colocar mais corações no ritmo certo.

À TODOS QUE PARTICIPAM CONOSCO DESTA MISSÃO, O NOSSO MUITO OBRIGADO.

PATROCÍNIO:

BIOTRONIK
excellence for life

Abbott

Boston Scientific
Advancing science for life™

Daiichi-Sankyo

Biosense Webster
heart on sight™

Libbs

APOIO:

SBC

REALIZAÇÃO:

SOBRAC

ORGANIZAÇÃO:

R7

COMUNICAÇÃO:

BARUCCO
comunicação

ACOMPANHE NOSSAS REDES SOCIAIS



/sobrac



@sobrac



/sobrac1

www.sobrac.org/campanha



ABC Cardiol

Journal of Brazilian Society of Cardiology

Diretor Científico

Dalton Bertolim Précoma

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes
de Oliveira

Cardiologia Cirúrgica

Tirone David

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/

Congênitas

Ieda Biscegli Jatene

Arritmias/Marca-passo

Mauricio Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não-Invasivos

João Luiz Cavalcante

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior – Universidade Federal de Goiás (UFG),
Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
(FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo,
Vitória, ES – Brasil

Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa – Instituto Dante Pazzanese de
Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
(HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

Andrei Carvalho Spósito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP – Brasil

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração InCor Hc Fmusp
(INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo,
SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo,
SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF),
Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São
Paulo, SP – Brasil

Armênio Costa Guimarães – Liga Bahiana de Hipertensão e Aterosclerose,
Salvador, BA – Brasil

Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ – Brasil

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
(UNESP), São Paulo, SP – Brasil

Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife,
PE – Brasil

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),
Porto Alegre, RS – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo,
SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (InCor HCFMUSP), São
Paulo, SP – Brasil

Celso Amodeo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib
Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ),
Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de
Janeiro, RJ – Brasil

Cleoneice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Précoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/
PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife,
PE – Brasil

Domingo M. Brailo – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São
Paulo, SP – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emílio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Bufolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP –
Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de
Janeiro, RJ – Brasil

Expedito E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo,
SP – Brasil

Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB),
Salvador, BA – Brasil

Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Gilson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Glaucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – ASSIST. MEDICA INTERNACIONAL LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil

Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSP), São Paulo, SP – Brasil

Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração InCor Hc Fmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil

José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brasil

José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil

José Pérciles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil

Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil

Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ) São Paulo, SP – Brasil

Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil

Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil

Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil

Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Max Grinberg – Instituto do Coração do Hcfmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil

Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil

Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Roberto S. Brofman – Instituto Carlos Chagas (FIOCRUZ/PR), Curitiba, PR – Brasil

Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do Hcfmusp (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil

Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil

Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil

Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil

Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil

Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HC FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Silvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil

Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil

Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil

William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Alan Maisel – Long Island University, Nova York – Estados Unidos

Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Cândida Fonseca – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa – Portugal

Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal

Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina

James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – Estados Unidos

João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – Estados Unidos

John G. F. Cleland – Imperial College London, Londres – Inglaterra

Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal

Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha

Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal

Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica

Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – Estados Unidos

Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – Estados Unidos

Piero Anversa – University of Parma, Parma – Itália

Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Presidente

Oscar Pereira Dutra

Vice-Presidente

José Wanderley Neto

Diretor Científico

Dalton Bertolim Précoma

Diretor Financeiro

Denilson Campos de Albuquerque

Diretor Administrativo

Wolney de Andrade Martins

Diretor de Relações Governamentais

José Carlos Quinaglia e Silva

Diretor de Tecnologia da Informação

Miguel Antônio Moretti

Diretor de Comunicação

Romeu Sergio Meneghelo

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Diretor de Qualidade Assistencial

Evandro Tinoco Mesquita

Diretor de Departamentos Especializados

Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

Diretor de Relação com Estaduais e Regionais

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza

Diretor de Promoção de Saúde Cardiovascular – SBC/Funcor

Fernando Augusto Alves da Costa

Editor-Chefe dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Carlos Eduardo Rochitte

Editor-Chefe do International Journal of Cardiovascular Sciences

Claudio Tinoco Mesquita

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Edvaldo Ferreira Xavier Júnior

SBC/AM – João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira

SBC/BA – Emerson Costa Porto

SBC/CE – Maria Tereza Sá Leitão Ramos Borges

SBC/DF – Ederaldo Brandão Leite

SBC/ES – Fatima Cristina Monteiro Pedroti

SBC/GO – Gilson Cassem Ramos

SBC/MA – Aldryn Nunes Castro

SBC/MG – Carlos Eduardo de Souza Miranda

SBC/MS – Christiano Henrique Souza Pereira

SBC/MT – Roberto Candia

SBC/NNE – Maria Alayde Mendonça da Silva

SBC/PA – Moacyr Magno Palmeira

SBC/PB – Fátima Elizabeth Fonseca de Oliveira Negri

SBC/PE – Audes Diógenes de Magalhães Feitosa

SBC/PI – Luiza Magna de Sá Cardoso Jung Batista

SBC/PR – João Vicente Vitola

SBC/RN – Sebastião Vieira de Freitas Filho

SBC/SC – Wálmor Pereira de Siqueira Junior

SBC/SE – Sheyla Cristina Tonheiro Ferro da Silva

SBC/TO – Wallace André Pedro da Silva

SOCERGS – Daniel Souto Silveira

SOCERJ – Andréa Araujo Brandão

SOCERON – Fernanda Dettmann

SOCESP – José Francisco Kerr Saraiva

Presidentes dos Departamentos Especializados e Grupos de Estudos

SBC/DA – Maria Cristina de Oliveira Izar

SBC/DCC – João Luiz Fernandes Petriz

SBC/DCC/CP – Andressa Mussi Soares

SBC/DCM – Marildes Luiza de Castro

SBC/DECAGE – Elizabeth da Rosa Duarte

SBC/DEIC – Salvador Rassi

SBC/DERC – Tales de Carvalho

SBC/DFCVR – Antoinette Oliveira Blackman

SBC/DHA – Rui Manuel dos Santos Pova

SBC/DIC – Marcelo Luiz Campos Vieira

SBCCV – Rui Manuel de Sousa S. Antunes de Almeida

SOBRAC – Jose Carlos Moura Jorge

SBHCI – Viviana de Mello Guzzo Lemke

DCC/GAPO – Pedro Silvio Farsky

DERC/GECESP – Antonio Carlos Avanza Jr

DERC/GEEN – Rafael Willain Lopes

DERC/GERCPM – Mauricio Milani

DCC/GECEI – Luiz Bezerra Neto

DCC/GECCO – Roberto Kalil Filho

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DCC/GEMCA – Roberto Esporcatte

DEIC/GEMIC – Fabio Fernandes

DCC/GERTC – Juliano de Lara Fernandes

DEIC/GETAC – Silvia Moreira Ayub Ferreira

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 111, Nº 5, Suplemento 1, Novembro 2018

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM),
SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Tecnologia da Informação e
Comunicação

Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

Rudolf Serviços Gráficos

e-mail: orcamento_rudolf@terra.com.br

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço:
www.arquivosonline.com.br.



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Caro Autor/Apresentador,

Os trabalhos apresentados no Congresso da Sobrac de 2018 foram selecionados por varios avaliadores independentes e classificados por ordem crescente da média das notas aferidas. Os 10 primeiros trabalhos foram selecionados para apresentação oral e para concorrer ao Prêmio Eduardo Sosa de Melhor trabalho do Congresso. Os demais trabalhos foram encaminhados para apresentação na forma de Pôster e aqueles classificados na 11ª e 20ª posição, concorrerão ao Prêmio de Melhor Pôster do Congresso entre os 115 trabalhos selecionados. Além disso, os 35 melhores casos clínicos também foram selecionados para apresentação como Pôster.

Ficamos honrados com o interesse pelo Congresso da SOBRAC e pela qualidade científica dos trabalhos submetidos. Todos estão de parabéns.

Cordialmente,



André Luiz Büchele D'Ávila
Diretor-Científico da Sobrac

MENSAGEM DOS PRESIDENTES

Prezados Congressistas:

Prezados Congressistas:

Tudo pronto para o **XXXV Congresso Brasileiro de Arritmias Cardíacas (CBAC)**, que será realizado no moderno **Centro de Convenções de Goiânia**, nos dias **22, 23 e 24 de novembro de 2018**. A Comissão Organizadora sente-se plenamente realizada ao apresentar à comunidade de cardiologistas gerais e de arritmologistas, o programa final deste seu mais importante evento científico, que bem traduz a pujança da especialidade em nosso país.

Para nosso orgulho e satisfação, este congresso representa o maior evento da América Latina e inclui-se entre os maiores do mundo, não só pela expressão numérica, mas também pela qualidade educativa e pela presença de 107 palestrantes expoentes do Brasil e do exterior.

A programação científica tenta ser inovadora, com participação multiprofissional, promovendo o intercâmbio entre as diversas áreas da arritmologia cardíaca e priorizando a interatividade com a audiência.

Lembramos a todos os nossos amigos congressistas que, em um evento como esse, o mais importante não é ser palestrante ou audiente: o fundamental é a troca de conhecimentos visando ao aperfeiçoamento de condutas e bem-estar de nossos pacientes.

Dentre os destaques da programação científica, mencionamos:

- 1) Simpósio conjunto com a LAHRS sobre **atualização em terapia de ressincronização cardíaca**;
- 2) Simpósio Luso-Brasileiro sobre **inovações no tratamento das arritmias cardíacas e na estimulação cardíaca artificial**;
- 3) Simpósio conjunto com a EHRA sobre **novas indicações e avanços na ablação por cateter**;
- 4) Dois cursos clínicos interativos, o primeiro sobre **mistérios da fibrilação atrial** e o segundo sobre **dilemas no manejo das arritmias cardíacas**;
- 5) Importante sessão de **defesa profissional para discussão de valorização de honorários médicos** e

6) Mesas-redondas, conferências e debates abordando temas de interesse global como: **doença de Chagas, estimulação do feixe de His, CDI subcutâneo, síncope, arritmias na sala de emergência, atualizações em diretrizes, arritmias geneticamente determinadas e manejo da fibrilação atrial após resultados de estudos randomizados recentes**.

Quanto aos temas livres, os 10 melhores classificados serão apresentados sob a forma oral em horário nobre da programação, no período da manhã de sexta-feira (5 temas) e do sábado (5 temas), sem atividades paralelas. Vale ressaltar que o **melhor tema livre**, após julgamento por comissão de expertos, receberá o **prêmio Eduardo Sosa** e uma quantia de **R\$ 10.000,00**. O **segundo colocado** receberá o prêmio de **R\$ 5.000,00**. Todos os demais temas livres aprovados serão apresentados sob a forma de pôster, no período vespertino.

Além disso, a importância do **XXXV CBAC** inclui a confraternização entre os cardiologistas e, nesse quesito, os goianos são especialistas na arte de receber seus pares. A programação social foi cuidadosamente preparada, nos mínimos detalhes, para agradar a todos vocês. Após a **Sessão Solene de Abertura do Congresso** que se dará na **quinta-feira (22 de novembro de 2018) das 19:30 às 20:30 horas** no Auditório Anis Rassi do Centro de Convenções de Goiânia, teremos **coquetel** no próprio local, animado por música ao vivo com **sax e violino**, a cargo da famosa dupla goiana **Tom Faria e Raphael Batista (RAFATOM)**.

O **jantar para os congressistas** será a última atividade do congresso e está marcado para o **sábado (24 de novembro de 2018)** à noite no **CASABLANCA** eventos, a mais nova, moderna e luxuosa casa de festas de Goiânia. Será animado por **música eletrônica do DJ Rafael** que promete levantar todos os congressistas de seus assentos para curtirem os principais hits das décadas passadas. **Imperdível!**

Aguardamos ansiosos a chegada de cada um de vocês.

Sejam todos bem-vindos ao XXXV CBAC em Goiânia!



Anis Rassi Jr
Presidente do
XXXV CBAC



André B. D'Ávila
Presidente da Comissão
Científica do XXXV CBAC



José Carlos Moura Jorge
Presidente da
SOBRAC



ÁREA MÉDICA

ADALBERTO MENEZES LORGA FILHO - SP	GUILHERME FENELON - SP
ANA INÊS DA COSTA BRONCHTEIN - RJ	GUSTAVO GLOTZ DE LIMA - RS
ANIS RASSI JR. - GO	HELIO LIMA DE BRITO JUNIOR - MG
BENHUR DAVI HENZ - DF	IARA ATIE - RJ
CARLOS ALBERTO PASTORE - SP	JORGE ELIAS NETO - ES
CARLOS ANTONIO ABUNADER KALIL - RS	JUSSARA DE OLIVEIRA PINHEIRO DUARTE - BA
CECÍLIA MONTEIRO BOYA BARCELLOS - SP	JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA - MT
CLAUDIO MUNHOZ DA FONTOURA TAVARES - RJ	KÁRILA SCARDUELLI LUCIANO - SC
CRISTIANO DE OLIVEIRA DIETRICH - SP	LEANDRO IOSCHPE ZIMMERMAN - RS
CRISTIANO FARIA PISANI - SP	LENISES DE PAULA VAN DER STELD - BA
CÉSAR JOSÉ GRUPPI - SP	MARCIO AUGUSTO SILVA - ES
DARIO CELESTINO SOBRAL FILHO - PE	MARTINO MARTINELLI FILHO - SP
EDUARDO ARRAIS ROCHA - CE	MAURICIO PIMENTEL - RS
EDUARDO BACK STERNICK - MG	MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA - SP
EDUARDO BENCHIMOL SAAD - RJ	NELSON SAMESIMA - SP
ENRIQUE INDALÉCIO PACHÓN MATEO - SP	PAULO DE TARSO JORGE MEDEIROS - SP
ÉRIKA OLIVIER VILELA BRAGANÇA - SP	RENNER AUGUSTO RAPOSO PEREIRA - PB
FATIMA DUMAS CINTRA - SP	RICARDO ALKMIM TEIXEIRA - MG
FERNANDO MELLO PORTO - SP	SERGIO FREITAS DE SIQUEIRA - SP
FLAVIO JOSÉ BEZERRA DE OLIVEIRA - RN	SERGIO LUIZ ZIMMERMAN - SC
FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX - SP	SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO - SP
GABRIEL PELEGRINETI TARGUETA - PB	THAIS AGUIAR DO NASCIMENTO - BA

ÁREA ALIADOS

ANGELINA DA SILVA CAMILETTI - RJ
KÁTIA REGINA DA SILVA - SP
LIELIA MALAQUIAS DA CUNHA ARAUJO - DF
PRISCILA MORENO SPERLING CANNAVAN - SP
SERGIO FREITAS DE SIQUEIRA - SP



Resumo das Comunicações

***XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE
ARRITMIAS CARDÍACAS***

GOIÂNIA - GO

890

UTILIDADE DO ESCORE DE HATCH COMO PREDITOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA; RAISSA ALVES PINTO MOURA; PAULO VITOR CHAVES GARCIA; MARIANA ALVES GOMES; ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES

FACULDADE DE MEDICINA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Há um círculo vicioso entre insuficiência cardíaca (IC) e fibrilação atrial (FA), pois essas condições clínicas apresentam fatores de risco similares. O escore HATCH tem sido utilizado para estratificar o risco de pacientes (pts) com FA paroxística cursarem com FA persistente durante um ano após o diagnóstico. Este escore ordinal atribui 1 ponto para cada uma destas variáveis: idade ≥ 75 anos, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica; e 2 pontos para as demais variáveis: acidente vascular encefálico (AVE), IC. Há comparação desse escore com os de embolia em pts em submedidos à ablação e em pts em ritmo sinusal com AVE, porém não há para pts exclusivamente com IC. **Objetivos:** Avaliar a associação entre eventos cardiovasculares e o escore HATCH em pts com IC. **Métodos:** Trata-se de estudo prospectivo e longitudinal, com 113 pts estáveis com IC, em ritmo sinusal, 72 homens, mediana de idade de 50,2 anos. Os pts foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial com cálculos dos escores HATCH e de embolia e ao ecocardiograma por ocasião do aceite para participação no estudo. Durante o seguimento clínico, foram considerados eventos cardiovasculares (ECV) as condições como internação por IC, ocorrência de FA, AVE, transplante cardíaco, terapia de resincronização cardíaca e morte cardíaca. A análise estatística foi feita por testes não paramétricos e do qui-quadrado. **Resultados:** As médias das variáveis foram: HATCH de 2,5; CHADS2 1,7; CHA2DS2VASc 2,5; R2CHADS2 2,3; fração de ejeção 0,36; e diâmetro do átrio esquerdo 45,7mm. Durante o seguimento clínico de 21,8 meses, 39 pts apresentaram ECV. Houve associação entre ECV e as variáveis fração de ejeção e diâmetro do átrio esquerdo ($p=0,002$ para ambos), e clearance de creatinina ($p=0,024$). Não houve correlação com os escores de embolia. Aplicando-se a curva de Kaplan-Meier para aqueles eventos e considerando a estratificação do escore HATCH, houve 35,3% de ECV nos pts com HATCH 2; 31,4% nos pts com escore 3; 20% nos pts com escore 4 e 100% naqueles com HATCH 5, com $p<0,0001$ (teste de Mantel-Cox, intervalo de confiança de 95%: 29,0 a 38,9). A razão de chance foi de 2,83 para ECV para aqueles com HATCH 5. **Conclusões:** O escore HATCH mais elevado esteve associado aos ECV, com uma razão de chance de 2,83, entre pts com IC em ritmo inicial sinusal.

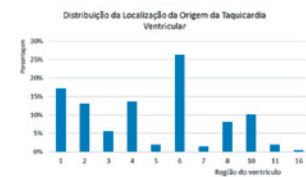
944

PREVALÊNCIA DAS REGIÕES DE ORIGEM DA TAQUICARDIA VENTRICULAR NA DOENÇA DE CHAGAS

HENRIQUE CÉSAR MAIA; RUI TER CARLOS ARANTES FILHO; RENATO DAVID SILVA; RICARDO FERREIRA COELHO MIRANDA; EDNA MARQUES; JOSÉ SOBRAL NETO; TÁMER NAJAR SEIXAS; AYRTON KLIER PERES; JAIR MACEDO ROCHA; CARLA SEPTÍMIO MARGALHO; LIELIA MALAQUIAS DA CUNHA ARAUJO

RITMOCARDIO - SERVIÇO DE ARRITMIA E ELETROFISIOLOGIA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Objetivo: Descrever prevalência das regiões de origem da taquicardia ventricular (TV) no paciente chagásico, com base no eletrocardiograma de superfície e comprovação por mapeamento durante estudo eletrofisiológico. **Material e Métodos:** Foram revisados 9759 laudos de estudo eletrofisiológico realizados em quatro centros hospitalares de Brasília-DF, no período de 1991 a 2017. A localização da origem da TV, pelo eletrocardiograma de 12 derivações, foi baseada no estudo de Josephson e confirmada pelo mapeamento tridimensional durante estudo eletrofisiológico. Análise estatística: variáveis contínuas analisadas por teste t ou ANOVA, e variáveis discretas por χ^2 -quadrado, ou Fisher, sendo significativamente $p<0,05$. **Resultados:** Foram selecionados 402 pacientes, (262 homens e 140 mulheres), idade média de 59,08 $\pm$ 11,53 anos, fração de ejeção de 43,05 $\pm$ 12,56%, a frequência cardíaca da TV foi de 187,09 $\pm$ 51,12 bpm, com predomínio entre 130 e 200 bpm (53%). Houve instabilidade hemodinâmica em 77 (19,52%) dos pacientes, não tendo sido necessária cardioversão elétrica em 48 (63,54%). Houve predomínio da origem das TV no ventrículo esquerdo: 399 pacientes (99,50%), com predominância significativa ($p<0,05$) nas regiões apical em 70 (17,4%), posterior basal ou inferolateral basal em 138 (34,3%). Na presença de aneurisma de ponta de ventrículo esquerdo a predominância da origem da TV foi na região apical (38,88%) significativamente superior em relação aos pacientes que não tinham aneurisma ($p<0,05$). **Conclusões:** A região mais frequente de origem da TV na miocardiopatia chagásica foi a parede inferolateral basal, seguida da porção apical. Na presença de aneurisma de ponta, a região apical foi a mais prevalente.



1009

AValiação de FA SUBCLÍNICA COMO PREDITORA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EM PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS: AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO ESTUDO SILENT

GUILHERME AUGUSTO TEODORO ATHAYDE; KAROLINE MEDEIROS DIAS; ANDREIA OLIVEIRA PINHEIRO; CAMILA PARENTE OLIVEIRA; THIAGO SILVA MARQUES; FÁBIO GOUVÊA; CLAUDIO HUMBERTO DIOGO JORGE; LEANDRO GARAMBONE; ANÍSIO ALEXANDRE PEDROSA; RICARDO ALKIMIM TEIXEIRA; SILVANA NISHIOKA; SERGIO FREITAS SIQUEIRA; MARTINO MARTINELLI FILHO

INCOR-HCFMUSP / HOSPITAL SÃO LUIZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A fibrilação atrial (FA) é um fator de risco bem estabelecido para a ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Episódios de FA subclínica (FAS) evidenciados nos dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) têm sido relacionados com FA documentada e maior risco de AVC. Não existem, entretanto, evidências científicas a respeito do papel da anticoagulação nessa população. **Objetivo:** Avaliar a correlação da FAS, detectada pela monitorização por DCEI, com a ocorrência de fenômenos tromboembólicos sistêmicos e o impacto da anticoagulação nestes pacientes. **Métodos:** estudo prospectivo, randomizado e unicêntrico (SILENT). Foram incluídos pacientes com DCEI em ritmo sinusal, com CHA2DS2-VASc ≥ 2 , sem história prévia de FA. Os pacientes foram randomizados para o grupo intervenção (G1), com monitorização intensiva bimensal, e para o grupo controle (G2), com monitorização rotineira, na razão 1:1. Os pacientes do G1 com episódios de FAS receberam anticoagulação, assim como aqueles com FA documentada em ambos os grupos. O desfecho primário foi fenômenos tromboembólicos sistêmicos e os secundários foram taxa de FAS, mortalidade total e cardiovascular, hospitalização cardiovascular e sangramentos. **Resultados:** Foram avaliados 758 pacientes, com idade média de 72,81 anos ($\pm 9,73$), sendo 461 (60,8%) do sexo feminino. A média de seguimento foi de 19,59 ($\pm 4,24$) meses. O G2 foi composto por 377 pacientes, enquanto o G1, por 381 indivíduos. A miocardiopatia chagásica (26,6%) foi a cardiopatia mais encontrada, enquanto o marcapasso foi o DCEI mais prevalente (86,01%). Apenas 3 pacientes apresentaram o desfecho primário, sendo 2 deles do G1. Destes, 2 tinham registro de FA no dispositivo, sendo 1 com duração maior que 6 minutos. Ocorreram 16 óbitos, sem diferença entre os grupos. O surgimento de FA clínica se relacionou estatisticamente com o aparecimento de qualquer FA ($p=0,001$) e com FA com duração superior a 6 minutos ($p<0,001$) registradas no dispositivo. A anticoagulação foi iniciada em 29 pacientes, sem diferença entre os grupos, devido a maior ocorrência de FA clínica no G2 ($p=0,02$). **Conclusão:** A FAS com duração superior a 6 minutos se relacionou com o surgimento de FA clínica em pacientes com DCEI. Não houve diferença de eventos cardiovasculares ou de sangramentos entre os grupos. Devido à baixa taxa de eventos, faz-se necessária a continuidade do estudo.

1014

INCIDÊNCIA DE TROMBO ATRIAL ESQUERDO EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL EM USO DOS ANTICOAGULANTES ORAIS DE AÇÃO DIRETA. DADOS DE MUNDO REAL

FÁBIO GOUVÊA; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; THIAGO SILVA MARQUES; LEANDRO GARAMBONE; ANA PAULA LINDOSO; TAN CHEN WU; LUCIANA SACILOTTO; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; SÍSSY MELO; GUILHERME AUGUSTO TEODORO ATHAYDE; DENISE TESSARIOL HACHUL; CRISTIANO FARIA PISANI; ANA LUCIA COIMBRA; MARTINA BATTISTINI PINHEIRO; CARINA HARDY; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INSTITUTO DO CORAÇÃO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Racional: A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. Um pilar do tratamento é a anticoagulação oral. Os anticoagulantes orais de ação direta (DOAC) são uma alternativa para pacientes (pcts) com FA não-valvar, mas nem sempre a aderência é garantida. O ecocardiograma transesofágico (ETE) auxilia na detecção de trombo atrial esquerdo (TrAE) no contexto da cardioversão elétrica eletiva (CVE) e/ou da ablação (ABL). A detecção com uso de varfarina oscila entre 0,25 e 5,3%. Informações sobre a real incidência de TrAE em pct's submetidos à CVE e/ou ABL da FA na vigência de DOAC são pouco conhecidas. **Objetivos:** Analisar a incidência de TrAE em pct's sob uso de DOAC há pelo menos 3 semanas, submetidos à CVE e/ou ABL, por meio do ETE. **Métodos:** Registro unicêntrico, transversal, dos pct's com FA em uso de DOAC, analisados consecutivamente, entre março/2012 e maio/2018, listados para CVE e/ou ABL. A análise estatística foi realizada com o software SSPS (v22.0) e os dados descritos como médias, DP e porcentagens. Testes estatísticos: T de Student, qui quadrado e ANOVA. **Resultados:** Avaliados 401 ETEs de 354 pct's, sendo 122 na CVE e 279 na ABL (72% do sexo masculino). A média da idade foi 59,8 $\pm$ 11,4 anos, da FE foi 59,7 $\pm$ 8,4% e do tamanho AE foi 43,3 $\pm$ 6,1mm. Dos ETEs realizados, 11 (2,75%) detectaram TrAE. Contraste espontâneo (CE) foi visto em 29 casos (7,23%). A média do CHA2DS2-VASc nos pct's com TrAE foi de 3,0 $\pm$ 1,5 e nos sem TrAE 1,65 $\pm$ 1,3 ($p=0,016$). Houve associação entre a presença de TrAE e idade ≥ 75 anos ($p=0,003$), AVC prévio ($p=0,006$) e idade 65-74 anos ($p=0,04$). **Conclusão:** A incidência de TrAE e de CE em pct's sob uso de DOAC no contexto da CVE e/ou ABL, embora pequena, não é desprezível. Os dados iniciais sinalizam ainda que pct's com CHA2DS2-VASc maior estão mais expostos a este risco. Devemos interpretá-los com cautela, necessitando de medidas para garantir a aderência e/ou a sua extensão por maior tempo.

1042

ANÁLISE DE EVENTOS ARRÍTMICOS POTENCIALMENTE FATAIS EM UMA COORTE DE PACIENTES COM SÍNDROME DE BRUGADA TIPO 1. ESTAMOS REPRODUZINDO OS DADOS MUNDIAIS?

LUCIANA SACILOTTO; CAROLINA ISABEL LEMES; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; GABRIELLE D'AREZZO PESSENTE; CRISTIANO FARIA PISANI; CARINA HARDY; SISSY MELO; MUHIEDDINE OMAR CHOKR; SÁVIA CHRISTINA PEREIRA BUENO; XIMENA FERRUGEM ROSA; FANNY WULKAN; ALEXANDRE DA COSTA PEREIRA; DENISE TESSARIOL HACHUL; JOSE EDUARDO KRIEGER; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As variáveis de risco estudadas na Síndrome de Brugada tipo 1 (SB1) e suas implicações clínicas ainda são controversas. A reprodutibilidade dos resultados, inclusive na população brasileira, seria importante para definição prognóstica desses pacientes (pts). **Objetivo:** Identificar os fatores de risco para eventos arritmicos potencialmente fatais (EAPF), como terapia apropriada do cardiodesfibrilador implantável (CDI), ocorrência de FV/TV recuperada ou morte súbita cardíaca (MSC), em uma coorte unicêntrica de pts com SB1. **Métodos:** Estudo de coorte em pts com SB1 espontâneo ou induzido, divididos em dois grupos: EAPF documentados como primeiro sintoma ou durante o acompanhamento clínico, versus ausência de sintomas ou de comprovação de EAPF. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, sintomas, história familiar de morte súbita, marcadores de risco pelo eletrocardiograma (ECG) e estudo eletrofisiológico. Testes genéticos foram realizados em 61 dos 85 probandos e em familiares (sequenciamento de nova geração e clássico). Os dados foram analisados de modo descritivo (porcentagens, DP, média, mediana, interquartil), com aplicação de testes não paramétricos e análise de regressão logística, quando aplicável. **Resultados:** Foram avaliados 115 pts, a maioria homens (70,4%), média de 42 anos (30-51). O tipo 1 espontâneo ocorreu em 86/115 pts (74,8%). Quatorze apresentaram EAPF (14/115; 12,2%), num seguimento médio de 5,1. A taxa anual de EAPF foi de 1,7%. Pela regressão logística multivariada, as variáveis associadas aos EAPF foram: sexo masculino (HR=6,3; p=0,062), SB1 espontâneo (HR=1,2; p=0,020), presença de S em D1 (HR=12,2; p=0,003) e sinal de AVR (HR=2,9; p=0,091). A TV/ FV indutível no EEF não foi preditora de EAPF (OR 1,95; p=0,444). Entre probandos e familiares, 25 eram portadores de variantes patogênicas ou provavelmente patogênicas no SCN5A. A mediana do intervalo HV foi maior nesses pts (HV=48mseg vs 65 mseg, p<0,005). **Conclusões:** Em nossa casuística, a taxa anual de EAPF na SB1 foi baixa. Os marcadores de risco foram o sexo masculino e a presença de S em D1. Os carregadores de variantes em SCN5A apresentaram um intervalo HV mais longo, porém de significado clínico incerto. Os demais marcadores de risco não tiveram correlação com EAPF. A estratificação de risco em SB1 com as ferramentas conhecidas permanece um desafio.

889

RISCO DE EMBOLIA SISTÊMICA E SANGRAMENTO EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL E INSUFICIÊNCIA RENAL

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA; PAULO VITOR CHAVES GARCIA; RAÍSSA ALVES PINTO MOURA; MARIANA ALVES GOMES; ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A fibrilação atrial (FA) está associada à embolia sistêmica e há um alto risco de acidente vascular encefálico em pacientes (pts) com insuficiência renal (IR). Uma das prioridades no manejo da FA é a anticoagulação, a qual também apresenta risco de sangramento, sendo um passo crítico na abordagem dos pts. Sabe-se que os antagonistas da vitamina K diminuem a incidência dos eventos tromboembólicos (TE) em 71% também em pts com IR moderada. **Objetivos:** Comparar dados clínicos, escores de risco e a ocorrência de TE em pts com FA, sem e com IR. **Métodos:** Estudo prospectivo com 247 pts com FA, mediana de idade 58, 149 mulheres, com avaliação clínica, laboratorial e cálculo dos escores de embolia e de sangramento por ocasião de seu ingresso no estudo. Foram compostos 3 grupos: com clearance de creatinina (CICr - fórmula de Cockcroft Gault) >50 mL/min (grupo A); com CICr entre 30 e 50 mL/min (grupo B); com CICr <30 mL/min (grupo C). **Resultados:** Durante tempo de seguimento de 12 meses, 64 pts apresentaram TE, 160 em uso de varfarina, demais sem anticoagulação oral. Comparando-se os grupos (grupo A - 172 pts; B - 52 pts; C - 23 pts), pelo teste de qui-quadrado ou Kruskal-Wallis, não houve diferença significativa quanto ao sexo, diâmetro do átrio esquerdo, classificação EHRA e ocorrência de TE. Houve diferença em relação às seguintes variáveis: idade (55,5 anos - grupo A; 67,7 - grupo B, e 71,9 anos - grupo C; p<0,0001), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (0,41 no grupo C, p<0,0001), CHA₂DS₂-VASc (3,0; 3,5 e 4,0, respectivamente; p=0,03), HAS-BLED (1,5; 1,9 e 2,8; p<0,0001). FA permanente ocorreu em 74% (p=0,03) e FA não valvar em 78,2% do grupo C (p<0,0001). Houve maior proporção de uso de varfarina no grupo A (77,5%, p=0,001), porém com menor faixa terapêutica no grupo B (34,8%, p=0,04). Entretanto, a mediana da faixa terapêutica de anticoagulação foi de 45,2% em toda a população. Houve menor taxa de eventos combinados (TE, sangramentos, morte cardíaca e morte geral), teste de Log-Rank com p=0,001 (curva de Kaplan-Meier) e maior sobrevida (72%) no grupo A (p=0,002). **Conclusões:** pts com IR em estágios avançados apresentaram idade mais avançada, mais disfunção ventricular sistólica, maiores escores de embolia e de sangramento e menor sobrevida. Houve uma subutilização de varfarina em todos os pacientes e a proporção de TE não foi diferente entre os grupos.

1035

EXAMES DIAGNÓSTICOS DE SÍNCOPE EM PORTADORES DE MARCAPASSO

GISELE SCHINAIDER; EDUARDO ARRAIS ROCHA; ANA ROSA PINTO QUIDUTE; NEIBERG ALCANTARA; FRANCISCA TATIANA M. PEREIRA; ALINE BEZERRA TAVARES; MARCELO DE PAULA M. MONTEIRO; CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO; JERUZA MARIA DE OLIVEIRA LIMA; CAMILA RABELO FARIAS GOMES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC), FORTALEZA, CE, BRASIL.

As síncope apresentam grande dificuldade diagnóstica, podendo ter elevada incidência de causas inexplicadas (15 a 40%). Pacientes com marcapasso (MP) podem evoluir com síncope e apresentar maior morbimortalidade devido ao elevado número de comorbidades associadas. Diversos métodos complementares apresentam baixa sensibilidade e especificidade na investigação de síncope, sendo no entanto amplamente utilizados, o que pode aumentar os custos, o tempo de investigação e causar confusão diagnóstica. **Objetivo:** Analisar os resultados dos métodos complementares para diagnóstico de síncope em portadores de marcapasso cardíaco. **Material e Métodos:** Estudo de Coorte prospectivo, incluindo 95 pacientes, sendo 47 com síncope e portadores de MP e 48 sem síncope e com MP (grupo controle), realizado no período de maio/2015 a janeiro/2018. As variáveis contínuas foram analisadas pelo método de Mann-Whitney e as categóricas pelo teste do qui-quadrado/Fischer, quando apropriado. Os pacientes foram submetidos prospectivamente ao protocolo da instituição para avaliação de síncope, sendo adotado o nível de significância de 5% (p<0,05). **Resultados:** A análise computadorizada dos MP foi capaz de determinar a etiologia das síncope em 27,6% dos casos, sendo 4 por falhas de comando/sense, 7 por registros de taquicardia ventricular sustentada e 2 por registros de fibrilação atrial com alta frequência. O Holter de 24h se mostrou como bom auxílio na investigação em 18,7% dos casos, tendo, entretanto, poder diagnóstico em apenas 3%. O Tilt Test foi diagnóstico em 28,5% dos casos, a massagem do seio carotídeo em 1 caso e o Estudo eletrofisiológico invasivo, realizado em 9 pacientes, teve resultados inconclusivos em todos. Ocorreram 100 episódios de síncope em 47 indivíduos, 11 deles tiveram mais de três episódios e 14 tiveram dois. Não ocorreram diferenças nos grupos em relação ao sexo (p=0,61), idade (p=0,40), fração de ejeção (p=0,77) e diâmetro do ventrículo esquerdo (p=0,266). 29,7% dos pacientes necessitaram de internação, 8,5% tiveram síncope associadas a crises convulsivas. **Conclusão:** Os testes do marcapasso com as análises de seus eletrogramas armazenados e o Tilt Test são os melhores métodos para diagnosticar as causas das síncope em portadores de marcapasso.

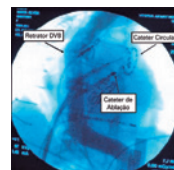
935

NOVO DISPOSITIVO PARA O DESVIO DO ESÔFAGO DURANTE ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

RICARDO KUNIYOSHI; MARCIO AUGUSTO SILVA; ERICK SESSA MERÇON; JORGE ELIAS NETO; GUILHERME FUTURO; DEBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS

VITÓRIA APART HOSPITAL, SERRA, ES, BRASIL.

Fundamentos: Aplicações de radiofrequência (RF) na parede posterior do átrio esquerdo (PPAE) podem lesionar o esôfago. O Retrator DV8 é um dispositivo que desvia o esôfago dos sítios de ablação sendo uma estratégia atraente para se reduzir a injúria térmica esofágica durante a ablação de fibrilação atrial (FA). Entretanto, carecem na literatura a avaliação da eficácia e segurança na utilização desse dispositivo. Apresentamos nossa experiência inicial utilizando o Retrator DV8 durante a ablação de FA. **Relato dos Casos:** Cinco pacientes (pts) sendo 3 masculinos com idade média de 57,6±9 anos realizaram o desvio do esôfago com o Retrator DV8 durante a ablação de FA. Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral e utilizando mapeamento eletroanatômico e cateter irrigado. Com o intuito de se manter a retração esofágica pelo menor tempo possível, o Retrator DV8 só foi instalado quando o termômetro esofágico indicasse que o sítio da ablação se encontrava próximo ao esôfago. Nesse momento, a ablação era temporariamente interrompida e o Retrator DV8 instalado por um membro da equipe de eletrofisiologia com o auxílio do anestesiológico. Óleo mineral foi utilizado para facilitar a introdução do dispositivo sob visão radioscópica que, em seguida, era inflado com uma injeção de solução de contraste diluído. Uma vez obtido o desvio esofágico desejado, realizou-se nova construção eletroanatômica parcial do átrio esquerdo e das veias pulmonares ipsilaterais à região de interesse para ablação. O desvio do esôfago foi realizado com sucesso em 4 pts durante um tempo médio de 39±19 min. O insucesso em 1 pt ocorreu por não se obter um desvio esofágico desejado. Este pt apresentou elevação da temperatura esofágica até 38,1°C durante as aplicações de RF na PPAE. Todos realizaram endoscopia digestiva alta (EDA) até 3 dias após o procedimento ablativo. Três pts apresentaram lesões esofágicas que foram edema e pontos de hematina (pt 1), edema e hemorragia intramural (pt 3) e pontos de hematina (pt 4). Os 3 pts foram tratados com dieta pastosa fria, sucralfato e inibidor da bomba de prótons. Nova EDA após 7 a 10 dias demonstrou resolução completa das lesões esofágicas em todos os pts. **Conclusão:** Esta experiência inicial sugere que o uso do Retrator DV8 é eficaz no desvio do esôfago durante ablação de FA mas, possivelmente, não evita a ocorrência de lesões esofágicas.



1016

O USO DO "RIPPLE MAPPING" PARA IDENTIFICAR CANAIS EM PACIENTES COM CARDIOPATIA CHAGÁSICA

CRISTIANO FARIA PISANI¹; MUHIEDDINE OMAR CHOKR¹; CARINA HARDY¹; SISSY MELO¹; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX¹; DENISE TESSARIOL HACHUL¹; TAN CHEN WU¹; LUCIANA SACILOTTO¹; FABRIZIO RAIMUNDI²; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA¹

1. INSTITUTO DO CORAÇÃO DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. BIOSENSE WEBSTER, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O "Ripple Mapping" (RM) é uma ferramenta do sistema Carto que permite avaliar em conjunto ativação e voltagem, onde também é demonstrado através de barras todas as deflexões do eletrograma. O "Ripple Mapping" permitiu identificar canais em pacientes com miocardiopatia isquêmica. **Objetivo:** Avaliar se o "Ripple Mapping" de mapa adquirido durante ritmo de estimulação ventricular contínua permite identificar canais em pacientes com cardiopatia chagásica. **Métodos:** Foram analisados mapas endo e epicárdicos de pacientes com Chagas e TV sustentada, que foram submetidos a ablação. Os mapas foram importados em sistema com módulo "Ripple Mapping" e os filmes dos mapas foram analisados buscando identificar áreas de condução lenta sugestivas de canais. Adicionalmente, a localização dos canais foi comparada com as áreas de ablação. **Resultados:** Foram selecionados 19 pacientes com miocardiopatia chagásica, idade de 60,5 anos (Q1: 54,5; Q3: 68,2), FEVE de 30,9±10,6%. Todos os pacientes usavam amiodarona. Foram induzidas uma média de 3,3±1,4 morfologias diferentes de TV em cada paciente e foi realizado abordagem epicárdica em 16 pacientes (84,2%). Foram coletados um total de 335±133 pontos no mapa endocárdico que identificaram cicatriz (1,5mV) em 15 (78,9%) pacientes com uma área mediana de 13,9 cm2 (Q1:2,7 Q3:23,8). No epicárdio foram coletados 610±211 (P<0,001) pontos, com presença de cicatriz epicárdica (<1,5mV) em todos os pacientes, com área mediana de 61,2cm2 (Q1:38,3; Q3:89; P=0,004). O "Ripple Mapping" identificou 0,5±0,7 canais endocárdicos e 1,12±0,8 canais epicárdicos (P=0,035). Foram observados potenciais tardios ou fragmentados na área do canal em todos os pacientes. A ablação não guiada pelo "Ripple Mapping" correlacionou-se completamente com os canais em 13 (81,2%) e parcialmente em 2 (12,5%) pacientes e não teve correlação em um paciente. A ablação foi realizada em todo canal em 11 (68,7%), na entrada em dois (12,5%) e na saída em um paciente. **Conclusão:** O "Ripple Mapping" identificou os canais de condução lenta na superfície epicárdica e endocárdica na maioria dos pacientes com doença de Chagas. O número de canais e extensão da cicatriz foi maior na superfície epicárdica.

941

ESTUDO HIPO-SD: ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL COM "HIGH POWER SHORT DURATION" COM CATETER DE FORÇA DE CONTATO TACTICATH®. RESULTADOS INICIAIS

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CHRISTIANO LEMOS CUNHA²; HERMES CARLONI³; EDUARDO GIESTAS SERPA¹; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.³; DALTON HESPAHOL DO AMARAL²; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR³; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; TATIANA SANTOS CAUS²

1. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3. HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL.

Introdução: Ablação da fibrilação atrial (AbiFA) é realizada há 20 anos como alternativa ao tratamento medicamentoso. Existem limitações como recorrência, tempo de duração do procedimento prolongados, complicações, materiais utilizados e técnicas aplicadas. **Objetivo:** Demonstrar que AbiFA com cateter de força de contato TactiCath® utilizando potência mais elevada durante curtos períodos é eficaz e segura. **Material e Métodos:** Avaliamos prospectivamente 32 pacientes (pcts) submetidos à AbiFA em 2 centros de 18/01/18 a 09/08/18. 25 (78%) homens, 26 (81%) portadores de HAS, 14 (43,75%) com DM, 2 (6,25%) com AVC isquêmico prévio e 2 com trombo em apêndice atrial esquerdo resolvidos antes do procedimento. Idade média 64,5 anos (40-82), CHADS2VASC médio de 2,72 (1-6), peso médio 80kg (62-105) altura média 1,71m (1,5-1,89) e IMC médio 27 (22-37). Atrio esquerdo médio de 43,3mm(28 a 62). 22 (68,75%) pctcs com fibrilação atrial (FA) paroxística (FAP) e 11 (31,25%) com FA persistente e de longa data (FAPers). 18 (56,25%) pctcs no dia da ablação em ritmo sinusal, 8 (25%) em FA, 4 (12,5%) em flutter atrial (FIA) e 2 (6,25%) em ritmo de marca-passo. Estratégia foi isolamento das veias pulmonares e ablação de FIA quando documentado e infusão de adenosina ao final do procedimento. Pcts em FA e FIA realizaram cardioversão elétrica no início. Utilizamos 40W na parede posterior e linha de FIA e 8 a 15g de força de contato (FC), 50W anterior e 10 a 20g de FC, fluxo de 35ml/min e duração de 6 a 8 segundos naquele local com linhas contínuas. **Resultados:** Todas ablações foram bem sucedidas sem complicações. Mapa do átrio esquerdo (AE) feito em média de 7,2min (4-15), média de tempo no AE 63min (40-112) e total 98min (74-148). Tempo médio de radiofrequência de 29,65minutos (16-48) com média de escopia 8,3min (3-29). Elevação da temperatura esofágica em 8 (25%) pctcs sendo a VPIE mais comum (7 pctcs - 87,5%). Não houve complicações agudas ou intra-hospitalares. Dois (6,25%) pctcs apresentaram flutter atrial com 1 e 14 dias pós-AbiFA sendo ambos pctcs com FAPers. **Conclusão:** A utilização da técnica de potência alta por curto período de tempo com auxílio do cateter de força de contato TactiCath® demonstrou-se útil, eficaz e segura podendo ser uma alternativa para redução de tempo de procedimento, tempo de radiofrequência e redução de lesão no esfago pelo baixo índice de aquecimento neste órgão.

980

PALPITAÇÃO COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA A ADESÃO FARMACOLÓGICA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

JAQUELINE CORREIA PADILHA¹; CAMILA TAKÃO LOPES²; JULIANA DE LIMA LOPES²

1. C.A.R.E., SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Para que o tratamento das doenças cardiovasculares seja efetivo, é necessário que os pacientes tenham adequada adesão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve adesão como um fenômeno multifacetado em 5 dimensões, que pode nortear o profissional da saúde na identificação de fatores que contribuem para a falta de adesão e proposição de estratégias de intervenção. **Objetivo:** Identificar os fatores que interferem na adesão farmacológica de pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC). **Método:** Estudo analítico, transversal e correlacional realizado com 198 pacientes com DAC de setembro a outubro de 2016 em hospital de referência em Cardiologia de São Paulo-SP. A variável dependente, adesão farmacológica, foi verificada pelo Teste de Morisky Green. As variáveis independentes investigadas foram aquelas propostas pela OMS. A relação entre as variáveis independentes e a adesão foi verificada pelos testes Qui quadrado, t de student ou Mann Whitney. A associação conjunta entre as variáveis independentes e a adesão foi verificada pelo modelo de Cox. Razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança (IC) 95% foram utilizadas como medidas de associação, considerando p<0,05. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** 64,6% homens, com idade média 65,7±11,4 anos e escolaridade de 7,3±5,41 anos. 85 participantes (43,0%) aderiam ao tratamento farmacológico. Na análise univariada, os fatores associados à adesão foram: fadiga (p=0,01), palpitação (p=0,04), considerar o tratamento complexo (p=0,042), consumir álcool (p=0,042) e ser atendido por convênio médico (p=0,035) e pelo Sistema Único de Saúde (p=0,0048). Na análise múltipla, permaneceram associados à adesão: a fadiga (RP=3,308, IC 95% 1,83-5,99, p=0,001), palpitação (RP=3,29, IC 95% 2,18-4,98, p=0,001) e consumo de álcool (RP=0,347, IC 95% 0,13-0,91, p=0,031). **Conclusão:** A presença de fadiga ou palpitação na DAC está associada a um aumento em torno de 3 vezes da chance de adesão ao tratamento farmacológico, enquanto os pacientes que consomem bebida alcoólica têm prevalência de não adesão 2,88 vezes maior do que os pacientes que são abstêmios. A contribuição profissional para a adesão ao tratamento deve incluir, ainda no ambiente hospitalar, a orientação para que não parem de tomar os medicamentos quando estiverem assintomáticos e quanto à cessação do consumo de álcool.

989

DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA INFLUENCIA A TURBULÊNCIA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CHAGAS

PAULO ALEXANDRE DA COSTA; DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA; KLEBER ROGÉRIO SERAFIM; RICARDO GARBE HABIB; CLAUDIA SILVA FRAGATA; VIRGINIA BRAGA CERUTTI

IDPC, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas (DC) apresenta como uma de suas complicações a disfunção autonômica, existindo intensa denervação parassimpática. Essa disautonomia é detectada antes mesmo do desenvolvimento de falência cardíaca, ocorrendo em todas as formas da doença (indeterminada, cardíaca, digestiva e mista). A turbulência da frequência cardíaca (TFC) avalia oscilações da frequência cardíaca após uma extra-sístole ventricular, permitindo avaliar a integridade do sistema autonômico por meio da resposta do reflexo baroreceptor. **Objetivo:** Avaliar se pacientes com DC e disfunção ventricular esquerda apresentam piores índices de TFC do que aqueles com função normal. **Metodologia:** 41 pacientes com DC (18 homens, idade 62±10 anos, 56% em uso de amiodarona e/ou betabloqueador) consecutivamente encaminhados para realização de Holter 24 h foram divididos em 2 grupos de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em reduzida (7 pacientes) e preservada (34 pacientes). Considerou-se FEVE reduzida quando <52% para homens e <54% para mulheres. Utilizando software CardioSmart Institucional CS 550 - versão 6.383, foram avaliados os índices de TFC (turbulence onset [TO] e turbulence slope [TS]) e a categoria de TFC (0=TO e TS normais; 1=TO ou TS alterado; e 2=TO e TS alterados). **Resultados:** O número de ectopias ventriculares no Holter 24 h variou de 13 a 8.117 batimentos (média de 1.555±1.689 batimentos e mediana de 969 batimentos). Observou-se diferença significativa entre os grupos quanto a FEVE (36±9 x 64±5%, p<0,001). Pacientes com FEVE reduzida apresentavam maiores valores de TO (0,0057±1,7 x -1,5147±2,6%, p=0,035) e menores valores de TS (2,8428±2,7 x 6,2118±5,2 ms/RR, p=0,012). Entre os pacientes com FEVE reduzida, 71,4% apresentavam categoria de TFC 1 ou 2, enquanto que entre os pacientes com FEVE preservada, 23,5% apresentavam categoria de TFC 1 (p=0,024). **Conclusões:** 1) Pacientes com DC e FEVE reduzida apresentam piores índices de TFC, caracterizando maior desequilíbrio autonômico; 2) Estudos prospectivos são necessários para determinar a implicação desses achados.

1004

ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS EM PACIENTES TRATADOS COM ANTIPSICÓTICOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE PSIQUIATRIA

KAIZY FERREIRA CARVALHO¹; ANDRE LUIZ DE SOUZA RODRIGUES²; FÁBIO BENEDITO FILO CREÃO GARCIA PEREIRA³

1. POLÍCIA MILITAR DO PARÁ, BELEM, PA, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELEM, PA, BRASIL; 3. FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA, BELEM, PA, BRASIL.

Introdução: As drogas antipsicóticas (DAP) tiveram suas indicações ampliadas ao longo dos últimos anos, estendendo seu uso aos transtornos de humor, de ansiedade, autismo e outros. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de alterações eletrocardiográficas (ECG) e de fatores contribuintes para o aumento do risco cardiovascular e de morte cardíaca súbita entre os pacientes atendidos na Clínica de Psiquiatria de um hospital de referência terciária, de julho/2015 a fevereiro/2017. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa e objetivo exploratório. Foram analisados os ECGs digitalizados eletronicamente e ampliados 400%, sendo avaliados P, PR, QRS, QTc, RR, JTc, ST, SAP, SAQRS e outros elementos qualitativos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, do teste Exato de Fisher e da correlação linear de Pearson. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. **Resultados:** Foram incluídos 37 pacientes, sendo 21 (57%) do sexo feminino e 16 (43%) do sexo masculino, com idade entre 16 e 68 anos (média 34 anos). Um paciente (3%) utilizava três, 9 pacientes (24%) utilizavam dois e 27 pacientes (73%) uma DAP. Apenas 10 pacientes (27%) tinham ECG normal. A alteração do ECG (AE) mais comum foi a inespecífica da repolarização ventricular, encontrada em 13 (35%) dos pacientes, porém observou-se prevalência elevada do intervalo QTc prolongado (QTcL), presente em 6 (16%) dos pacientes. Baixa voltagem do QRS (16%) e desvio do SAQRS (16%) também tiveram grande representatividade na amostra. Outras AE menos comuns: onda P alargada (11%), QS em V1 (11%), R < S de V4-V6 (8%), distúrbio de condução intraventricular (8%), taquicardia sinusal (8%), bloqueio atrioventricular de 1º grau (5%), PR curto (3%), ritmo não sinusal (3%), desvio do SAP (3%), Cornell + (3%). Não houve associação estatística (p>0,05) entre o QTcL, bem como as demais AE, com as variáveis analisadas (sexo, idade, DAP, função renal, peso, altura). **Conclusão:** A prevalência de alterações do ECG em pacientes medicados com DAP, especialmente o intervalo QTc, pela importância clínica, sugere a necessidade de um protocolo de controle de segurança na prescrição destes medicamentos, incluindo a análise obrigatória do ECG de rotina.

1029

CORRELAÇÃO DO INTERVALO QT OU DE VARIANTE GENÉTICA COM OCORRÊNCIA DE FIBRILAÇÃO ATRIAL EM PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE BRUGADA TIPO 1

PAULA CAVALCANTI ENDO; ALBERTO PEREIRA FERRAZ; WILDER PACHECO; OTÁVIO AUGUSTO OLIVEIRA DE CARVALHO; LUCIANA SACILOTTO; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; CAROLINA ISABEL LEMES; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A ocorrência de fibrilação/flutter atrial (FA/FLU) tem sido relacionada com risco de eventos potencialmente fatais em pacientes (pts) com Síndrome de Brugada tipo 1 (SB1). O intervalo QT corrigido (QTc) poderia refletir a eletrofisiologia atrial, já que a repolarização atrial e ventricular são determinadas pelas mesmas correntes iônicas. Não há dados na literatura correlacionando o QTc com a incidência de FA/FLU nesses pts. **Objetivos:** Avaliar a incidência de FA/FLU em SB1, bem como a correlação dessas arritmias com o QTc e com aspectos genéticos. **Métodos:** Estudo transversal em coorte de pts com SB1 acompanhados num hospital universitário, por meio de coleta de dados de prontuário e avaliação cega de um avaliador, confirmada por um segundo avaliador. Divergências foram solucionadas por consenso. Os resultados foram expressos em médias e DP. A análise estatística foi realizada pelo teste t de student com amostras pareadas. **Resultados:** Foram avaliados 81 pts com SB1, com idade média de 41±15 anos, sendo 59 (73%) do sexo masculino. Seis pts (7,4%) apresentaram episódios de FA/FLU - Grupo I, sendo que destes, 5/6 (83%) possuíam padrão Br1 espontâneo, versus 56/75 pts (75%) sem FA/FLU - Grupo II. A idade média dos pts do Grupo I foi de 37±27 anos e do Grupo II, de 41±14 anos. A frequência cardíaca média no Grupo I foi de 62±8 bpm e de 66±9 bpm no Grupo II. A média do QTc foi de 417±27 ms nos pts do Grupo I e de 407±27 nos pts no Grupo II (diferença das médias 24,8, IC -6 a +56, p=0,099). Em relação à medida do átrio esquerdo, no Grupo I foi de 37±4mm, e no Grupo II, 34±5mm (diferença das médias 5,8mm, p=0,237). Mutação no SCN5A foi encontrada em 2/6 (33%) dos pts do Grupo I e 17/75 (22,6%) do Grupo II. As prevalências de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crônica foram respectivamente: 1/6 (16%), 1/6 (16%) e 0% no Grupo I e 15/75 (20%), 4/75 (5%), 1/75 (1%) no Grupo II. A densidade média de extrassístoles atriais no Grupo I foi de 104±170 em 24h e 29±107 no Grupo II. **Conclusões:** A incidência de FA/FLU nos pts com SB1 foi baixa em nossa casuística. Não foi possível estabelecer correlação entre medidas do QTc e ocorrência de FA, bem como não houve diferença em relação à presença ou ausência da variante genética SCN5A. A fisiopatologia da FA em pts com SB1 ainda necessita de estudos com maior número de pacientes para esclarecimento.

936

AValiação DO ESCORE DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL EM PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS

FRANCISCA MYLENA MELGACO NUNES¹; EDUARDO ARRAIS ROCHA²; MARIA DE FATIMA OLIVEIRA¹; ALANNA CARLA DA COSTA¹; ANA ROSA PINTO QUIDUTE²; CARLOS EDUARDO MENEZES VIANA¹; JULIETH MESQUITA LACERDA¹; YAN BRUNO COLARES BOELHO¹; RAQUEL CARVALHO MONTENEGRO¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNDIDO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) determinam elevada morbi-mortalidade no Brasil, sendo responsáveis por cerca de 20% das mortes em indivíduos acima de 30 anos. Dessa forma, é fundamental conhecer a magnitude dos fatores de risco cardiovascular (CV) para se estimar o risco de possíveis eventos CV. Estes dados são desconhecidos em portadores de Doença de Chagas (DC), podendo essa associação ter implicações prognósticas desfavoráveis. Não existem estudos definitivos que correlacionem a DC e o escore de risco CV na Literatura. **Objetivo:** Avaliar o escore de risco CV global em pacientes com DC na forma cardíaca (FC) e indeterminada (FI). **Desenho do estudo:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal. **Métodos:** O estudo foi realizado no Laboratório de Pesquisa em Doença de Chagas de março de 2017 a maio de 2018. Os indivíduos foram divididos quanto à forma da doença: FC e FI. A estratificação do risco CV global em 10 anos para homens e mulheres foi baseada na V Diretriz Brasileira de Dislipidemias, classificando os indivíduos como: baixo, intermediário e alto risco para desenvolvimento de DCV. **Resultados:** Avaliou-se 102 indivíduos, sendo 54 na FC e 48 na FI, com idade média de 55,1 e 54,9 anos respectivamente. 84% (N=86) dos portadores de DC apresentaram risco intermediário ou alto para ocorrência de eventos CV em 10 anos. A análise das formas indicou que na FC 92,6% (N=94) apresentaram risco intermediário a alto e 75% (N=76) na FI. Na avaliação do alto risco CV, observou-se uma prevalência de 36,2% (N=37) nos portadores de DC, sendo alto risco em 29 pacientes e na FC em 8. **Conclusão:** Observou-se uma alta prevalência de risco cardiovascular global intermediário a alto em portadores de doença de Chagas, principalmente na forma cardíaca. A associação pode resultar em uma somatória de risco cardíacos para estes pacientes, sendo necessário novos estudos para o melhor entendimento dessa associação.

900

TAQUICARDIA DE COUMEL- TRATAMENTO CLÍNICO EM CRIANÇAS

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A Taquicardia de Coumel (TC) é uma arritmia por reentrada que utiliza uma via acessória de condução decremental retrogradamente e o seu relato é raro em crianças. Geralmente, tem comportamento incessante e pode levar a taquicardiomiopatia. A ablação é o tratamento de escolha, contudo nas crianças devemos escolher o melhor momento. Este trabalho é um estudo retrospectivo de 8 crianças com TC, com idade variando de 2 meses a 1 ano, e 2 casos no período pré-natal; 5 eram meninos. Em 3 casos, a TC foi identificada em crianças assintomáticas, com 2 meses, 8 meses e 1 ano de vida. A FC era de 180 a 200bpm. Todas tinham ecocardiograma (Eco) normal. O Holter mostrava TC não sustentadas e sustentadas nos 3 pac. Devido ao peso, foi iniciada medicação, estando as 2 menores em uso de Propranolol (PPL) e a maior em uso de PPL e Propafenona (PFN), todas com controle da arritmia e eco normal, com seguimento de 1 a 3 anos. Outros 2 casos, foram encaminhados por sopros e foi diagnosticada TC em 2 lactentes de 3 e 8 meses. Apresentavam Eco normal. Foram tratados com PPL com redução nos episódios de arritmia. Mantiveram Eco normal após 1 ano. Em 1 caso, lactente de 11 meses foi atendida com quadro viral e foi identificada TC com FC 220bpm, com Eco normal. Foi mantida com PFN com controle e acompanhamento de 2 anos. Em 1 caso, foi identificada hidropisia fetal e a gestação de 36 semanas foi interrompida. Após o nascimento, foi evidenciada TC com FC 250bpm e disfunção ventricular ao Eco com FE 20%. Para o recém-nascido de 2,5kg, foi iniciada Amiodarona e tratamento para insuficiência cardíaca. Após 2 meses, o ecocardiograma mostrou fração de ejeção normal e o Holter não mostrou arritmias. Foi trocada Amiodarona por PFN e a criança segue assintomática, com Eco normal com seguimento de 2 anos. No último caso, foi identificada taquicardia fetal, mas o feto estava bem e a gestação foi levada a termo. O ECG no 1º dia de vida identificou TC com FC 200bpm e Eco normal. Atualmente, com PFN e PPL com TC diárias assintomáticas com Eco normal, bom crescimento e desenvolvimento com acompanhamento de 3 anos. A TC na população pediátrica é pouco relatada e deve-se preferencialmente aguardar até a criança pesar mais de 15Kg para a realização de ablação, visando ao menor índice de complicações. O tratamento medicamentoso costuma ser eficaz nessa população, como evidenciado nos 8 casos estudados.

1010

PREVISIBILIDADE DAS ARRITMIAS VENTRICULARES NA DOENÇA DE CHAGAS- POR QUE A MONITORIZAÇÃO DE LONGO PRAZO É NECESSÁRIA

NANCY CHRISTIANE FERREIRA SILVA; BRÁULIO LUNA FILHO; MARIA DO CARMO MAIA REIS; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Fundamentos: A variabilidade das arritmias ventriculares, entre os diferentes dias da semana em portadores da doença de Chagas, não é detectada pelo exame de Holter-24hs. Faz-se necessário analisar se essas arritmias são eventos aleatórios ou apresentam recorrência reprodutível e previsível. **Método:** O Holter-24hs foi gravado em 16 indivíduos com idade média de 52±8 anos. Eles estavam clinicamente estáveis e sem sinais de insuficiência cardíaca. As arritmias analisadas foram extrassístole ventricular (EV) Isolada, EV Pareada e Taquicardia Ventricular Não-sustentada (TVNS). Em cada paciente a gravação ocorreu durante sete dias consecutivos, totalizando 98 horas de monitorização. Cada dia de gravação foi comparado entre si desde o primeiro até o sétimo e último dia. Análise estatística: Considerando-se o formato dos dados, apresentados em séries temporais, e para provar se o fenômeno arritmico era ou não aleatório, aplicou-se Expoente de Hurst (H) - Análise R/S. Resultado de $H > 0,5$ e ≤ 1 implica em fenômeno não-aleatório e variabilidade das arritmias entre os diferentes dias, os dados foram analisados através de Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas. **Resultados:** O H obtido foi significativamente $> 0,5$ em todos os 16 pacientes, confirmando a não aleatoriedade das arritmias. Os resultados para D e IP estão no quadro 1. **Conclusão:** As arritmias ventriculares na miocardiopatia chagásica não são fenômenos aleatórios, mas possível expressão de memória de longo prazo das células cardíacas. As ocorrências arritmicas nesses pacientes não apresentaram similaridades entre os dias. Detectou-se ampla variação na frequência e tipo de arritmias, tornando improvável que a gravação com Holter-24hs capte a variabilidade desse fenômeno.

Quadro 1. Dimensão Fractal (D) e Índice de Previsibilidade (IP) de 16 pacientes com miocardiopatia chagásica e manifestações arritmicas: EV Pareadas e EV Isoladas obtidas a partir de 98 horas de holter.

Pacientes (n=16)	Dimensão Fractal Média ± Desvio Padrão (variação)	Índice de Previsibilidade (%) (variação)
EV Pareadas	1,31± 0,04 (1,23-1,36)	38±7,4 (29-54)
EV Isoladas	1,23±0,04 (1,13-1,31)	54±8,4 (38-74)

A ANOVA mostrou diferença significativa nas frequências diárias e padrão de manifestação das EV Pareadas (n=15, ps0,05), EV Isoladas (n=12, ps0,05), e TVNS (N=7, ps0,05).

1038

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO APÓS PROCEDIMENTOS ELETROFISIOLÓGICOS: UM REGISTRO NACIONAL DA PRÁTICA CLÍNICA

MAURICIO MONTEMEZZO¹; BARRY BURSTEIN²; PEDRO YURI PAIVA LIMA³; DANIEL GOMEZ GARCIA³; ALEJANDRO VIDAL MARGENAT³; RODRIGO SILVA SILVA BARBOSA³; JACQUELINE JOZA²; MARTIN BERNIER²; VIDAL ESSEBAG²

1.LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE, MONTREAL, CANADÁ; 3.HOSPITAL ALBERT SABIN, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

Introdução: O acesso venoso femoral é utilizado pela grande maioria dos procedimentos eletrofisiológicos (EF). Os dados relacionados a incidência de tromboembolismo venoso, especificadamente trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) ainda são escassos. As estratégias de prevenção também são incertas nessa população. Nosso objetivo foi de pesquisar nos centros Canadenses a incidência de tromboembolismo venoso após procedimentos que não necessitaram de anticoagulação oral ou venosa. **Métodos:** Um questionário online foi distribuído para os maiores centros de eletrofisiologia do Canadá. Os participantes responderam em relação ao volume dos procedimentos realizados, incidência de tromboembolismo venoso pós procedimentos e a prática clínica realizada em relação a medidas farmacológicas e não farmacológicas para profilaxia de tromboembolismo venoso. **Resultados:** O estudo incluiu 17 centros que realizaram um total de 6062 procedimentos em 2016. Da análise realizada 10 pacientes (0,16%) tiveram tromboembolismo venoso (incluindo 9 e 6 EP) após estudos eletrofisiológicos e procedimentos de ablação do lado direito do coração excluindo flutter atrial. Cinco centros (41,6%) administraram heparina intravenosa durante os procedimentos de estudo eletrofisiológicos e ablações realizadas no lado direito do coração. Para pacientes que estavam em uso de anticoagulante oral, 10 centros (58,8%) suspenderam o anticoagulante oral antes do procedimento. Dois centros (11,8%) prescrevem rotineiramente após os procedimentos EF profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso. Quatro centros (23,5%) usam curativo compressivo no pós procedimento e todos prescrevem repouso de no máximo 6 horas após os procedimentos. Das variáveis coletadas no estudo, nenhum foi relacionada a predisposição para TVP. **Conclusão:** Tromboembolismo venoso não é uma complicação comum nos procedimentos EF. Existem uma significativa variabilidade nas estratégias usadas para prevenir tromboembolismo venoso nos diferentes centros. Estudos futuros são necessários para avaliar as estratégias para redução do risco de tromboembolismo venoso que podem ser incorporados na prática clínica dos procedimentos EF.

903

10 ANOS DE ABLAÇÃO DE VIA ACESSÓRIA PARA-HISSIANA POR RADIOFREQUÊNCIA EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO: ANÁLISE CLÍNICA, SUCESSO E COMPLICAÇÕES

CYNTHIA APARECIDA DA SILVA ROCHA; XIMENA FERRUGEM ROSA; CARINA HARDY; SISSY MELO; CRISTIANO FARIA PISANI; MUHIEDDINE OMAR CHOKR; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As vias anômalas (VA) acometem cerca de 1-2.1000 indivíduos, sendo as mais comuns as laterais esquerdas. A localização para-hissiana ocorre em 1,4-2,0% dos portadores de via anômalas. **Objetivo:** avaliar características clínicas, sucesso, técnica utilizada e complicações em pacientes submetidos à ablação de VA para-hissiana por radiofrequência (RF) em nossa instituição. **Método:** Foram revisadas as ablações de VA entre janeiro de 2007 e dezembro de 2017. **Resultado:** No período analisado, ocorreram 1435 procedimentos de ablação de VA, sendo dessas 93 ablações de VA para-hissiana. A idade média dos pacientes foi de 28,81 anos e 67,74% eram do sexo masculino. Oitenta e um (87,10%) indivíduos possuíam VA manifestas, sendo que 76 delas eram bidirecionais. O acesso vascular utilizado para inserção do cateter de ablação foi veia femoral direita isoladamente (62,36%) ou associada à veia jugular interna direita (37,63%); quando necessitou-se de acesso a câmaras esquerdas, esse foi obtido por meio de punção de artéria femoral (19,35%). Durante o estudo eletrofisiológico, induziu-se alguma arritmia em 65,59% dos pacientes: taquicardia ortodrômica em 60,21% e fibrilação atrial em 10,75%. A RF foi aplicada em oitenta pacientes (86,02%); alguns em ritmo sinusal, no local de menor AV durante pré-excitação manifesta; outros em menor intervalo VA durante taquicardia ortodrômica ou estimulação ventricular contínua. Ritmo juncional ativo durante a aplicação ocorreu em 23 pacientes (28,75%). A potência máxima atingida foi de 10-50W (mediana de 20W). A indução de bloqueio de ramo ocorreu em 7,5% dos pacientes, sendo que 3,75% permaneceram com bloqueio de ramo após o término do exame. Nenhum paciente necessitou de marcapasso após o procedimento. Cinquenta e cinco pacientes (59,14%) tiveram a via acessória para-hissiana eliminada, sendo 6 deles (16,36%), por via retroaórtica (entre as cúspides coronariana direita e não coronariana). **Conclusão:** A VA para-hissiana é ainda um desafio dentro da ablação das VA devido ao risco de lesão ao sistema de condução. Como alternativas, utiliza-se o acesso jugular na tentativa de melhor apoiar o cateter de ablação em um alvo com menor sinal de His; o mapeamento retroaórtico, na sua proximidade com o His, entre as cúspides não-coronariana e coronariana direita também é opção; e o uso de baixa potência também reduz o risco de complicações.

975

VALIDAÇÃO DA PREDIÇÃO ANALÍTICA DO ÍNDICE DE PRÉ-EXCITAÇÃO COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA NAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

MARCEL HENRIQUE SAKAI; MARINA VIEIRA NAGAHAMA; MARIA CECÍLIA XAVIER SOUTO; ELANO SOUSA DA FROTA; LAURA DE SIQUEIRA CASTRO; CLAUDIO CIRENZA; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A predição analítica do índice de pré-excitação (PAIP), que estima o índice de pré-excitação através de modelo matemático, foi criado para auxílio no diagnóstico das TPSV. O cálculo da PAIP é: (AV durante taquicardia) + (VA durante pacing no mesmo ciclo) - (Ciclo da taquicardia). Os autores criaram tal cálculo obtiveram relação direta com o índice de pré-excitação e com o diagnóstico mas sua amostra foi reduzida. A prática clínica com o método é limitada. **Objetivos:** Testar a PAIP em maior número de pacientes e avaliar limitações. **Métodos:** Estudo retrospectivo com 167 casos em que a ablação foi realizada com sucesso. Foram incluídos todos casos de TRN e TRAV em que houve estimulação ventricular no mesmo ciclo da taquicardia. Calculamos o PAIP, sendo os valores submetidos a análise estatística. **Resultados:** Dos 167 casos, 131 (78,44%) puderam ser calculados. O ponto de corte do PAIP acima de 90 apresentou sensibilidade de 100%, especificidade de 96,9%, valor preditivo positivo de 97% e valor preditivo negativo de 100% para diagnóstico de TRN com área sob a curva de 0,99 (0,99-1,0). Apenas 2 casos de via acessória lateral esquerda tiveram valores acima de 90. Quando consideradas apenas as vias acessórias septais e de parede livre direita, a sensibilidade e especificidade foram ambas 100%. Houve 36 (21,55%) casos que não puderam ser calculados: 20 (11,97%) por ponto de Wenckebach retrógrado durante estimulação ventricular maior que ciclo de taquicardia, 16 (9,58%) por sequência retrógrada de ativação atrial diferente durante marcapassoamento ventricular e durante taquiarritmia e 1 (0,59%) por ciclo de taquicardia alternante. **Conclusão:** A predição analítica do índice de pré-excitação é um método prático com boa sensibilidade e especificidade para diferenciar TRN e TRAV. Apresenta como vantagem a ausência de necessidade de manobras durante taquicardia. A maior aplicação se mostra na diferenciação de TRN e de TRAV por vias acessórias de parede livre direita e septais, onde a sensibilidade e especificidade é 100%. Apresenta como limitação o fato de não poder ser realizado em parte dos pacientes.

912

DOSAGEM DE NT-PROBNP PRÉ E PÓS-ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL COMO MARCADOR DE MIOPATIA ATRIAL EM PACIENTES COM FUNÇÃO VENTRICULAR PRESERVADA E SUA CORRELAÇÃO COM SUCESSO DO PROCEDIMENTO

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CHRISTIANO LEMOS CUNHA²; EDUARDO GUESTAS SERPA¹; HERMES CARLONI³; DALTON HESPAHOL DO AMARAL²; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.⁴

1.INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3.HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL; 4.

Introdução: A dosagem do NT-proBNP (BNP) tem correlação diagnóstica e prognóstica na insuficiência cardíaca. Sua dosagem está descrita também como possível marcador de doença miocárdica atrial em pacientes com função ventricular normal e fibrilação atrial (FA). Estudos retrospectivos, prospectivos além de metanálises demonstram que sua dosagem elevada antes da ablação de FA (AbiFA) é um fator de risco em sua recorrência. **Objetivo:** Determinar se a dosagem do BNP anterior, 6 e 12 meses após a AbiFA pode identificar pacientes com maior risco de recorrência da taquiarritmia. **Material e Métodos:** Desde março de 2014 iniciamos a dosagem do BNP em pacientes (pctes) com FA paroxística e persistente com função ventricular preservada, na semana anterior, 6 e 12 meses após o procedimento. Foram avaliados retrospectivamente 251 pctes submetidos a AbiFA sendo que destes 73 (29%) completaram o protocolo com as 3 dosagens. Todos tiveram suspensos seus medicamentos antiarrítmicos entre 60 e 90 dias pós-AbiFA. A idade média foi 60,78 anos (27 a 83), 46 (63%) sexo masculino, 53 (64%) apresentavam FA paroxística e o restante persistente, CHADS₂VASC médio de 2 (0 a 6), função ventricular média de 64,16% (50 a 78%) e diâmetro atrial esquerdo de 40,7mm (28 a 56). Consideramos elevadas dosagens acima de 150pg/dl e a média do BNP foi de 349,40pg/dl (27 a 2812) pré-procedimento, 206,28pg/dl (26 a 914) aos 6 meses e 155,1pg/dl (34 a 632) com 12 meses. **Resultados:** 73 BNP dosados pré-AbiFA 33 (45%) estavam com resultado médio de 448,2pg/dl (198 a 2812) e destes 15 (45,4%) mantiveram-se elevados (média 352,1pg/dl) após a dosagem de 6 meses sendo que 9 dos 15 (60%) apresentaram recorrência entre 6 e 12 meses. Entre os 6 pctes que mantiveram níveis elevados (média 279,6pg/dl) após 12 meses 2 (33,3%) tiveram FA após este período. Dos 18 pctes entre os 33 (54,6%) com níveis normalizados pós-AbiFA houve recorrência em 3 pctes após 6 meses e 1 após 12 meses. **Conclusão:** A dosagem do BNP em pctes com FA e função ventricular normal pode identificar aqueles de maior risco de recorrência principalmente quando tem níveis elevados pré-AbiFA que se mantêm assim com 6 e 12 meses. A recorrência no grupo BNP elevado pós-AbiFA foi de 73,3% ao passo que nos pctes com sua normalização foi de 22,2%.

911

ISOLAMENTO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO E DO SEIO CORONÁRIO EM ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL PERSISTENTE - RESULTADOS DE LONGO PRAZO

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

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

Fundamento: A ablação por cateter (RFA) de fibrilação atrial persistente (FAP) tem alta taxa de recorrência quando apenas as veias pulmonares (VPs) são isoladas, necessitando extensas aplicações de RF em outras regiões. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia a longo prazo do isolamento completo do apêndice atrial esquerdo (AAE) e do seio coronário (SC) em pacientes portadores de FA persistente. **Métodos e Resultados:** 12 pacientes (idade média 65±12 anos, 75% masculino) portadores de FAP recorrente após procedimento inicial para isolamento elétrico das VPs e da parede posterior do AE, utilizando ecocardiograma intracardíaco e mapeamento eletroanatômico. A estratégia envolvia o isolamento elétrico do AAE guiado por mapeamento circular (potência max 35W) associado a isolamento do SC através de aplicações endocárdicas e no interior desta estrutura (distal para proximal, em direção ao tecido atrial, potência máx 30W). Reconexões elétricas das VPs e da parede posterior eram também reablaçadas, assim como quaisquer outras arritmias indutíveis. A temperatura esofágica foi acompanhada durante RF no interior do SC, sendo interrompida a aplicação de RF quando este atingia 39,0°C. A comprovação do isolamento elétrico era realizada por completo desaparecimento dos eletrogramas, dissociação dos potenciais ou bloqueio de saída. Isolamento do AAE foi obtido em 9/12 pts (75%), com recorrência aguda em 4 pts (44%) em até 90 min de observação, necessitando novas aplicações. Um paciente necessitou de aplicações no SC distal para isolar o AAE. Isolamento do SC foi obtido em 8/12 pts (67%), com recorrência aguda em 3 pts (38%). Após 14±2 meses de acompanhamento, 8 pts (67%) estavam livres de arritmias atriais. Todas as recorrências foram na forma de flutter atrial atípico ou taquicardias atriais, que foram mapeados em todos (AE e AD). Nestes, o AAE não havia sido isolado inicialmente em 2 pts e o AAE estava reconectado em 2 pts (50%), sendo reisolado. Nenhuma complicação intraoperatória foi observada. Um pt com cardiopatia hipertrófica apresentou embolia renal 12 meses após suspensão do anticoagulante (em ritmo sinusal), com trombo no AAE ao ETE. **Conclusão:** O isolamento do AAE e do SC pode ser realizado com segurança em pacientes com FAP com recorrência após isolamento das VPs e da parede posterior, proporcionando excelentes resultados no acompanhamento de longo prazo.

937

QUAL A REAL UTILIDADE DA ADENOSINA NAS ABLAÇÕES DE FIBRILAÇÃO ATRIAL?

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CHRISTIANO LEMOS CUNHA²; EDUARDO GUESTAS SERPA¹; HERMES CARLONI³; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.³; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR²; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; DALTON HESPAHOL DO AMARAL²; TATIANA SANTOS CAUS²

1.INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA RITA, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3.HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL.

Introdução: ablação de fibrilação de atrial (FA) na descrição há 20 anos com Michel Haisseguerre no isolamento das veias pulmonares (VPP) se tornou mais frequente nos serviços de eletrofisiologia. Uma limitação, apesar da evolução de técnicas e equipamentos, é a reconexão das VPP e recorrência da arritmia. Uma forma de evitarmos a recorrência foi proposta com uso da Adenosina (ADNO) para desmascarar as veias reconectadas porém "dormentes" pelo edema causado pela ablação. **Objetivo:** descrever em pacientes (pctes) submetidos a ablação de FA paroxística (FAPar) e persistente (FAPers) a utilidade do uso da ADNO na capacidade de desmascarar VPP dormentes e evitar a recorrência da FA pós-isolamento destas. **Material e Métodos:** foram analisados de forma retrospectiva 395 pctes submetidos a ablação de FA com EnSite e ECO intracardíaco. 78 (19,75%) pctes se submeteram ao isolamento das VPP e usaram ADNO no fim da ablação. 58 (74,3%) do sexo masculino, CHA₂DS₂VASC de 3,5 (0 a 6), 63 (80,7%) com HAS, DM em 15 (19,2%), doenças vasculares em 34 (43,6%) e acidente vascular cerebral isquêmico ou fenômenos tromboembólicos em 9 (11,5%). 50 (64%) com FAPar e demais FAPers. Na ablação revertia-se ao ritmo sinusal os que estavam em FA e após o isolamento dos antros das VPP com sucesso foram infundidas 12mg de ADNO, nas veias esquerdas e 12mg nas direitas para avaliar recondução elétrica nelas. **Resultados:** Realizamos 156 infusões de ADNO na primeira vez com desmascaramento de 10 (13%) VPP reconectadas ou dormentes. Nestas ocasiões realizamos a infusão de mais 12mg de ADNO com documentação de nova reconexão em 2 (20%) de VPP. Nestes dois casos, em um segmento de 12 meses, houve recorrência clínica com sintomas de palpitação taquicárdica com documentação ao Holter 24 horas de taquicardias atriais sustentadas e não sustentadas com posterior realização de nova intervenção. Em outros 12 (15,4%) pctes que não identificamos reconexão das VPP houve recorrência de FA, sendo 9 (75%) portadores de FAPers e 3 (25%) de FAPar. **Conclusão:** Com os dados avaliados, naqueles que realizamos mais de uma rodada de ADNO há certeza de que os pctes apresentarão recorrência clínica e nestes, com taquicardia atrial sustentada de veias pulmonares e não FA. Como o número de casos é pequeno acreditamos que há necessidade de um seguimento com mais pctes para determinar a validade do uso da medicação.

946

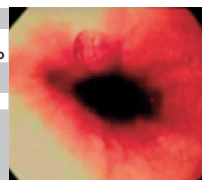
INCIDÊNCIA DE LESÕES ESOFÁGICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL COM CATETER CIRCULAR MULTIPOLAR (PVAC-GOLD®)

RENATO DAVID SILVA; RUI TER CARLOS ARANTES FILHO; RICARDO FERREIRA COELHO MIRANDA; GIOVANA FUZZATO FAZANARO; LIELIA MALAQUIAS DA CUNHA ARAUJO; CARLA SEPTIMIO MARGALHO; EDNA MARQUES; JAIRO MACEDO ROCHA; CRISTINA CHAVES GUERRA; JOSÉ SOBRAL NETO; TAMER NAJAR SEIXAS; HENRIQUE CÉSAR MAIA; AYRTON KLIER PERES

RITMOCARDIO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introdução: As lesões do esôfago são descritas como complicação da ablação por radiofrequência da fibrilação atrial. Os trabalhos que avaliaram a formação das lesões esofágicas em ablações de fibrilação atrial tiveram como padrão de fonte de energia a radiofrequência em modo unipolar, utilizando o cateter irrigado. Atualmente está disponível o cateter circular multipolar (PVAC-GOLD®), que utiliza ciclos de aplicação de energia em fases (Duty-Cycled Phased RF). Este trabalho tem como objetivo avaliar a ocorrência de lesão esofágica em pacientes submetidos a ablação de fibrilação atrial utilizando-se o cateter PVAC-GOLD®. **Métodos:** Entre agosto de 2014 a agosto de 2017, foram incluídos pacientes submetidos a ablação de fibrilação atrial sintomática com uso do cateter PVAC-GOLD®. Através da realização de endoscopia digestiva alta no pós-operatório, buscou-se determinar a ocorrência de lesão esofágica térmica associada ao procedimento. **Resultados:** Um total de 117 pacientes, predominantemente do sexo masculino, portadores de fibrilação atrial (74% com FA paroxística), e idade média de 54,8 anos foram incluídos no estudo. Destes pacientes, 2 apresentaram lesões esofágicas térmicas diagnosticadas através da endoscopia digestiva alta (presença de lesão enantemática no terço médio da parede anterior do esôfago). **Conclusão:** A ocorrência lesão térmica esofágica parece ser um achado incomum em pacientes submetidos a isolamento elétrico das veias pulmonares com o cateter circular multipolar (PVAC-GOLD®).

Resultado da endoscopia e seguimento dos pacientes			
	Pré-procedimento	24h pós-procedimento	15 dias pós-procedimento
Número de pacientes	117	117	3
Sintomas	Ausente	Ausente	Ausente
Endoscopia	Não realizada	114 - Ausência de lesão esofágica 02 - Lesão em parede anterior do esôfago 01 - Lesão em parede posterior do esôfago	Remissão completa das lesões esofágicas



1055

TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA NAS CARDIOMIOPATIAS CHAGÁSICA E NÃO CHAGÁSICAS

ADILSON SCORZONI FILHO; ALFREDO JOSÉ RODRIGUES; CÉSAR AUGUSTO FERREIRA; MARIA LÍCIA CURY RIBEIRO PAVÃO; CRISTIANO HONÓRIO RIBEIRO TEIXEIRA; ELERSON ARFELLI; ANDRÉ SCHMIDT

HC-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Os efeitos da utilização da terapia de ressinchronização cardíaca (TRC) em pacientes com cardiopatia chagásica (CCC) são pouco conhecidos. O objetivo desse trabalho foi comparar o efeito dessa terapia em pacientes com CCC e não-chagásica. Foram estudados, retrospectivamente, pacientes submetidos à ressinchronização cardíaca, avaliando parâmetros clínicos, eletrocardiográficos e ecocardiográficos. Para comparar a mesma variável em dois momentos diferentes foi utilizado Teste de Wilcoxon. Para a comparação de proporções foi utilizado o teste exato de Fisher. A análise de sobrevida foi feita utilizando-se o método de Kaplan-Meier com o "Long rank test" para comparar a sobrevida entre os grupos. Para a análise das variáveis associadas à mortalidade pós-implante utilizou-se a análise de regressão de Cox. Noventa e oito pacientes foram incluídos e divididos em três grupos de cardiopatia: chagásica (CCC); isquêmicas (ISQ) e não-isquêmicas não-chagásicas (NINC). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na avaliação das características clínicas, exceto pela predominância de pacientes do gênero masculino no grupo ISQ. Em relação aos bloqueios de condução intraventriculares, havia menor quantidade de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) espontâneo e maior quantidade de BRE induzido no grupo CCC. As demais características eletrocardiográficas e ecocardiográficas eram semelhantes entre os grupos. A sobrevida de pacientes que recebem a TRC foi baixa após 48 meses de implante, independentemente do tipo de miocardiopatia e a despeito da melhora significativa da classe funcional e estreitamento do QRS dos pacientes. Todavia, a sobrevida do grupo CCC foi significativamente menor quando comparada aos demais. A classe da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e a redução do diâmetro diastólico final do ventrículo esquerdo ocorreram significativamente apenas no grupo NINC. O aumento da idade, FEVE reduzida, presença de atraso da condução intraventricular não especificada e de bloqueio de ramo direito e baixa classe funcional estão associadas a maior risco de morte após implante. Conclui-se que a CCC apresenta resposta clínica à TRC, mas a mortalidade após 48 meses é maior que em outras cardiopatias.

914

PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO IMPLANTE DE CDI SUBCUTÂNEO EM ÚNICO CENTRO BRASILEIRO

CARLOS EDUARDO DUARTE; BRUNO KIOSHI NUMATA; RAQUEL A. LOPES NEVES; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; BRUNO PAPELBAUM; RAPHAEL CHIARINI; THIAGO REGO DA SILVA; ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI; JOAO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; RAONI DE CASTRO GALVÃO; EDER VOLTOLINI; FABRICIO MANTOVANNI CEZAR; LUCIENE DIAS DE JESUS; JAQUELINE CORREIA PADILHA

C.A.R.E - CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA DO HOSPITAL BP SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O cardiodesfibrilador implantável (CDI) é utilizado para tratamento de taquiarritmias ventriculares como prevenção de morte súbita seja primária ou secundária. Um dos maiores problemas ao longo do seguimento dos pacientes portadores de CDI trata-se da longevidade dos eletrodos. A extração de eletrodos de choque é um procedimento complexo que ao longo da história trouxe uma reflexão para o maior implante de eletrodos de mola única em detrimento de dupla mola. Atualmente o implante subcutâneo (SC) é uma alternativa ao implante convencional, eliminando a necessidade de eletrodos transvenosos, preservando o sistema vascular e evitando suas possíveis complicações. **Objetivo:** Demonstrar o perfil clínico, indicação dos pacientes submetidos a implante de CDI SC de uma experiência inicial. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo no período de Fevereiro/2017 a Abril/2018 em único centro. **Resultados:** Foram 5 pacientes, 4 (80%) sexo masculino, idade média de 56,2 (40±67 anos), 3 (60%) portadores de cardiomiopatia isquêmica e 2 (40%) dilatada idiopática, com Índice de Massa Corpórea (IMC) Média 25,7Kg/m². Sendo 3 (60%) pacientes com indicação por profilaxia secundária. Foram implantados 5 CDI SC, em 1 paciente foi utilizada técnica de implante de três incisões e nos demais a técnica de duas incisões, a duração do procedimento foi de (60 a 120 minutos) e não foi dispensado a utilização da fluoroscopia. No seguimento 1 paciente recebeu terapia apropriada inefetiva. **Conclusão:** O implante de CDI-SC para prevenção de morte súbita em deve ser pensada como primeira escolha sob a ótica de não estarmos colocando eletrodos no sistema vascular que poderá trazer prejuízos que podem suplantiar os benefícios.

Tabela 1.						
Sexo	Idade	Indicação CDI	Indicação SC	IMC	FEVE (Teicholz)	Teste de choque
M	49	Prevenção secundária Miocardiopatia isquêmica	Obstrução vascular bilateral	29,3	62%	Sim
F	40	Prevenção primária Miocardiopatia dilatada idiopática	Opção médica/paciente	25,3	28%	Não
M	59	Síncope/EEF com indução FV Miocardiopatia isquêmica	Opção médica/paciente	26,3	29%	Sim
M	66	Prevenção primária Miocardiopatia dilatada idiopática	Opção médica/paciente	22,0	33%	Sim
M	67	EEF com indução TV polimórfica Miocardiopatia isquêmica	Opção médica/paciente	24,2	58%	Sim

965

PERFIL DOS PACIENTES RESPONDADORES CLÍNICOS A TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA QUE NÃO APRESENTARAM MELHORA RELEVANTE NA ECOCARDIOGRAFIA

RAPHAEL CHIARINI; ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI; THIAGO REGO DA SILVA; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; JOAO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR; LUCIENE DIAS DE JESUS; JAQUELINE CORREIA PADILHA; RAQUEL A. LOPES NEVES; BRUNO KIOSHI NUMATA; BRUNO PAPELBAUM; CARLOS EDUARDO DUARTE; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO

CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA (C.A.R.E.), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A TRC está consagrada no tratamento da ICC refratária de pacientes (pts) que apresentem dissincronia ventricular, sendo relatado cerca de 30% de pts não respondedores. Entretanto, não há consenso nos critérios para se considerar um paciente como respondedor a TRC. Em nossa experiência, observamos que alguns pts respondedores pelos critérios clínicos não se enquadram nos critérios de melhora ecocardiográfica (anatômico/funcionais). **Método:** Foram analisados 476 pts submetidos a TRC no período de janeiro/2012 à março/2017 em nossa instituição, sendo incluídos 30 pts acompanhados por pelo menos 1 ano, que apresentaram melhora pelos critérios clínicos sem melhora pelos critérios anatômico/funcionais. Utilizamos como critérios de resposta clínica a melhora em pelo menos 1 ponto na classe funcional (CF) da NYHA, e como critério de resposta anatômico/funcional a ecocardiografia a redução de pelo menos 10% nos diâmetros sistólico/diastólico final (DSF/DDF) do ventrículo esquerdo e/ou aumento de pelo menos 10% no valor da FEVE. Analisamos o perfil clínico, estrutural e medicamentoso desses pacientes, pré e pós a TRC. **Resultados:** Observou-se nesses 30 pts a predominância do sexo masculino (86%), com idade média de 63,8 anos (+ 10,6), com QRS médio pré implante de 179,4ms (+ 32,2ms) e pós de 148,1ms (+ 26,3ms). A etiologia mais prevalente foi a miocardiopatia chagásica (46%), seguida da miocardiopatia isquêmica (27%) e dilatada (23%). Em relação a CF (NYHA), 93% dos pacientes apresentavam-se pré implante em CF III e 7% em CF IV. Após TRC, 90% dos pts encontram-se em CF I e 50% em CF II. Quanto aos parâmetros ecocardiográficos: apresentaram médias pré e pós implante da FEVE de 32,1% para 29,9%, a média do DDF de 67,8mm para 67,1mm e a média do DSF de 58,3mm para 58,7mm. Os pts não tiveram alterações significativas nas doses e classes de medicações utilizadas pré e pós a TRC. **Conclusão:** Neste trabalho chamamos a atenção sobre a curiosa existência de pts que, apesar de não apresentarem melhoras anatômicas/funcionais pelo Eco transtorácico, obtiveram melhora sustentada (durante pelo menos 1 ano) da CF (NYHA) enquadrando-os como respondedores clínicos à TRC sem resposta anatômico/funcional.

918

PUNÇÃO GUIADA POR ULTRASSOM DA VEIA AXILAR PARA IMPLANTE DE ELETRODOS EM ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - TEMPO DE REPENSAR A TÉCNICA DE ACESSO VASCULAR

CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR; LUCAS CARVALHO DIAS; PAULO JOAQUIM SIBILIO MALDONADO FILHO; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO

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

Introdução: O acesso vascular por punção é a principal via de acesso para implante de eletrodos em estimulação cardíaca artificial, sendo esta via mais utilizada à medida que os procedimentos se tornam mais complexos. A despeito da evolução das técnicas de acesso, complicações relacionadas ao acesso vascular para implante de eletrodos ainda representam um problema clínico do dia-a-dia, acrescentando risco, custo hospitalar e maior tempo de internação, devendo ser evitadas a todo custo. **Objetivo:** Demonstrar os resultados de segurança e qualidade após 10 meses de punções exclusivamente guiadas por ultrassom em procedimentos de estimulação cardíaca artificial. **Amostra:** Em um período de 10 meses, 110 pacientes (idade média 77±13 anos) foram submetidos a implantes de dispositivos cardíacos (75 implantes de marcapasso (MP) dupla-câmara, 6 MP câmara-única, 5 MP ressinchronizadores, 1 MP para estimulação definitiva do feixe de His, 6 CDI ressinchronizadores, 7 CDI dupla-câmara, 1 CDI câmara-única, 1 reimplante de eletrodo e 9 Upgrades para ressinchronizador), sendo realizados um total de 215 acessos vasculares 100% guiados por ultrassom (abordagem transversal "in-plane" ou "out of plane" em veia axilar) utilizando um aparelho GE Venue 40 Point of Care com transdutor linear 12MHz protegido por Kit estéril CIV Flex (CIVCO Co). Todas as punções foram realizadas ainda com a pele íntegra, e apenas após a aquisição do acesso vascular a incisão cutânea era realizada. **Resultados:** Houve sucesso (punção sem acidentes) na aquisição do acesso venoso em 215 punções (100%). Em um caso uma veia supraclavicular foi puncionada com auxílio de ultrassom para implante de eletrodo em opção à axilar, que se mostrava ocluída. Não houve complicações pulmonares (pneumotórax ou hemotórax) nesta amostra. Houve 1 punção de artéria axilar (0,46%), que foi relacionada à curva de aprendizado da técnica nos primeiros casos. A compressão local foi eficaz. **Conclusão:** A técnica de punção guiada por ultrassom confere segurança nos acessos vasculares para implante de eletrodos, dispensando o uso de contraste venoso ou uso de fluoroscopia nesta fase do procedimento. A aquisição da curva de aprendizado é relativamente rápida, especialmente em centros com grande número de procedimentos.

976

INFECÇÃO DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS (DCI) - ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

FREDERICO HOMEM DA SILVA¹; MARCELO CARRIJO FRANCO¹; PETRONIO RANGEL SALVADOR JÚNIOR²; ELIAS ESBER KANAAN²; GLYCON MESSIAS LOUREIRO ARAUJO¹; LUANA CAMPOLI GALBIATI¹; LORENA SILVA LIMA BORGES¹; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL;
2. BIOCARDIO, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

Introdução: Os implantes de DCI constituem prática comum visto segurança e benefício. Embora sejam baixas as complicações, os quadros de infecção resultam em alta morbimortalidade e frequentemente tanto o diagnóstico quanto o tratamento são desafiadores. **Objetivos:** Análise clínica, evolutiva e terapêutica de pacientes com quadro de infecção relacionado a DCI. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (implantes ou troca de gerador) no período de 2015 a 2018. **Resultados:** Foram realizados 710 procedimentos (452 implantes). Identificados 10 casos (1,41%) de infecção (marcapasso dupla-câmara: 70%; ressinicronizador: 20%; cardiodesfibrilador implantável: 10%) com idade média de 65,3±19,3 anos, mediana de 72,5 anos e sem predomínio de gênero. Febre foi o sintoma mais comum (80%), seguida por hiperemia da loja geradora (70%). Extrusão do gerador ocorreu em 20%. Hemoculturas foram positivas em 70% com identificação de *Staphylococcus aureus* em 85,7% e *Staphylococcus pseudintermedius* em 14,3% (germe associado a piodermite canina). Em 6 casos (3 trocas) os sintomas iniciaram-se em até 3 meses após o ato cirúrgico; apesar de assepsia adequada, antibióticoprofilaxia, extensão da loja em caso de troca e ausência de complicações cirúrgicas. Os casos restantes trataram-se de procedimentos com mais de 2 anos de abordagem; em um caso os sintomas surgiram 4 semanas após tratamento dentário e outro caso apresentava exposição ocupacional e íntimo contato com cães. Em 20% não foram evidenciados fatores predisponentes. Vegetações no eletrodo foram identificadas em 50%. Retirada do sistema foi necessária em 80% (realizada por toracotomia em 75%). Antimicrobianos utilizados foram: Cefazolina, Oxacilina, Vancomicina e Carbapenêmico. O tempo médio de internação foi 38,47,1 dias. Óbito ocorreu em 10%, devido choque séptico secundário a endocardite infecciosa. **Conclusão:** Infecção de DCI associa-se a alta morbimortalidade, sobretudo em casos de endocardite e apresenta elevados custos para o tratamento. Cuidados pré, peri e pós operatórios são fundamentais na prevenção de casos cirúrgicos, especialmente em populações de risco (idosos, trocas, reabordagens, marcapasso provisório, uso de anticoagulantes). O diagnóstico sempre deve ser suscitado em portadores de DCI com quadros infecciosos ou febre de origem indeterminada.

Paciente	Sexo	Idade	Hemocultura	Vegetação	Retirada de sistema	Óbito
1	F	52	-	-	Sim	Não
2	M	80	-	-	Sim	Não
3	M	78	+	+	Não	Sim
4	F	81	-	-	Sim	Não
5	F	71	-	-	Não	Não
6	F	16	+	+	Sim	Não
7	M	74	+	+	Sim	Não
8	M	56	+	+	Sim	Não
9	F	57	-	-	Sim	Não
10	M	75	+	+	Sim	Não

1062

COMPARAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA ENTRE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA APICAL E SEPTAL

DIEGO PATRÍCIO SERRANO PIEDRA¹; ROBERTO CARLOS ALVAREZ²

1. HOSPITAL JOSÉ CARRASCO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. IESS, CUENCA, EQUADOR.

Introdução: A estimulação apical do ventrículo direito pode estar associada a efeitos deletérios na função cardíaca. A necessidade de uma estimulação cardíaca mais fisiológica é indiscutível. A preocupação com a avaliação do dano causado pelo bloqueio do ramo iatrogênico esquerdo produzido pela estimulação do ápice do ventrículo direito em marca-passos convencionais é relativamente recente. Devido a este problema propomos um estudo que compara eletrocardiograficamente a duração dos complexos QRS com a estimulação cardíaca apical e septal. **Métodos:** A amostra contém um total de 323 pacientes que têm marca-passos, dos quais 161 pacientes têm a estimulação apical, 119 têm estimulação no septo e 43 na via de saída do ventrículo direito. Estes foram classificados de acordo com parâmetros eletrocardiográficos medidos com um módulo de aquisição de eletrocardiogramas para computador que mantém registros de pacientes atendidos na consulta médica de eletrofisiologia no Hospital "Monte Sinal" na cidade de Cuenca. Este programa permite medições digitais da duração do complexo QRS de cada paciente, obtendo-se assim os dados. Uma vez que a coleta de dados passou para classificar os pacientes de acordo com o tipo de estimulação cardíaca em apical, septo e via de saída. Estatísticas descritivas foram subsequentemente aplicado para média aritmética, mediana, moda, e o desvio padrão. Com estas medidas foi comparado entre a estimulação do septo e apical, utilizando o teste t de duas amostras para as médias dos complexos QRS. **Resultados:** No estudo, 323 pacientes com marca-passos foram incluídos, independentemente de sua patologia. 11 pacientes foram excluídos por não possuírem os registros necessários. Dos 161 pacientes que apresentaram estimulação apical, obteve-se média de duração do QRS de 179,94ms com intervalo de confiança (95%) de 3,36ms (176,58-183,30); dos 119 pacientes com estimulação septal atingiu média de 158,71ms com intervalo de 4,82ms (153,89-163,53). Ao comparar as amostras, usando um teste T para duas amostras, concluiu-se que a duração média do complexo QRS apical é maior que a média da duração da estimulação septal com um nível de significância estatística de 0,05 (p=0,001). **Conclusão:** Pode-se concluir que a estimulação septal nesta amostra de pacientes conseguiu uma duração significativamente menor do complexo QRS em comparação com a estimulação apical.

1044

ESTIMULAÇÃO VENTRICULAR ARTIFICIAL PELO FEIXE DE HIS

JOSE PLUTARCO GUTIERREZ YANEZ; GUILHERME SAMUEL SCHWENGBER; KARINA DE ANDRADE; MAURICIO LUIS SPESSATTO; JESSICA CAROLINE FELTRIN WILLES; ANIBAL PIRES BORGES; GUILHERME FERREIRA GAZZONI; EDUARDO BARTHOLOMAI; CARLOS ANTONIO ABUNADER KALIL

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: A terapia de estimulação ventricular artificial pode levar a insuficiência cardíaca em 12% dos casos. A estimulação artificial através do feixe de His vem se mostrando uma forma promissora de atingir uma estimulação totalmente fisiológica. **Métodos:** Nesse estudo de série de casos iremos apresentar os resultados dos primeiros 20 casos do nosso serviço e estimulação através do feixe de His em relação à eficácia de segurança do procedimento. Caso clínico: as indicações para a estimulação ventricular foram variadas, sendo seis casos tratados com ressinicronizadores cardíacos e quatorze casos para estimulação ventricular. Treze pacientes foram homens e sete mulheres, com uma idade média de 66,5±22 anos, uma fração de ejeção (FE) média de 51,05±10%. Doze casos eram hipertensos e sete casos apresentavam cardiopatia isquêmica. A estimulação através do feixe de His foi obtida em 17 casos, sendo que um não se obteve estimulação adequada e no outros dois a tentativa de implante do feixe de His foi interrompido por falta de acesso adequado para mapeamento do mesmo. O QRS médio obtido com a estimulação pelo feixe de His foi de 113±6ms, comparado com 202±2ms nos casos onde o feixe de His não foi capturado com sucesso (p<0,001). Não houveram complicações relacionadas ao procedimento. **Conclusão:** A estimulação do feixe de His foi realizada com sucesso em 80% dos casos propostos e a média do QRS obtido foi dentro da normalidade e não houveram complicações relacionadas ao procedimento, demonstrando tratar-se de uma técnica promissora e factível.

1058

AValiação DA Diferença DE POTENCIAL (U) E DO SLEWRATE (SR) EM ELETROCARDIOGRAMAS NORMAIS E COM BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO (BRE)

CARLOS EDUARDO DUARTE; RAQUEL A. LOPES NEVES; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; BRUNO PAPELBAUM; RAONI DE CASTRO GALVÃO; FABRICIO MANTOVANNI CEZAR; MATHEUS BUENO DE MORAES; RAPHAEL CHIARINI; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; VICTOR D DE OLIVEIRA; GUILERME C FIRMINO; YURI B PEREIRA; GUILHERME R DE OLIVEIRA; SAMUEL L DE OLIVEIRA; MAURICIO P DA SILVA

C.A.R.E - CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O estudo da variação da diferença de potencial pelo tempo "SlewRate" (SR) é um parâmetro muito utilizado na construção dos amplificadores em circuitos eletrônicos e é mensurado em V/s ou mais comumente V/μs. A ativação ventricular (QRS) inicia-se desde a passagem da corrente elétrica pelo tronco do feixe de His e segue pelos ramos direito e esquerdo e este último pelas divisões anterossuperior e pósterio-inferior do ramo esquerdo e pode ser avaliada por esta variável. A corrente elétrica atinge simultaneamente diversas porções do ventrículo, ativação em paralelo, completando sua ativação inicial em torno de 50 ms. Nos últimos anos houve um crescente interesse no diagnóstico dos BRE como fator de piora do desempenho ventricular e preditor de resposta à Terapia de Ressinicronização Cardíaca (TRC). A importância da U e do SR neste contexto ainda não é conhecida. **Objetivo:** Avaliar o comportamento da U e do SR que possa diferenciar padrões nos eletrocardiogramas normais e com BRE. **Metodologia:** Coletados aleatoriamente de 121 ECGs normais e 101 ECGs com BRE de uma base de dados de um único centro de ritmologia, cuja aquisição foi realizada pelo eletrocardiógrafo de 12 canais MODELO TEB ECGPC e a alça do vetocardiograma foi obtida pela transformada de Kors. A amplitude cúbica do vetor máximo foi anotada (μV) assim como o tempo (ms) em que esse vetor máximo foi alcançado. Feito análise estatística t-Student de duas amostras considerando-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** O grupo BRE apresentou uma diferença de potencial U média de 1729 μV (±) e maior do que o grupo normal 1360 μV (±) (p<0,00001) no entanto o SR foi de 24,79 (±9,01) mV/s e menor do que no grupo normal 30,29 (±10,44) mV/s (p<0,00001). **Conclusão:** O estudo da ativação cardíaca inicial através da U e do SR de ECG normais e com BRE poderá ser uma nova ferramenta de entendimento, e diagnóstico de contrações cardíacas lentas e desarmônicas responsáveis pela dissincronia ventricular.

901

CRIANÇAS COM EXTRASSÍSTOLES VENTRICULARES - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Extrasístoles ventriculares (EV) são arritmias pouco relatadas em crianças, embora presentes na prática clínica. O objetivo desse trabalho é descrever a morfologia das EV, sintomatologia, presença de cardiopatia, além da distribuição por faixa etária e sexo. Foram analisados retrospectivamente 19 pacientes consecutivos, 11 (58%) eram do sexo feminino, com EV ao ECG. O acompanhamento variou de 1 mês a 5 anos (média de 4 anos). O padrão morfológico mais frequente foi de trato de saída do ventrículo direito (TSVD) com 12 pac (63%), seguido de trato de saída de VE (TSVE) com 4 pac (21%) e fascicular com 3 pac (16%). Para a avaliação sintomas, os pac foram divididos em 2 grupos de acordo com a faixa etária: grupo I (GI): 1 mês a 5 anos e grupo II (GII): >5 a 12 anos. O GI tinha 11 pac (58% do total), sendo 10 assintomáticos (91%) e 1 com dor torácica. O GII com 8 pac (42% do total), 5 assintomáticos (62%) e 3 com palpitações. Todos os pac que apresentaram sintomas dos 2 grupos (GI: 1 pac e GII: 3 pac) apresentavam EV de TSVD e não tinham cardiopatias. Cardiopatias foram identificadas em 2 pac: 1 tinha forame oval patente e 1 tinha persistência do canal arterial. Podemos concluir que a maioria das EV eram de TSVD. A maioria das crianças (79%) eram assintomáticas, os pac do GII foram mais sintomáticos GI: 1/11(9%) x 3/8 (37%), talvez por serem maiores e conseguirem identificar e se expressar melhor. Somente os pac com EV de TSVD apresentaram sintomas. A maioria não tinha cardiopatia (89%). A evolução das crianças com EV foi benigna no período observado.

1036

FATORES PREDITORES DE SÍNCOPE EM PORTADORES DE MARCAPASSO

EDUARDO ARRAIS ROCHA; GISELE SCHINAIDER; ANA ROSA PINTO QUIDUTE; NEIBERG ALCÂNTARA; FRANCISCA TATIANA M. PEREIRA; ALINE BEZERRA TAVARES; MARCELO DE PAULA M. MONTEIRO; CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO; JERUZA MARIA DE OLIVEIRA LIMA; CAMILA RABELO FARIAS GOMES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC), FORTALEZA, CE, BRASIL.

As síncope não são comuns em portadores de marcapasso, entretanto podem indicar causas graves e potencialmente fatais, principalmente por afetarem populações com cardiopatia estrutural e alto índice de comorbidades. **Objetivo:** Analisar fatores preditores da ocorrência de síncope em pacientes portadores de marcapasso cardíaco uni ou bicameral. **Material e Métodos:** Estudo de Coorte prospectivo, incluindo 95 pacientes, sendo 47 com síncope e portadores de MP e 48 sem síncope e com MP (grupo controle), realizado no período de maio/2015 a janeiro/2018. As variáveis contínuas foram analisadas pelo método de Mann-Whitney e as categóricas pelo teste do qui-quadrado/Fischer, quando apropriado. Análise multivariada por regressão logística foi realizada com as variáveis com $p < 0,10$ na análise univariada, sendo adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os pacientes foram submetidos prospectivamente ao protocolo da instituição para avaliação de síncope. **Resultados:** Ocorreram 100 episódios de síncope em 47 indivíduos, 11 deles tiveram mais de três episódios e 14 tiveram dois. As variáveis: Hipotensão postural ($p = 0,001$); Dependente do MP ($p = 0,02$); Classe Funcional (CF) II ($p < 0,01$); CF III ($p < 0,01$); Presença de cardiopatia estrutural (Disfunção de ventrículo esquerdo, Valvopatia, Coronariopatia ou Hipertrofia de VE moderadas ou severas) ($p = 0,03$) e a presença de 3 ou mais comorbidades (Idoso frágil, AVC prévio, Diabetes, Insuficiência cardíaca, DPOC, Doença vascular) ($p = 0,01$) foram significativas na análise univariada. Na análise multivariada, apenas as variáveis CF II ($p < 0,01$) manteve-se significativa, com incremento de risco de nove vezes em relação ao paciente em CF I. As síncope foram vasovagal ou disautonômicas em 48,9% dos casos; cardíacas em 17%; por causas desconhecidas em 10,6%; devido a falhas no MP em 8,5%; neurológicas em 8,5% e por outras causas diversas em 6,3%. **Conclusão:** A presença de Classe Funcional II indica alto risco de ocorrência de síncope em portadores de marcapasso. Os pacientes com Hipotensão postural ou Dependentes do Marcapasso também podem apresentar maior risco.

1039

CORRELAÇÃO DAS ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS COM A MORTALIDADE GERAL EM COORTE ELETRÔNICA DE PACIENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXAO; JÉSSICA AUGUSTA CANAZART; LUIS GUSTAVO SILVA E SILVA; MILTON PIFANO SOARES FERREIRA; DERICK MATHEUS OLIVEIRA; PAULO RODRIGUES GOMES; MANOEL HORTA RIBEIRO; ANTONIO HORTA RIBEIRO; JAMIL NASCIMENTO; GUSTAVO FERREIRA CARDOSO; RODRIGO MARTINS DE ARAÚJO; BRUNO CAMPOS SANTOS; ANTÔNIO LUIZ PINHO RIBEIRO

UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A tele saúde melhora o acesso e a qualidade da assistência à saúde. Grandes bases de dados de eletrocardiogramas (ECG), relacionadas aos dados de mortalidade ou hospitalização, podem ser úteis para determinar valor prognóstico de marcadores eletrocardiográficos. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo estimar o risco de mortalidade geral em pacientes com diagnósticos eletrocardiográficos pré estabelecidos: bloqueio atrioventricular de primeiro grau (BAV 1ºG), bloqueio de ramo esquerdo (BRE), bloqueio de ramo direito (BRD) e fibrilação atrial (FA). **Métodos:** Trata-se de estudo observacional retrospectivo que avaliou pacientes maiores de 16 anos que realizaram eletrocardiograma digital pela Rede de Teleassistência de Minas Gerais de 2013 a 2016. Realizou-se pareamento probabilístico entre os dados do ECG e o sistema de informação de mortalidade do estado de Minas Gerais. Dados clínicos foram auto-relatados. Os ECGs foram laudados por cardiologistas treinados e, também, interpretados pelos softwares automáticos de Glasgow e Minnesota. Para avaliar a relação entre alterações do ECG e mortalidade, utilizou-se a regressão de Cox ajustada pela idade e sexo. **Resultados:** A partir de um banco de dados com 1.550.959 ECGs, 1.079.064 pacientes foram incluídos após exclusão de exames inválidos e repetidos. A idade média dos pacientes foi de 51,35(17,67) anos, sendo 40,51% do sexo masculino. Em um seguimento médio de 2,7 anos, a taxa de mortalidade por todas as causas foi de 2,88%. BRD foi a alteração do ECG mais frequente (2,13%), seguido por BAV 1ºG (1,30%), FA (1,28%) e BRE (1,06%). Em análise multivariada, ajustada para sexo e idade, pacientes com FA apresentaram o maior risco de morte por todas as causas (HR 2,50; IC 95% 2,40 a 2,61). Houve também risco aumentado de mortalidade por BRE (HR 1,73; IC 95% 1,63 a 1,83), BRD (HR 1,43; IC 95% 1,36 a 1,50) e BAV 1ºG (HR 1,24; IC 95% 1,17 a 1,32). **Conclusões:** Coortes eletrônicas podem determinar o valor prognóstico das anormalidades eletrocardiográficas. FA, BRE, BRD e BAV 1ºG foram marcadores eletrocardiográficos de maior mortalidade por todas as causas.

1049

ARRITMIAS E TRANSTORNOS DE CONDUÇÃO CONFORME A FAIXA ETÁRIA, SEXO E ETNIA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA¹; LEONARDO PALUDO²; VANESSA MARIA OLIVEIRA MELLO³; ISABELLA DE ALMEIDA PAES BARRETO COUTINHO⁴; BRUNO MOURÃO MIKHAEL⁵; JOÃO DAVID DE SOUZA NETO⁶

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, CANOAS, RS, BRASIL; 3.UNICHRISTUS - CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.SUPREMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 5.FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 6.HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: As arritmias cardíacas são definidas como qualquer alteração na formação e/ou na condução do impulso cardíaco normal, sendo muitas delas de caráter maligno, responsáveis pela morte de milhões de indivíduos. O amplo espectro de apresentação dessas patologias, bem como a variedade de riscos envolvidos, torna o manuseio dos pacientes, em especial, aqueles que apresentam arritmias cardíacas um desafio constante, para os cardiologistas. **Objetivo:** Analisar e caracterizar as principais arritmias e transtornos de condução conforme faixa etária, sexo e etnia nas regiões brasileiras na última década. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, observacional, por meio do banco de dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS, nos últimos 10 anos. **Resultados:** De 2008 a 2018, foram registradas 601.621 internações, sendo 47.024 em 2008, 51.184 em 2009, 53.804 em 2010, 55.490 em 2011, 57.640 em 2012, 58.259 em 2013, 60.689 em 2014, 61.985 em 2015, 61.910 em 2016, 62.189 em 2017 e 31.447 até 06/2018. A região com maior registro foi o Sudeste, com 307.197, seguido pelo Sul (134.621), Nordeste (82.729), Centro-Oeste (59.021) e Norte (18.053). Os estados de São Paulo (172.334), Minas Gerais (94.683), Rio Grande do Sul (58.491), Paraná (48.886) e Goiás (29.953) destacaram-se com os maiores valores. Considerando-se o sexo, foram internados 307.773 pacientes do sexo masculino, com 293.848 do feminino. Já em relação à faixa etária, foram 3.101 de 0-1 ano, 2.230 de 1-4, 3.055 de 5-9, 5.173 de 10-14, 8.225 de 15-19, 19.943 de 20-29, 29.395 de 30-39, 51.237 de 40-49, 89.530 de 50-59, 129.881 de 60-69, 147.855 de 70-79, e 111.996 de 80 anos ou mais. Por fim, segundo a etnia, houve 278.342 casos em pacientes brancos, 132.507 pardos, 20.049 negros, 3.872 amarelos e 409 indígenas, com 166.442 sem informação. **Conclusão:** As arritmias cardíacas, muitas vezes, não apresentam sintomas, e a falta de conhecimento pode levar à morte súbita e repentina de pacientes. Trata-se de um evento inesperado e de evolução rápida. No presente estudo, o perfil de paciente mais acometido foram homens, de 70-79 anos e de etnia branca. Além disso, é uma afecção cujos índices vem aumentando na última década, destacando-se o Sudeste e o ano de 2017.

913

CRIANÇAS COM TAQUICARDIA VENTRICULAR FASCICULAR - TRATAMENTO COM ASSOCIAÇÃO INCOMUM DE DROGAS

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A taquicardia ventricular fascicular (TVF) é uma arritmia idiopática e em crianças é pouco descrita. Geralmente, essa arritmia cursa com sintomas que demandam tratamento. O tratamento pode ser com medicação, para controle de sintomas, contudo o tratamento curativo é a ablação por cateter. Em crianças pequenas temos uma dificuldade, que é o baixo peso, o que aumenta o índice de complicações da ablação. O objetivo deste trabalho é descrever 11 crianças com TVF de difícil controle medicamentoso, levando a indicação de ablação, que, contudo, não foi realizada devido ao peso dos pac (todos com menos de 14Kg), sendo instituída uma terapêutica incomum de associação de drogas, que resultou no controle das arritmias enquanto permitia às crianças crescerem e ganharem peso para um melhor momento da ablação com menores complicações. Trata-se de um estudo retrospectivo com 11 pac, 7 eram masculinos e 4 femininos, a idade variava de 4 meses a 3 anos, e o peso de 6 e 14Kg. Todos os pac tinham ecocardiograma normal. Os sintomas eram muito frequentes, 4 pac apresentavam síncope de repetição, 5 tinham sinais de baixo débito e 2 com dor torácica. Devido ao peso, foi instituído tratamento medicamentoso para os pac, inicialmente foi feito Propranolol (PPL), devido às restrições de Verapamil (VER) nessa população. A dose de 4mg/Kg/dia de PPL foi alcançada sem melhora nos sintomas. A Amiodarona não foi utilizada devido aos potenciais efeitos colaterais para tratar uma arritmia benigna. Em 8 pac, foi substituído o PPL pelo VER com cautela, até a dose de 10mg/Kg/d, sem melhora do quadro. Foi, então, optado pela associação de drogas, que foi feita de modo gradual, com monitorização por ECG, Holter e ecocardiograma. O controle das arritmias foi conseguido em todos os casos com diferentes combinações de medicações: 4 pac com PPL e VER, 3 pac com PPL e Propafenona (PFN), 1 pac com VER e PFN e 3 pac com PPL, VER e PFN. Nas crianças, o tratamento das arritmias merece especial atenção devido a características peculiares dessa população, há carência de estudos específicos, e a associação de algumas medicações, que geralmente não são utilizadas na população adulta, muitas vezes se faz necessária nas crianças com boa resposta terapêutica.

950

AValiação PROGNÓSTICA DO INTERVALO TPICO- T FIM E INTERVALO QT CORRIGIDOS, EM PACIENTES COM DOENÇA DE CHAGAS, FASE CRÔNICA E ELETROCARDIOGRAMA NORMAL

ABILIO AUGUSTO FRAGATA FILHO; CLAUDIA SILVA FRAGATA

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

FUNDAMENTO TEÓRICO: A doença de Chagas, uma das doenças parasitárias mais importantes no mundo atual carece de elementos que nos proporcionem prever quais pacientes evoluirão para a forma cardíaca e quais permanecerão na forma indeterminada. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a evolução eletrocardiográfica e os intervalos Típo-Tím e QT, ambos corrigidos para a frequência cardíaca, em pacientes chagásicos previamente com eletrocardiograma normal. **Casística e Método:** Avaliou-se retrospectivamente pacientes chagásicos admitidos na Instituição em 2002 ou antes, tendo eletrocardiograma normal na primeira consulta. Nas derivações V2 e V5 foi medido o intervalo Típo-Tím e QT em milissegundos, sendo a média destes valores corrigida para a frequência cardíaca (fórmula de Bazett). Analisou-se a relação destes valores com a evolução eletrocardiográfica destes pacientes, tendo em vista o sexo, o tempo de evolução e se receberam benzonidazol ou não. **Resultados:** Em análise univariada, o intervalo Típo-Tím corrigido não mostrou significância estatística entre pacientes que mantiveram eletrocardiograma normal ou alterado (p:0,7886). O intervalo QT corrigido (p:0,0383), o tratamento com benzonidazol (p:0,0001) e o tempo de evolução (p:0,000) mostraram significância quanto à relação com a manutenção do eletrocardiograma normal ou não. Na avaliação multivariada, o tratamento com benzonidazol (OR: 0,260 - p:0,0003), o intervalo QTc (OR: 1,009 - p:0,0317) e o tempo de evolução (OR: 1,091 - p:0,0001) se mostraram variáveis independentes para a manutenção do eletrocardiograma normal ou não. Quando se acrescentou as variáveis idade e sexo, os resultados se mantiveram. **Conclusão:** Em pacientes chagásicos com eletrocardiograma normal, o intervalo Típo-Tím não se mostrou preditor da evolução eletrocardiográfica. O tratamento com benzonidazol favoreceu a manutenção do eletrocardiograma normal. A cada unidade de aumento do intervalo QTc houve aumento de 0,9% de chances de alterações eletrocardiográficas e a cada ano de evolução as chances do eletrocardiograma se tornar alterado foram de 9,1%.

928

CRIANÇAS SEM CARDIOPATIAS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL- O QUE PENSAR?

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A fibrilação atrial (FA) é uma arritmia rara em crianças sem cardiopatias, portanto ao evidenciarmos esses casos, devemos atentar para uma anamnese e exame físico minuciosos, além da análise cuidadosa do eletrocardiograma, que podem ser valiosos instrumentos para o adequado diagnóstico e para o melhor tratamento. Trata-se de um trabalho retrospectivo com 9 crianças de 4 a 10 anos com FA, com coração estruturalmente normal. A documentação de FA foi evidenciada em todos os casos e todos eram sintomáticos com dor torácica, palpitações precordiais ou tonteados. A FA foi revertida com Amiodarona venosa em 6 casos e em 3 casos foi feita cardioversão elétrica. Todas as crianças chegaram ao ambulatório de Arritmia em uso de Amiodarona oral. Os seus ECGs estavam dentro da normalidade. Inicialmente, foi suspensa a medicação das crianças para melhor avaliação e investigação diagnóstica. Após 30 dias, foram submetidas a novos ECGs, a Holter de 24 horas e a teste ergométrico, que foram normais. Nesse período, 2 crianças apresentaram dor torácica e foi iniciado Propranolol, contudo continuaram sintomáticas e foi indicado estudo eletrofisiológico (EEF). As outras 7 pacientes apresentaram sintomas refratários a medicação (Propranolol e/ou Propafenona), num seguimento de 1 a 9 meses, sendo indicado EEF. Em todos os casos, o EEF induziu taquicardia por via acessória oculta, que em 3 casos degenerou para FA. Diante da hipótese de via acessória inaparente, antes da ablação, foi feita Adenosina para avaliação da presença de via acessória com condução anterógrada, que é a associação mais relatada com FA, no entanto não foi observada condução anterógrada, concluindo, se tratar de via acessória oculta. Foi feita ablação por radiofrequência das vias acessórias com sucesso. Os pacientes evoluíram assintomáticos, com acompanhamento de 1 a 3 anos. Logo, a FA era uma degeneração da taquicardia atrioventricular reentrante mediada por uma via acessória oculta, portanto com a ablação da via acessória, resultou na cura da FA, sem a necessidade de tratamento direto da FA. Essa é uma associação rara, pouco descrita na literatura e merece ser discutida. A presença de FA em crianças é rara e se deve sempre suspeitar de outra arritmia subjacente.

999

EXPERIÊNCIA INICIAL DA TÉCNICA DE OCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO DE ORIGEM CARDIOEMBÓLICAFABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; VINÍCIUS FRAGA MAURO¹; EDUARDO GIESTAS SERPA¹; HERMES CARLONI²; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.³; CHRISTIANO LEMOS CUNHA²; ORLY DE OLIVEIRA LACERDA JR.³; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR³; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; DALTON HESPAHOL DO AMARAL¹; TATIANA SANTOS CAUS²; DENIS MOULIN BAYERL REIS³; RENATO GIESTAS SERPA¹

1.INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3.HOSPITAL UNIMED VITÓRIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: fibrilação de atrial (FA) há 40 anos foi descrita como fator epidemiológico na causa de acidentes vasculares cerebrais (AVC) através do estudo de Framingham. À época a descrição foi com FA valvar reumática e havia dúvida sobre a associação de AVC e FA não valvar (FANV). Já temos muitos estudos de eventos cardioembólicos (ECE) decorrentes da FANV e estes podem ser prevenidos com uso de anticoagulação oral (ACO). A fonte emboligênica em mais de 95% é o apêndice atrial esquerdo (AAE) e a oclusão dele tem se demonstrado uma opção segura na prevenção de complicações como AVCi e ECE. **Objetivo:** descrever o implante de prótese para oclusão do AAE (OAAE), segurança e evolução em pacientes (pctes) de FANV com AVC isquêmicos (AVCi) ou ECE e uso regular de ACO ou contra-indicações formais a estes como opção na prevenção de AVCi/ECE neste grupo. **Material e Métodos:** foram realizados 7 implantes de duas próteses distintas sendo uma utilizada nos primeiros 3 casos e outra nos demais. A 1ª denominada ACP (Amplatzer Cardiac Plug) e a 2ª Watchman. Os paciente tinham de 62 a 84 anos, 5 homens, HAS em 6, DM em 3, DAC em 5, AVC ou ECE em 5 e contra-indicação ao ACO por sangramento digestivo importante em 2. O CHADSVASC foi de 3 a 6 e o HAS-BLED de 1 a 5. O primeiro implante foi realizado há 23 meses e o último há 2 dias. **Resultados:** Não houve nenhuma complicação aguda após os procedimentos. O 4º paciente apresentou queixa de alteração visual 24 horas após porém sem correlação pois o mesmo possuiu doença na retina sendo esta a causa da queixa confirmada após avaliação de Oftalmologista. 2 pctes queixaram de desconforto torácico que não correlacionados a alterações clínicas, eletrocardiográficas ou laboratoriais (incluindo enzimas cardíacas). Dois pctes permanecem com uso apenas de AAS 81 mg, os dois últimos casos permaneceram com dupla antiagregação. Demais 3 pctes sem contra-indicação ao ACO permanecerão usando-o (Indicação por AVCi em uso de ACO). Nenhum paciente apresentou AVCi ou ECE desde a OAAE. **Conclusão:** Em nossa experiência inicial, e até o presente momento, de 7 dispositivos de OAAE implantados o procedimento demonstrou-se seguro e eficaz em seu propósito.

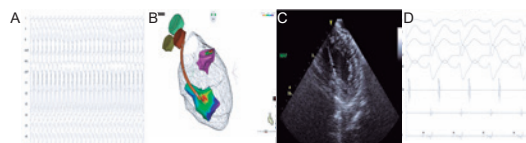
998

OCORRÊNCIA DE TAQUICARDIA FASCICULAR ORIGINADA DOS MÚSCULOS PAPILARES APÓS ABLAÇÃO DE EXTRA-SÍSTOLE VENTRICULAR DE MÚSCULO PAPILAR PÓSTERO MEDIAL

CARINA HARDY¹; LUCAS GOYANNA DE MOURA¹; MUHIEDDINE OMAR CHOKR¹; SIMONE NASCIMENTO SANTOS²; HITALO HENRIQUE VASCONCELOS MARQUES²; PEDRO VIEIRA LINHARES²; NATHALIA MARIA SEGÓVIA MONGE²; ITALO BRUNO SANTOS SOUSA¹; PEDRO MARIO PINTO VANDONI¹; JOSE NILO DE CARVALHO NETO¹; CRISTIANO FARIA PISANI¹; SISSY MELO¹; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA¹

1. INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. INSTITUTO BRASÍLIA DE ARRITMIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

A taquicardia ventricular fascicular (TVF) tem um mecanismo reentrante usando a rede de Purkinje em seu circuito. Músculos papilares (MPs) são estruturas que abrigam substrato arritmico em coração normal. Em 2017, Komatsu e cols descreveram a taquicardia ventricular fascicular dos músculos papilares (TVFMPs) onde o circuito envolve a rede de Purkinje em torno dos MPs, com características eletrocardiográficas distintas e menor sensibilidade ao verapamil. Caso: Homem, 47a, com duas ablações prévias de extra-sístoles ventriculares (EV) de MP póstero medial (MPPM). A primeira em junho de 2017 com mapeamento eletroanatômico (MEA) ENSITE (Abbott®) e sucesso em sala. Houve recorrência das EVs e foi submetido a reablação em novembro de 2017 com MEA e sistema CARTOsound (BW®) com novo sucesso agudo. Um mês após, apresentou palpitações, pré-síncope e TV sustentada, nunca apresentada antes, com morfologia de BRD e eixo superior (Fig 1A), semelhante às EVs prévias. A TV não era sensível a verapamil IV e necessitou de CVE. Após refratariedade a medicações (amiodarona e verapamil) e com novos eventos de TV, realizou nova ablação em julho de 2018 com MEA, CARTOsound e crio ablação. A TV foi induzida através de EVP e isoproterenol. O mapa de ativação dos MPs e o ecocardiograma intracardíaco (ICE) evidenciaram alvo no ápice do MPPM (Fig 1B e 1C) e em TV, foi observado um potencial mesodiastólico isolado com precocidade de 50ms em relação ao QRS, sugestivo de potencial de Purkinje (P1) (Fig 1D) e participação do fascículo postero medial no circuito, sugerindo o diagnóstico de TVFMPs. Foram realizadas aplicações de crio ablação, porém com dificuldade de manipulação do cateter ao alvo adequado com a TV permanecendo indutível. Optado por RF (Caterter ST SF BW® 40W) em alvo adequado com interrupção e não reinjeção da TV após testes. Acreditamos que as ablações prévias das EV tenham modificado a região dos MPs próxima ao fascículo, facilitando a ocorrência de reentrada e TVFMPs sustentada, antes não apresentada pelo paciente. **Conclusão:** A TVFMPs é uma entidade rara e de alto complexo. A ablação assistida por métodos de imagem como o MEA e o ICE são de grande ajuda, encontrando o alvo adequado e melhorando a estabilidade das aplicações. O diagnóstico e o entendimento do seu mecanismo, visando os potenciais P1 em torno dos MPs, é de extrema importância para o sucesso do procedimento.



932

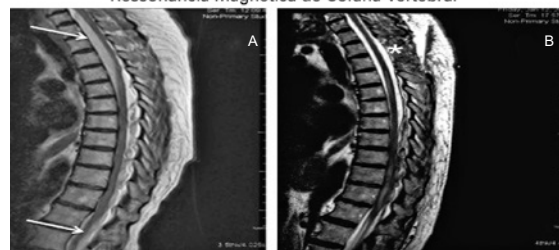
COMPLICAÇÃO RARA APÓS ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL - HEMATOMA EXTRADURAL MEDULAR: UM RELATO DE CASO

THAIS AGUIAR DO NASCIMENTO¹; FELIPE DOURADO MARQUES¹; ALESSANDRE CAPUTO RABELLO¹; MAURICIO GALEÃO LYRA¹

CARDIORITMO, SALVADOR, BA, BRASIL.

Introdução: Na fibrilação atrial (FA), temos a ablação como parte do arsenal terapêutico com pequena taxa de complicações. Há descrição de sangramento em sistema nervoso central como evento adverso, porém não em localização extradural. **Método:** Relato de caso de paciente com hemorragia extradural em dois níveis da medula espinal após ablação. **Resultado:** Mulher, 57 anos, portadora de FA paroxística refratária ao tratamento antiarritmico e submetida à ablação por radiofrequência com 48 horas após última dose de rivaroxabana, sob anestesia geral venosa, feito isolamento das veias pulmonares com TCA entre 300 e 470, sem intercorrências. Após 4 horas do procedimento apresentou dor lombar persistente refratária a analgesia escalonada. Em 6 horas, queixou-se de hemiparesia em membro direito evoluindo com agitação psicomotora e foi administrada morfina. Acordou com choque medular (perda motora e sensível de membros inferiores) a nível de T4. RNM de neuro-eixo evidenciou hematoma extradural dorsal e dorso-lombar (Figura A), realizado laminectomia de urgência sem melhora dos déficits (Figura B). Após 6 meses de fisioterapia, houve recuperação parcial da sensibilidade e manteria paraplegia crural. **Conclusão:** Hemorragia em sistema nervoso central é uma rara complicação após ablação de FA, e o relato de sangramento a nível medular ainda não foi descrita na literatura.

Ressonância Magnética de Coluna Vertebral



Corte sagital (T2):
A) Hematoma epidural (setas) pré-cirúrgico estendendo-se por todo canal vertebral.
B) Resultado cirúrgico - visualização da redistribuição do liquor no espaço subaracnóide (*imagem hiperdensa)

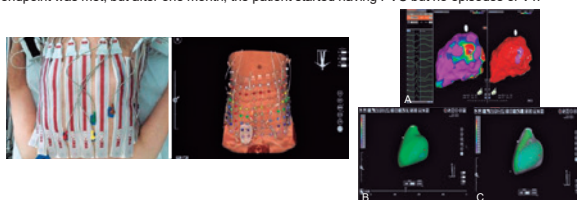
1046

ABLATION OF EPICARDIAL PREMATURE VENTRICULAR CONTRACTION USING NONINVASIVE EPICARDIAL AND ENDOCARDIAL ELECTROPHYSIOLOGY SYSTEM AND REMOTE MAGNETIC NAVIGATION SYSTEM- A CASE REPORT

ADRIANA CAVALCANTE DAS NEVES BARBOSA¹; DIOGO MAGALHÃES CAVACO²; LEONOR PARREIRA¹; FRANCISCO COSTA¹; PEDRO CARMO¹; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA²; JOANA PINHO¹; PEDRO ADRAÇÃO¹

1. HOSPITAL DA LUZ, LISBOA, PORTUGAL; 2. INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: The noninvasive epicardial and endocardial electrophysiology system (NEEES) allows the topical diagnostic of rare arrhythmias by the construction of a 3D map of epi and endocardial surfaces with a local electrogram reconstruction of 2500 nodes. The data is acquired by a special body-surface electrode arrays with 224 contacts on patient's chest surface along with ECG registration in standard leads, and CT of the heart and torso. The association of NEEES, invasive electrophysiology system (IES) and remote magnetic navigation system (RMNS) is a novel strategy that has the potential of reducing XRay exposure for patient and electrophysiology staff, and still be a safe option to the patient. **Case Report:** 44 year-old, male, with history of hypertension, palpitations before syncope. Holter: 2974 premature ventricular contraction (PVC). MRI: showed subepicardial late enhancement in the inferior, inferolateral, and anterolateral walls of LV, 51% of EF. On September/2017, the patient underwent an electrophysiology study, with induction of VT suggestive of epicardial origin. Endocardial ablation was unsuccessful, an ICD was implanted and started therapy with bisoprolol. The patient continued to have fast VT and ICD shock. On February/2018, epicardial ablation was done with Amycard LLC NEEES (Figure 1), CARTO 3® IES and Stereotaxis Niobe® RMNS. Activation map by NEEES, before the procedure suggested an early activation area (EAA) on the posterobasal wall of LV (Figure 2C). Since the beginning of procedure the PVC were rare, an epicardial voltage map in sinus rhythm with THERMOCOOL® RMT catheter and a new map with NEEES were done. The aim was to evaluate the LV substrate, scar areas and local abnormal ventricular activity-LAVA. The voltage map demonstrated scar in the posterobasal wall of LV and LAVA. The rest of the LV had normal voltage (Figure 2A). The map with NEEES showed LAVA near the zone of EAA (Figure 2B). Ablation was done on this area, at the end; there was no PVC or induction of VT. The total time was 178min, and 18:30min of XRay. **Conclusions:** In this case, the association of NEEES, IES and RMNS allowed a mapping with high accuracy and low XRay time keeping the laboratory staff comfortable and safe, despite the long time of the procedure. The acute endpoint was met, but after one month, the patient started having PVC but no episodes of VT.



1007

ESTRATÉGIA INTERVENCIÓNISTA PARA ABLAÇÃO DE TAQUICÁRDIA SUPRA-VENTRICULAR RECORRENTE EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA DE SENNING

MUHIEDDINE OMAR CHOKR¹; ITALO BRUNO SANTOS SOUSA¹; PEDRO VIEIRA LINHARES¹; LUCAS GOYANNA DE MOURA¹; NATHALIA MARIA SEGÓVIA MONGE¹; HAROLD HEITOR RIBEIRO FILHO¹; MARIA DOLORES PENA CAZCO¹; RAFAEL MENDONÇA PESSOA¹; CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO¹; JOSE NILO DE CARVALHO NETO¹; PEDRO MARIO PINTO VANDONI¹; SISSY MELO¹; CRISTIANO FARIA PISANI¹; CARINA HARDY¹; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA¹

INSTITUTO DO CORAÇÃO - INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A cirurgia de Senning permite o reestabelecimento da fisiologia circulatória na Transposição dos Grandes Vasos. Nessa população são frequentes as bradiarritmias, taquicardias ventriculares secundárias à disfunção do VD e taquicardias supraventriculares relacionadas às cicatrizes nas paredes atriais. A Taquicardia por reentrada nodal (TRN) não é comum neste contexto. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente em pós-operatório tardio de Senning que evoluiu com taquicardia supraventricular e sintomas de baixo débito durante a arritmia. **Descrição:** Paciente masculino, 33 anos, teve o diagnóstico de Transposição dos Grandes Vasos aos 4 meses de idade sendo submetido à cirurgia de Senning. Em 2011 foi submetido a 2 ablações de Taquicardia atrial paroxística. Há 4 meses apresentou piora de classe funcional (I para II da NYHA) e piora da disfunção do ventrículo sistêmico de discreta a importante. Estudo eletrofisiológico realizado com dupla punção venosa e punção arterial e posicionado cateter decapolar em apêndice auricular esquerdo por acesso venoso através da veia cava inferior. No início do procedimento o paciente apresentava ritmo juncional e bloqueio de ramo direito. Estimulação atrial programada com 10mcg de isuprel induziu a taquicardia clínica, manobras eletrofisiológicas confirmaram tratar-se de TRN. Optado por exploração de câmaras direita por acesso retroaórtico, e identificação de potencial Hissiano logo abaixo da raiz da aorta (utilizada como referência para identificar o His Direito). Mapeado via lenta nodal logo abaixo do sistema de condução, e no local onde se identificava potencial sugestivo de via lenta nodal, pulsos de radiofrequência induziram ritmo juncional. Novo mapeamento do átrio esquerdo via veia cava inferior, e em áreas contíguas as aplicações pela direita, pulsos de radiofrequência induziram novamente ritmo juncional. Testes com estimulação atrial programada e isuprel demonstraram bloqueio da via lenta nodal sem indução de arritmias. **Conclusão:** No contexto de PO tardio de senning a localização da via lenta nodal é complexa. A utilização da aorta e de suas cúspides pode ser um referencial para localização do sistema de condução e identificação da região da via lenta nodal. Embora a taquicardia atrial seja o mais frequentemente encontrado outros mecanismos devem ser excluídos durante o estudo eletrofisiológico.



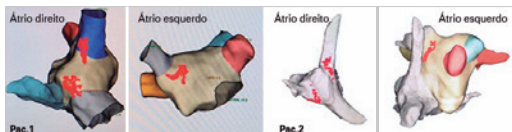
910

ABLAÇÃO DOS PLEXOS GANGLIÔNICOS PARASSIMPÁTICOS CARDÍACOS NO TRATAMENTO DA SÍNCOPE NEUROMEDIADA CARDIOINIBITÓRIA EM PACIENTES COM MONITOR DE EVENTO IMPLANTÁVEL

JORGE ELIAS NETO¹; GUILHERME FUTURO²; DEBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS³; ERICK SESSA MERÇON⁴; MARCIO AUGUSTO SILVA⁵; RICARDO KUNIYOSHI⁶

MEDRITMO, VITORIA, ES, BRASIL.

Introdução: A síncope neurocardiogênica cardioinibitória (SCI) está associada a maiores taxas de morbidade e recorrências, sendo algumas vezes tratadas com implante de marca-passo. A ablação por cateter dos plexos gangliônicos (APG) cardíacos tem sido descrita como alternativa terapêutica para esses pacientes (pts). Descrição dos casos: Caso 1: Masc. 37 anos, com história de síncope recorrente há 7 anos. Eventos associados a situação de estresse e três episódios dirigindo. Relato de convulsão associada a reanimação cardíaca (RC). Investigação cardiológica (ECG, TE, ECO, RM, MAPA, CATE) e neurológica (EEG, RM, Angio-TC) normais. Teste de inclinação com SCI e RC. Implante de ME com documentação de SCI. Caso 2: Masc., 32 anos, com história de pré-síncope há 9 anos. Há 1 ano iniciou com eventos sincopais, com e sem pródromo, em situações de estresse, esforço e dirigindo. Relata convulsão associada a necessidade de RC. Investigação cardiológica (incluindo teste de inclinação) e neurológica (incluindo vídeo-EEG) normais. Submetido a implante de ME com registro de síncope associada a bradicardia e asistolia. Os pts foram submetidos a APG utilizando mapeamento eletroanatômico endocárdico de ambos os átrios. A escolha dos sítios para ablação tomou como base a localização anatômica presumida dos PG. Variáveis eletrofisiológicas foram aferidas antes e após aplicações de radiofrequência em cada sítio - intervalo RR, intervalo AH, ponto de Wenckebach e tempo de recuperação do nó sinusal. Não ocorreram complicações. Houve encurtamento significativo de todas as variáveis eletrofisiológicas citadas após a APG. Num seguimento de 9 meses e 3 meses, respectivamente, os pts não apresentaram eventos sincopais e nenhuma bradicardia significativa foi registrada no ME. **Conclusão:** A técnica de APG é uma alternativa para o tratamento de pacientes com SCI altamente sintomáticos. A utilização do ME pode colaborar no diagnóstico e permitir um melhor rastreamento no diagnóstico e permitir um melhor seguimento e controle tardio dos resultados.



1051

REPOSICIONAMENTO E TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO CONTEXTO AMBULATORIAL: UM PANORAMA DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS E GASTOS APROVADOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA¹; STHEFANIA SAD SILVA FERREIRA RODRIGUES FRUET²; ARTHUR CAVALIERI BASTOS³; RAYANE ALVES MARQUES⁴; BRUNO MOURÃO MIKHAEL⁵; JOÃO DAVID DE SOUZA NETO⁶

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, DUQUE DE CAXIAS, RJ, BRASIL; 3. SUPREMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 4. UNICHRISTUS - CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5. FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 6. HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: O marcapasso artificial é um dispositivo implantável cada vez mais indicado para tratamento de doenças cardíacas, que incluem arritmias, insuficiência cardíaca pós-infarto e síncope neuromediada ou reflexa, entre outras. Proporcionalmente a este aumento, cresce também o número de complicações pós-implante do aparelho, o que requer o reposicionamento ou a troca de seus constituintes (eletrodos), procedimentos estes que geram custos aos serviços de saúde. Devido à carência de informações a respeito do número de casos que exigiram o remanejamento dos eletrodos e os gastos envolvidos nesta nova abordagem, fomenta-se a necessidade de avaliá-los estatisticamente, sendo este o cenário do presente estudo. **Objetivo:** Analisar e caracterizar o perfil do número de atendimentos e gastos aprovados nos últimos 5 anos por reposicionamento e troca de eletrodos de marcapasso em contexto ambulatorial. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e observacional, por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, considerando-se os últimos 5 anos. **Resultados:** Ao analisar os atendimentos ambulatoriais nas cinco regiões brasileiras para o tratamento dos transtornos de condução elétrica nos últimos cinco anos, percebe-se que houve 60.566 internamentos em todo o território nacional, que resultaram em um investimento de R\$ 463.297.912,07. A região que Sudeste foi a que mais realizou atendimentos, com 26.425 casos, destacando-se o estado de São Paulo, com 17.123, um valor maior que as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, se consideradas isoladamente. Nesse sentido, coube à São Paulo o custo total de R\$ 125.469.527,49. O Norte apresentou o menor número de casos, com 2.413 e custo de R\$ 15.444.313,33. Porém, analisando o valor médio das internações, é possível perceber que, no Nordeste, as internações custaram um valor maior (R\$ 9.570,25) que a média nacional (R\$ 7.649,47). Além disso, contrariando as expectativas, não coube à região Sudeste o menor valor médio, mas sim ao Norte, que, mesmo registrando baixas taxas, apresentou um valor médio de R\$ 6.400,46, contra R\$ 6.840,65 do Sudeste. **Conclusão:** Apesar de ser um procedimento difundido e de extrema importância para a sobrevivência do paciente, é possível analisar que há disparidade no volume de atendimentos e de custos de reposicionamento e troca de eletrodos de marcapasso entre as regiões brasileiras.

978

ANÁLISE CLÍNICA E EVOLUTIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASSO TRANSVENOSO (MPTV) EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

FREDERICO HOMEM DA SILVA¹; MARCELO CARRIJO FRANCO¹; PETRONIO RANGEL SALVADOR JÚNIOR²; ELIAS ESBER KANAAN³; GLYCON MESSIAS LOUREIRO ARAUJO⁴; LUANA CAMPOLI GALBIATI⁵; LORENA SILVA LIMA BORGES⁶; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME⁷

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 2. BIOCARDIO, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

Introdução: A estimulação temporária é geralmente um procedimento de emergência destinado ao tratamento das bradicardias sintomáticas. O MPTV corresponde a uma forma de tratamento útil e de fácil aplicabilidade. **Objetivos:** Avaliar características clínicas e a evolução de pacientes submetidos a implante de MPTV em um hospital terciário. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de 71 pacientes pós implante de MPTV entre janeiro de 2016 a janeiro de 2018. Analisadas características clínicas, epidemiológicas; evolução, complicações e óbitos. **Resultados:** A idade média foi 73,16±10,38 anos com sexo masculino representando 54,9%. Sítios de acesso foram: veia jugular interna (47,9%), veia subclávia (50,7%) e veia femoral (1,4%) e o tempo médio de uso de MPTV foi 5,2±6,24 dias. As bradicardias mais frequentes foram bloqueio atrioventricular (BAV) total (80%) seguida por BAV do 2º grau (7,14%) e bradicardia sinusal (5,71%). As etiologias dos quadros corresponderam a: isquemia miocárdica (IM) (21,1%), degeneração do sistema de condução (32,4%), cardiopatia chagásica (CC) (18,3%), medicamentosa (14,1%) e metabólica (14,1%). As drogas associadas ao quadro foram amiodarona (80%), digitálicos (40%) e betabloqueadores (20%) e as condições metabólicas mais comuns foram hipercalcemia (60%) e acidose metabólica (30%). Complicações evidenciadas: deslocamento do eletrodo (14,1%), hematoma no sítio de punção (2,8%) e quadros infecciosos (30,9%) sendo os focos mais comuns: pulmonar (54,5%), corrente sanguínea (27,2%) e urinário (22,7%); endocardite foi diagnosticada em 18,1% e óbitos ocorreram em 72,7% dos infectados. O implante de marcapasso definitivo foi realizado em 45,1% motivado por quadro degenerativo (62,5%), CC (28,2%), medicação (6,2%) e IM (3,1%). Óbitos ocorreram em 38% (55,5% de homens) secundários a: choque cardiogênico por IM extensa (25,9%); causa metabólica (22,3%); CC e intoxicação medicamentosa (18,5% para ambas) e fibrose do sistema de condução (14,8%). Regressão logística multivariada evidenciou relação significativa (p<0,01) entre infecção e óbito; bem como entre deslocamento do eletrodo/tempo de MPTV e quadros infecciosos. **Conclusões:** O MPTV é um tratamento eficaz e prático. As bradicardias (primárias ou secundárias) associam-se a alta morbi-mortalidade. Deslocamentos do eletrodo, tempo prolongado de MPTV e infecções podem associar-se a pior prognóstico.

1003

PREDITORES DE NÃO TERAPIA EM PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI)

CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO¹; KAROLINE MEDEIROS DIAS²; CAMILA PARENTE OLIVEIRA³; SILVANA NISHIOKA⁴; SERGIO FREITAS SIQUEIRA⁵; MARTINO MARTINELLI FILHO⁶

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Fundamento: Estudos clínicos comprovaram o papel do CDI na redução de mortalidade, tanto como prevenção primária quanto secundária de morte súbita cardíaca, em grupos de pacientes com cardiomiopatias diversas. Apesar de alguns fatores de risco terem sido identificados como preditores de terapia apropriada (ATP e choques), observa-se que uma considerável parcela de pacientes segue sem terapias após implante do dispositivo, a despeito do elevado custo dessa importante ferramenta terapêutica. **Objetivos:** Determinar preditores de não terapia de CDI para prevenção primária e secundária de morte súbita. **Metodologia:** Estudo prospectivo de análise de banco de dados de pacientes da coorte de CDI de hospital terciário. Foram selecionados pacientes com mínimo de 6 meses de seguimento após implante do dispositivo, de qualquer cardiopatia. Os pacientes foram agrupados em: Grupo I: ocorrência de terapia apropriada do CDI. Grupo II: não ocorrência de terapia apropriada do CDI. Foram analisadas 12 variáveis e sua relação com a ocorrência de terapia apropriada: sexo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, fibrilação atrial, tipo de cardiopatia, uso de antiarrítmico, classe funcional (New York Heart Association), indicação do dispositivo (prevenção primária ou secundária), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) pelo ecocardiograma, fibrose miocárdica pela ressonância magnética, extrassístoles ventriculares (EEVV) pelo holter de 24h e síncope. A análise estatística utilizou o teste qui-quadrado. **Resultados:** Dentre 176 pacientes avaliados (72 pacientes do grupo I e 104 pacientes no grupo II), a média de idade foi de 61 anos, 69% eram do sexo masculino, com FEVE média de 42% e tempo de seguimento médio de 802 dias. A cardiomiopatia chagásica foi a mais prevalente (34%). Os fatores preditores de não terapia do CDI foram: classe funcional I/II (p=0,02), FEVE>35% (p=0,014), densidade de EEVV <10/h (p=0,003) e ausência de síncope (p=0,04). **Conclusão:** Em pacientes com média de seguimento de 2,2 anos pós implante de CDI, os fatores preditores de não terapia foram: classe funcional I/II, FEVE>35%, densidade de EEVV <10/h e ausência de síncope prévia ao implante.

977

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES SUBMETIDOS A IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI)

FREDERICO HOMEM DA SILVA¹; MARCELO CARRIJO FRANCO¹; PETRONIO RANGEL SALVADOR JÚNIOR²; ELIAS ESBER KANAAN²; GLYCON MESSIAS LOUREIRO ARAUJO¹; LUANA CAMPOLI GALBIATI¹; LORENA SILVA LIMA BORGES¹; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME¹

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL;
2.BIOCARDIO, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

Introdução: Morte súbita cardíaca (MSC) é um grave problema de saúde, sendo as arritmias ventriculares malignas responsáveis por cerca de 70% dos casos. **Objetivos:** Avaliar características clínicas e evolução de pacientes submetidos a implante de CDI. **Métodos:** Avaliação prospectiva de 132 pacientes submetidos a implante de CDI entre 2014 e 2017 acompanhados por período médio de 20 meses. Avaliadas características clínicas e epidemiológicas, terapias pelo dispositivo, arritmias ventriculares, complicações e óbito. **Resultados:** Sexo masculino representou 62,8% da amostra com idade de 61,3±12,7 anos. As etiologias evidenciadas foram Cardiopatia Chagásica (CC) 69 casos (52,2%), Cardiopatia Isquêmica (CI) 25 (18,9%), Miocardiopatia Dilatada Idiopática (MDI) 16 (12,1%), Cardiopatia Hipertrofica (CH) 8 (6,05%), Doenças Elétricas Primárias (DEP) 10 (7,57%) e outros (hemocromatose, cardiopatia congênita, doença valvar e álcool) 4 (3,18%). Prevenção primária foi realizada em 17 casos (12,8%) sendo a CH predominante (35,2%) seguida pela CI e MCI (29,4% cada). Prevenção secundária motivou 115 implantes (87,2%) sendo a CC a mais comum (60%) seguida por CI (17,4%), MCI (9,5%) e DEP (8,7%). Associação com ressincronização cardíaca (TRC-D) foi realizada em 11 casos. Amiodarona foi utilizada por 90,9% da amostra e a associação com betabloqueador ocorreu em 84%. Portadores de marcapasso representaram 25% (CC=84,8%; MCI=12,1% e CI=3,1%) sendo realizados up-grade para CDI em 78,8% e para TRC-D em 22,2%. Terapias apropriadas ocorreram em 34,8% (CC=47,8%; MDI=26,1%; CI=17,4%; DEP=6,5%; CH=2,1% e outros=2,1%). Tempestade elétrica ocorreu em 3,78% (CC=80%). Choques inapropriados foram evidenciados em 3,03% (CH=50% e DEP=50%) por taquicardias atriais. As complicações relacionadas foram pneumotórax (1,5%), deslocamento do eletrodo de choque (1,5%) e hematoma (3,03%). Óbitos ocorreram em 10,6% (CC=64,2% - causa cardíaca=83,3%). **Conclusões:** O número elevado de terapias apropriadas às custas de baixa taxa de complicações corrobora o benefício do implante do CDI em população de alto risco arritmico. O número maior de eventos na CC reforça o potencial de malignidade desta cardiopatia e sua associação a um substrato arritmogênico mais complexo e heterogêneo.

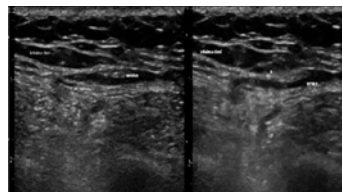
1015

IMPLANTAÇÃO S-ICD COM BLOQUEIO REGIONAL - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

ADRIANA CAVALCANTE DAS NEVES BARBOSA; DIOGO MAGALHÃES CAVACO; MARIANA CORREIA; PEDRO AZEVEDO; ISABEL SANTOS; PEDRO ADRAÇÃO

HOSPITAL SANTA CRUZ, LISBOA, PORTUGAL.

Introdução: O cardiofibrilador implantável subcutâneo (S-ICD) é uma alternativa ao ICD transvenoso, na prevenção de morte súbita cardíaca. O implante necessita de sedação profunda ou anestesia geral. O bloqueio anestésico regional nos planos musculares envolvidos na criação da loja e tunelização do eletrodo - plano do músculo serratus (SPB-Figura1), dos nervos peitorais (PEC II) e do plano do músculo transverso torácico (PTT), associados a sedação leve (prevenção primária). **Objetivos:** Descrição de experiência inicial com bloqueio regional no implante do S-ICD. **Materiais e Métodos:** Os bloqueios regionais foram feitos com antecedência mínima de 15 minutos do procedimento. Consistem na injeção de anestésico local (ropivacaína 0,375%) nos planos descritos, guiado por ultrassom com transdutor linear. A sedação (leve) e analgesia feitas com remifentanil e propofol de acordo com a avaliação do anestesiologista. Teste de desfibrilação feito com bolus de propofol. **Resultados:** Em quatro implantes do S-ICD utilizamos o bloqueio regional. Em dois foram feitos SPB+PEC II - pacientes de 13 e 19 anos, do sexo feminino (um implante em profilaxia secundária). Nos dois últimos casos foram feitos SPB+PTT - pacientes de 57 e 59 anos, sexo masculino (prevenção primária). Todos quatro pacientes toleraram a confecção da loja mas queixaram-se dor durante tunelização do eletrodo em região esternal. **Conclusões:** Na nossa experiência, o bloqueio regional guiado por ultrassom é uma técnica que, associada a sedação leve, proporciona conforto alívio ao paciente durante a confecção da loja. Mas a implantação do eletrodo em região esternal foi dolorosa em todos nossos casos. Uma vantagem desta técnica é ser acessível a um grande perfil populacional, permitindo realizar o procedimento com leve sedação, sem a necessidade da anestesia geral. Nossa amostra é pequena e ainda estamos em busca de uma técnica anestésica de baixo risco, mais eficaz na região esternal.



1041

REGISTRO PROSPECTIVO DE EXTRAÇÃO DE CABOS-ELETRODOS TRANSVENOSOS DE MARCA-PASSOS E CARDIO-DEFIBRILADORES IMPLANTÁVEIS

ROBERTO COSTA; KATIA REGINA DA SILVA; ELIZABETH SARTORI CREVELARI; WAGNER NASCIMENTO; ALFREDO INACIO FIORELLI; MARCIA MITIE NAGUMO; JESSICA MORETO CRIVELARI; MARTINO MARTINELLI FILHO; FABIO BISCEGLI JATENE

INSTITUTO DO CORACAO (INCOR) DO HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A extração transvenosa de cabos-eletrodos de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI) representa hoje o maior desafio da estimulação cardíaca artificial permanente. O sucesso das diferentes técnicas cirúrgicas empregadas depende da experiência do serviço e, principalmente, dos recursos tecnológicos existentes. **Objetivos:** Analisar a efetividade clínica das diferentes técnicas utilizadas para extração transvenosa de cabos-eletrodos. **Métodos:** Trata-se de um registro prospectivo, delineado para coletar dados derivados da prática assistencial. Foram incluídos todos os indivíduos submetidos a extração transvenosa de cabos-eletrodos, independentemente do tempo de implante do DCEI e do tipo de técnica cirúrgica usada. Os desfechos analisados foram: sucesso do procedimento e complicações pós-operatórias. Empregou-se análise univariada para comparação dos resultados entre as diferentes técnicas cirúrgicas. **Resultados:** Entre Jan/2014 a Jul/2018, foram operados 329 pacientes, com idade média de 59,5±19,1 anos (variação: 1 a 98 anos). O tempo médio de permanência dos cabos-eletrodos foi 7,3±6,8 anos (variação: 1 a 37 anos). As principais indicações de remoção de cabos-eletrodos foram: upgrades em 42,6% dos casos, disfunção de cabos-eletrodos em 32,5% e infecção no DCEI em 24,9%. Tração simples foi empregada em 49% dos pacientes e associada à dilatação do trajeto em 9%. O uso de bainhas mecânicas ocorreu em 21%, de bainhas energizadas por raios laser em 15% e de toracotomia em 7%. A taxa de sucesso completo e clínico foi de 93% e 98%, respectivamente. Em apenas 2% houve falha, sendo necessário realizar um novo procedimento. Não houve diferenças significativas entre as diferentes técnicas e o resultado final do procedimento (P=0,078). Complicações maiores e menores ocorreram em 17 (5,1%) e 16 (4,8%) pacientes, respectivamente. Após seguimento clínico de 13,7±2,4 meses, 22 (6,7%) pacientes evoluíram para óbito, principalmente em decorrência de complicações infecciosas relacionadas ao DCEI. **Conclusões:** O uso das diferentes técnicas permitiu a remoção de cabos-eletrodos com taxas de sucesso semelhantes às reportadas por centros internacionais e baixos índices de complicação pós-operatórias. Espera-se que os resultados deste registro possam subsidiar a incorporação pelo SUS das novas tecnologias para extração de cabos-eletrodos transvenosos.

1002

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PORTADORES DE CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA (CCC) SUBMETIDOS A IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI)

FREDERICO HOMEM DA SILVA¹; MARCELO CARRIJO FRANCO¹; PETRONIO RANGEL SALVADOR JÚNIOR²; ELIAS ESBER KANAAN²; GLYCON MESSIAS LOUREIRO ARAUJO¹; LUANA CAMPOLI GALBIATI¹; LORENA SILVA LIMA BORGES¹; BRUNA ZANFORLIN JÁCOME¹

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL;
2.BIOCARDIO, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

Introdução: Arritmias ventriculares são importantes causas de morte súbita (MS) na CCC decorrentes de fibrose do sistema de condução miocárdico constituindo complexos circuitos eletrofisiológicos. Neste contexto, o CDI é a principal estratégia para prevenção de MS. **Objetivos:** Avaliar características clínicas e evolução de pacientes chagásicos submetidos a implante de CDI para prevenção secundária de MS. **Métodos:** Avaliação prospectiva de 69 pacientes portadores de CCC submetidos a implante de CDI entre 2014 e 2017. Avaliadas características clínicas e epidemiológicas, terapias pelo dispositivo, arritmias ventriculares, complicações e óbitos. **Resultados:** A idade média da amostra foi 61,34±8,7 anos sendo 47 (68,1%) pacientes do sexo masculino. A fração de ejeção (FE) média foi 38,6±11,2 com alterações de contratilidade em 89,85% (hipocinesia inferior em 75,8% e aneurisma apical em 12,9%). FE acima de 50% foi encontrada em 12 (17,4%) casos, sendo síncope recorrente o sintoma mais comum deste subgrupo (66,7%). Portadores de marcapasso representaram 28 casos (40,5%), 92,8% com total dependência do dispositivo. Havia anormalidades eletrocardiográficas em 88,4%, as principais: bloqueio de ramo esquerdo induzido (MP) (39,1%); bloqueio de ramo direito (22,9%); bloqueio divisional antero-superior esquerdo (18%) e extrassístoles ventriculares (11,5%). Síncope ocorreu em 36,2%. O Eletrocardiograma evidenciou a arritmia ventricular em 47,8% sendo o sítio epicárdico o mais comum (90,9%) com saída antero-lateral em 75,7% e póstero-basal do ventrículo esquerdo em 24,3%. Amiodarona foi utilizada por 98,5% e associada a betabloqueador em 95,6%. Terapias apropriadas ocorreram em 31,9% com quadro de tempestade elétrica em 7,24% (60% necessitaram de ablação epicárdica; 20% evoluíram a óbito). Não foram evidenciados choques inapropriados. Complicações: pneumotórax (1,4%); deslocamento do eletrodo de choque (2,9%); hematoma de loja (4,3%). Óbitos ocorreram em 13,04%; todos por causa cardíaca. **Conclusões:** O número elevado de terapias pelo CDI corrobora com o alto risco arritmico da CCC e o benefício do dispositivo na prevenção secundária destes eventos. O número relevante de portadores de MP reforça o potencial heterogêneo da doença. Síncope na CCC pode associar-se a risco aumentado de arritmias malignas.

888

CARACTERÍSTICAS DAS ARRITMIAS CARDÍACAS EM PACIENTES MUITO IDOSOS ENCAMINHADOS PARA UM SERVIÇO TERCIÁRIO

VANESSA SERRA CARMO; LAURA DE SIQUEIRA CASTRO; ENIA LÚCIA COUTINHO; FÁTIMA DUMAS CINTRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Fundamentos: A doença cardiovascular é uma das principais causas de mortalidade, sendo a idade um fator preditor independente para esse desfecho. Possivelmente, as arritmias cardíacas fazem parte dos mecanismos fisiopatológicos que justificam a maior mortalidade. A população de muito idosos, caracterizada por aqueles com mais de 80 anos é subrepresentada constituindo um desafio na prática clínica. O conhecimento do comportamento eletrofisiológico desses indivíduos pode contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é analisar as variações da frequência e das arritmias cardíacas durante a monitorização eletrocardiográfica de 24 horas em muito idosos. **Métodos:** Foram selecionados, consecutivamente, pacientes com idade superior a 18 anos, encaminhados para um serviço terciário para realização de Holter de 24 horas, entre novembro de 2017 e maio de 2018. A análise da variabilidade da frequência foi realizada pelo domínio do tempo. O intervalo QT foi calculado em todos os pacientes. Os grupos foram divididos de acordo com a classificação da OMS. Foram utilizados ANOVA, Qui-quadrado de Pearson e o teste de Bonferroni, quando aplicável. O termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado. **Resultados:** Foram analisados 378 pacientes, com idade média de 56,21±16,60 anos, 158 do sexo masculino; 194 pacientes foram classificados como adultos (de 18 a 59 anos); 99 pacientes, idosos jovens (60 a 69 anos); 63, medianamente idosos (70 a 79 anos); e 22, muito idosos (acima de 80). A FC máxima foi menor no grupo de maior idade (134,02±25,60 bpm; 117,60±27,59 bpm; 121,76±25,96 bpm; 116,50±23,81 bpm, respectivamente, p<0,001). A ocorrência de arritmias ventriculares e supraventriculares foi semelhante entre os grupos, assim como a distribuição de pausas. A porcentagem de tempo com intervalo QT superior a 490 ms nos grupos adultos, idoso jovem, medianamente idoso e muito idoso foi (13,58±2,91%; 27,56±4,06%; 27,07±5,10%; 44,59±8,49%, respectivamente, p<0,001). A análise da variabilidade da FC apresentou uma predominância parassimpática, observada pelo pNN<50 nos grupos de maior idade (p<0,001). **Conclusão:** Pacientes muito idosos apresentam menor FC máxima, associado a incremento do intervalo QT e do tônus parassimpático, na amostra estudada.

896

AValiação DA RECORRÊNCIA DE EVENTOS COM BASE NAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS TOMADAS POR CARDIOLOGISTAS E NEUROLOGISTAS PARA TRATAMENTO DA SÍNCOPE NEUROMEDIADALUCIANA FERNANDES BALESTRA¹; GIULLIANO GARDENGHI²

1. ANIS RASSI HOSPITAL, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. HOSPITAL ENCORE, APARECIDA DE GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: A opção terapêutica para tratamento da síncope neuromediada (SNM) pode interferir na recorrência de eventos. Cardiologistas e neurologistas podem ter diferentes opções de conduta. **Objetivos:** 1) Avaliar quais as opções terapêuticas de cardiologistas e neurologistas para tratamento da SNM; 2) Avaliar a recorrência de SNM ou pré-síncope na amostra. **Metodologia:** Indivíduos que apresentaram tilt teste (TT) positivo foram contatados por telefone após a realização do exame. No momento do TT foi anotada qual a especialidade do médico encaminhador (cardiologista ou neurologista). No telefonema foram realizadas questões referentes ao tipo de tratamento recebido a partir do retorno com o médico, aderência ao tratamento e recorrência de eventos de SNM e pré-síncope. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a recorrência de SNM e pré-síncope entre os grupos (p<0,05). **Resultados:** 66 indivíduos foram contatados por telefone. Desses, 45 foram encaminhados por cardiologista (grupo CARDIO - idade: 41±21 anos, 71% feminino) e 21 encaminhados por neurologista (grupo NEURO - idade: 36±19 anos, 76% feminino). A prevalência de resposta mista ao tilt teste foi de 65,9% no grupo CARDIO e de 61,9% no grupo NEURO. Com referência aos tratamentos escolhidos, 11% dos cardiologistas não optou por nenhuma forma de tratamento, contra 25% dos neurologistas; 61% dos cardiologistas orientaram medidas gerais (evitar ortostatismo prolongado, entre outras) contra 50% dos neurologistas; O tratamento farmacológico foi opção em 30% dos casos, nos grupos CARDIO e NEURO. 9% dos cardiologistas orientaram o treinamento postural, que não foi sugerido no grupo NEURO; 59% do grupo CARDIO e 60% do grupo NEURO foram orientados a realizar treinamento físico. Mantinham o tratamento 66% dos indivíduos no grupo CARDIO e 61% no grupo NEURO (seguimento de 14±1 meses). Na avaliação da recorrência de SNM, houve 20,5% de recorrência no grupo CARDIO e 20,0% no grupo NEURO (p=0,99). A recorrência de pré-síncope foi 45,2% no grupo CARDIO e 40,0% no grupo NEURO (p=0,88). **Conclusões:** 1) Houve grande heterogeneidade entre as medidas terapêuticas escolhidas pelos diversos profissionais, sejam eles cardiologistas ou neurologistas, sendo que uma parcela não desprezível desses não ofereceu nenhum tipo de tratamento aos pacientes; 2) A recorrência de SNM e pré-síncope não foi diferente entre os grupos.

1021

AValiação DA PRESENÇA DE FIBROSE MIOCÁRDICA EM PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE BRUGADA

ALBERTO PEREIRA FERRAZ; PAULA CAVALCANTI ENDO; LUCIANA SACILOTTO; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; TAN CHEN WU; MARTINA BATTISTINI PINHEIRO; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Síndrome de Brugada (SB) é uma canalopatia associada a risco de arritmias ventriculares e morte súbita (MS). Entretanto, alguns estudos anatomopatológicos em vítimas de MS com SB demonstraram infiltração fibrogordurosa de Ventrículo Direito (VD). Outros achados observados são a fragmentação de QRS e a presença de potenciais tardios. Esses dados reforçam a presença de alterações anatômicas na SB, sendo alvo de investigação e interesse crescente por novas frentes de tratamento. **Objetivos:** Descrever e analisar os dados encontrados na Ressonância Magnética Cardíaca (RMC), bem como nos exames complementares de Eletrocardiograma Padrão, Eletrocardiograma de Alta Resolução (ECGAR) e Avaliação Genética em pts com SB tipo 1. **Métodos:** Estudo transversal exploratório a partir de 111 portadores de SB tipo 1 acompanhados em nosso serviço. Desses, 26/111 pts (23%) realizaram RMC. O padrão de SB tipo 1 espontâneo ocorreu em 21/26 pts (80,7%), dos quais 4/26 (84,6%) eram assintomáticos. O ECGAR foi realizado em 22/26 pts (84%) e a presença de fragmentação foi analisada no ECG padrão. Os pts foram submetidos a avaliação genética (21/26; 80,7%). **Resultados:** Oito pts (8/26; 30,7%) apresentaram alterações na RMC. Constatado realce tardio de padrão não isquêmico na via de saída do VD em 1 pt. A média do Volume Diastólico Final Indexado do VD foi de 70±16,2mL/m² e do Volume Sistólico de 30±8,7mL/m². Na análise de ECG AR, 17/22 pts (77,2%) apresentaram de 1 a 3 parâmetros alterados, sendo o critério duração abaixo de 40µV alterado em todos. Presença de fragmentação foi constatada em 2 pts (2/26; 7,7%). A pesquisa de SCN5A foi positiva em 5 pts (5/21; 19,2%), e destes, 1 apresentou fibrose na RMC (1/5; 20%). **Conclusão:** Em nosso estudo, apesar de ter sido frequente a detecção de alterações no ECGAR, a fibrose pela RC foi vista em apenas um 1 pt, não sendo possível a associação dos achados. Um número maior de pts devem ser avaliados para possibilitar estudos de associação.

1056

APLICABILIDADE DO ESCORE DE HOFFMAYER NA TRIAGEM DE PACIENTES COM EXTRASSÍSTOLES DE ORIGEM EM VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO DIREITO

THIAGO SILVA MARQUES; FÁBIO GOUVÊA; NATÁLIA SOUSA ESTEVES; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; TAN CHEN WU; LUCIANA SACILOTTO; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; MARTINA BATTISTINI PINHEIRO; GUSTAVO AGOSTINI MOREIRA; LUCAS GALITO BARBOSA; ALEXANDER DANIEL RUALES PAUCAR; JOAO HENRIQUE CLASEN; VINICIUS HATANAKA DIAS; SÁVIA CHRISTINA PEREIRA BUENO; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Racional: As arritmias ventriculares idiopáticas e as decorrentes da cardiopatia arritmogênica do ventrículo direito (CAVD) podem se assemelhar quanto ao padrão morfológico das extrassístoles ventriculares (EVs) no eletrocardiograma. O estudo que originou o Escore de Hoffmayer (EH) demonstrou que uma pontuação maior ou igual a 5 foi capaz de identificar corretamente a arritmia da CAVD das idiopáticas, com uma sensibilidade de 84%, especificidade de 100%, valor preditivo positivo (VPP) de 100% e valor preditivo negativo (VPN) de 91%. **Objetivo:** Avaliar a reprodutibilidade do resultado do EH quando aplicado por um especialista e a concordância entre a análise do generalista durante a triagem de pacientes ambulatoriais com EVs com padrão de via de saída do ventrículo direito (VSDV). **Métodos:** Foram selecionados de forma aleatória e retrospectiva, 26 eletrocardiogramas (ECG) de pacientes com EVs de VSDV encaminhados a um hospital universitário. Para avaliar a sensibilidade e a especificidade do método, o EH foi aplicado por um médico arritmologista. Dois cardiologistas generalistas foram instruídos a aplicar o EH, sem conhecimento prévio do mesmo, para que a sensibilidade, especificidade e o grau de concordância com a análise do especialista fossem testados. Os médicos realizaram suas avaliações de forma independente. O resultado final foi comparado ao Task Force de 2010 para diagnóstico de CAVD. Os dados foram analisados de modo descritivo. **Resultados:** Onze (44%) dos 26 ECGs analisados eram de pts portadores de CAVD. Destes, 7 (63%) apresentaram escore maior ou igual a 5, segundo o especialista, indicando uma sensibilidade de 66,6%, especificidade de 70,5%, VPP de 54,5% e VPN de 80%. Entre generalistas, houve concordância muito forte em relação ao critério de D1 e forte no critério de inversão de T, porém fraca nos critérios do notching e transição tardia. **Conclusão:** O estudo sugere que o EH pode ser uma ferramenta útil na avaliação inicial dos pacientes com EVs. Nessa pequena amostra de pts, entretanto, a sensibilidade e especificidade foram aquém do esperado. A concordância dos critérios notching e transição tardia foi insatisfatória e pode representar uma necessidade de treino para sua aplicabilidade.

1006

SOBREVIDA DE PACIENTES DE UMA FAMÍLIA DAS ILHAS CANÁRIAS PORTADORES DE TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA CATECOLAMINÉRGICA COM MUTAÇÃO NO GENE RYR2

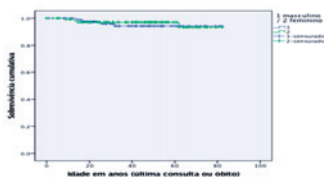
ROBERTA PEREIRA SILVA¹; GUSTAVO DE CASTRO LACERDA¹; FERNANDO WANGUEMERT²; FERNANDO EUGENIO CRUZ³; RAMON TERRADELLAS BRUGADA³

1. INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. CARDIANT, CENTRO MEDICO CARDIOLOGICO, LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, ESPANHA; 3. CENTRE DE GENETICA CARDIOVASCULAR UNIVERSITAT DE GIRONA, GIRONA, ESPANHA.

Introdução: A taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) é uma síndrome arritmogênica hereditária caracterizada pelo desenvolvimento de taquicardia ventricular polimórfica ou bidirecional desencadeada por estresse físico ou emocional em pacientes jovens com coração estruturalmente normal e eletrocardiograma basal de 12 derivações normal. Segundo dados atuais o prognóstico da TVPC é sombrio e até 40% dos pacientes apresentarão morte súbita em até 10 anos após o diagnóstico. Por se tratar de uma patologia fatal que acomete crianças e adolescentes torna-se um evento devastador para as famílias envolvidas e para toda a comunidade alertando para a necessidade de implementação de uma estratégia que amplie a identificação precoce de indivíduos sob risco. **Metodologia:** Investigou-se a sobrevida de uma coorte de 207 pacientes pertencentes a uma família moradora da ilha hispânica de Gran Canária com a mutação p.G357S no gene RYR2. Os pacientes foram acompanhados na clínica Cardiant pelo Dr. Fernando Wanguemert na Espanha. Todos foram submetidos a avaliação clínica, ecocardiograma, teste ergométrico e holter. A sobrevida dos 207 pacientes e a data daqueles que faleceram foi estabelecida através da revisão dos prontuários eletrônicos e informações fornecidas diretamente pelo investigador espanhol desta pesquisa. **Resultados:** A idade média dos pacientes ao fim do seguimento foi de 41,2 anos, e destes 207 pacientes diagnosticados geneticamente apenas 6 faleceram subitamente com uma maior taxa de mortalidade nas 2 primeiras décadas de vida (Tabela). A sobrevida foi calculada utilizando-se o método de Kaplan Meier e foi estimada em 78,6 anos para o sexo masculino e 79,2 anos para o sexo feminino, sendo semelhante a sobrevida da população geral da Espanha (Figura). E, apesar da baixa mortalidade, até 25% dos pacientes apresentaram algum tipo de sintoma (síncope, pré síncope ou morte súbita abortada) ao longo da vida. **Conclusão:** No caso desta mutação há uma baixa prevalência de morte súbita com uma ampla diversidade na apresentação dos sintomas, sendo a maioria dos pacientes (74,4%) assintomáticos enquanto outros 6 pacientes apresentaram morte súbita. Devido a taxa de mortalidade baixa nesta população não foi possível estabelecer fatores que colocam esses pacientes em risco de eventos fatais.

Tabela. Características da população	
Características da população	207 (100%)
Idade ao início do estudo	8 (3,9%)
Idade média	41,2 (±10,5)
Sexo	
• Masculino	92 (44,4%)
• Feminino	115 (55,6%)
Idade no último seguimento	
• Média ± DP	41,1 (±10,4) anos
• Mediana (IC95%)	42 anos (35-50)
Idade no momento do diagnóstico genético	
• Média ± DP	36,3 (±12,2) anos
• Idade máxima	Máximo de 20 anos de vida
• Idade mínima	81 anos
Seguimento médio final	
• Média	73,8 (±6,8)
Idade no momento do estudo	
• Média ± DP	34,2 (±12,2) anos
• Mediana (IC95%)	14 anos (13-23)
Seguimento médio final	
• Média ± DP	65 (±14,4%)
• Mediana (IC95%)	146 (102-200)
Idade de pacientes com CDI	
• Média ± DP	44,2 (±12,7) anos
Idade no momento do diagnóstico de CDI	
• Média ± DP	32,4 (±14,3) anos
• Mediana (IC95%)	35 anos (24-47)

DP: desvio padrão; IC95% intervalo de confiança; CDI: cardiodesfibrilador implantável.



906

ALTERAÇÕES DA ONDA P E GRAVIDADE DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM PACIENTES SEM FIBRILAÇÃO ATRIAL

EDUARDO GATTI PIANCA¹; MAURÍCIO PIMENTEL¹; ANGELA BARRETO SANTIAGO SANTOS¹; MURILO FOPPA¹; SHEILA CRISTINA OURIQUES MARTINS¹; PEDRO TREGNAGO BARCELLOS²; LUIZ GUSTAVO BRAVOSI DA ROSA¹

1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Fundamento: O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) é importante causa de morbimortalidade, sendo os cardiopatias de pior prognóstico. Considerando que eventos embólicos sejam subdiagnosticados em pacientes sem registro de fibrilação atrial (FA), uma associação entre sinais de atriotopia no eletrocardiograma (ECG) admissional e pior desfecho neurológico pode ser uma ferramenta que auxilie a identificar aqueles de maior risco. **Objetivo:** Buscar associação entre alterações da onda P (sobrecarga atrial esquerda (SAE), aumento da força terminal e anormalidade do eixo) em ECG admissional e escala de Rankin em pacientes internados por AVEI de TOAST indeterminado em um hospital universitário terciário. **Pacientes e Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo incluindo pacientes internados por AVEI de TOAST indeterminado, sem registro de FA, no período 2014-15. Os ECGs da admissão foram digitalizados e, com o Software EP Calipers v.1.13, mediu-se duração, amplitude, eixo e força terminal de onda P. A escala de Rankin foi aplicada na alta hospitalar. Utilizou-se teste de χ^2 para buscar associação entre escore de Rankin e variáveis dicotomizadas: anormalidade do eixo da onda P (<32° ou >72°), presença de SAE e força terminal da onda P (>4,000mV). Resultados. Analisou-se ECGs de 116 pacientes, idade média de 63,2±13,5 anos, sexo feminino (52,6%), hipertensão (81%). A associação entre alterações de onda P e escala de Rankin está apresentada na tabela 1. **Conclusões:** Em pacientes internados por AVEI com TOAST indeterminado, sinais de atriotopia aferidos por ECG admissional (SAE e aumento de força terminal de onda P) estão associados a pior prognóstico neurológico. Essa ferramenta poderia sinalizar indivíduos de maior risco para desenvolvimento de fenômenos cardiocirculatórios, mesmo que sem documentação prévia de FA.

Tabela 1.			
	Ranking <2 (n=63)	Ranking >2 (n=52)	Valor de p
Sobrecarga de átrio esquerdo	15 (23,8%)	23 (44,2%)	0,02
Aumento de força terminal	27 (42,9%)	33 (63,5%)	0,02
Anormalidade do eixo	41 (65,1%)	34 (65,4%)	0,97

904

PREDITORES DE MORTALIDADE E TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA TRATADOS COM CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL

WAGNER LUIS GALI¹; GUSTAVO GIR GOMES²; LUIS GUSTAVO GOMES FERREIRA²; JOSÉ MÁRIO BAGGIO JR.²; ALVARO VALENTIM LIMA SARABANDA²

1. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL-ICDF, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introdução: As evidências são inconclusivas a respeito dos preditores de prognóstico e do impacto da função ventricular esquerda pré-implante em pacientes com cardiopatia chagásica crônica (CCC) tratados com cardiodesfibrilador implantável (CDI). O objetivo do estudo foi avaliar o prognóstico e os preditores de mortalidade total e transplante cardíaco nos pacientes chagásicos com taquicardia ventricular sustentada (TVS) tratados com CDI. **Métodos:** Nós avaliamos o prognóstico de pacientes consecutivos (pts) com CCC e TVS tratados com CDI. O desfecho primário do estudo foi mortalidade por todas as causas e transplante cardíaco. **Resultados:** A população se constituiu de 89 pts; 58 homens; idade, 56±11 anos; fração de ejeção do ventrículo esquerdo [FEVE], 42±12% tratados com CDI. Em um tempo médio de seguimento de 59±27 meses, 21 pts (23%) morreram e 2 pts foram submetidos a transplante cardíaco por insuficiência cardíaca (IC) refratária. Não sobreviventes/transplantados e sobreviventes tiveram características de base semelhantes, exceto por menor FEVE (34±11% versus 45±11%, P<0,01), maior idade (62±14% vs 55±10%, P=0,01) e maior diâmetro diastólico final do VE (62±6mm vs 56±7mm P<0,01). A análise da curva ROC mostrou que um valor de corte de 35% para FEVE tinha melhor acurácia para prever todas as causas de mortalidade e transplante. Usando a regressão multivariada de Cox, FEVE<35% e idade≥65a foram os únicos preditores de desfecho primário (HR, 4,64; 95% intervalo de confiança [IC] 2,00-10,80, P<0,01) e (HR 3,19, 95% IC 1,39-7,30, P<0,01) respectivamente. Os pacientes com os 2 preditores, FEVE<35% e idade≥65a, (classificados como alto risco), apresentaram maior chance de desfecho primário em relação aos pacientes de baixo risco (nenhum dos preditores na análise multivariada) (HR, 16,87; 95% confidence interval [CI] 3,97-71,61, P<0,01) com mortalidade em 5 anos de 60% vs 3%. Terapia apropriada do CDI ocorreu em 80% dos pacientes. A frequência de terapias apropriadas do CDI foi similar entre os pacientes com FEVE<35% e FEVE≥35%. **Conclusão:** Em pts chagásicos com TVS tratados com CDI a FEVE de 35% apresentou melhor acurácia em prever mortalidade total e transplante. Os preditores independentes do desfecho primário foram FEVE<35% e idade≥65a anos. A associação desses dois preditores confere mal prognóstico e a ausência deles caracteriza um grupo de baixo risco.

960

IMPACTO DA INTEGRAÇÃO DE IMAGENS ENTRE FLUOROSCOPIA E MAPEAMENTO 3D NA ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

CARLOS VOLPONI LOVATTO; MICHAELA NETO; ANTONIO FERREIRA; ELISABETE VAZ; FRANCISCO COSTA; PEDRO CARMO; DIOGO CAVACO; FRANCISCO MORGADO; MIGUEL MENDES; MIGUEL MENDES; PEDRO ADRAÇÃO

HOSPITAL SANTA CRUZ, LISBOA, PORTUGAL.

Background: As orientações para procedimentos médicos com utilização de fluoroscopia recomendam reduzir a dose de radiação "As Low As Reasonably Achievable" (princípio ALARA). A utilização de tomografia computadorizada (TC) para excluir trombos intracavitários pré ablação de FA permite adquirir imagens anatômicas e sua integração com os sistemas de mapeamento. Além disso, estudos indicam alta acurácia da TC para rastrear de trombos do apêndice atrial esquerdo (AAE). **Objetivo:** Avaliar a eficácia da integração entre RX e mapa 3D com software UNIVU (Biosense Webster - CARTO 3) em reduzir exposição à fluoroscopia durante ablação de fibrilação atrial (FA). Avaliar segurança do screening de trombos com TC. **Procedimento:** Realizou-se a segmentação da TC pré ablação para reconstrução 3D do átrio esquerdo (AE). Através de punções transeptais guiadas por fluoroscopia posicionou-se no AE um cateter de ablação e um cateter circular para mapeamento electroanatómico (MEA) CARTO 3 e a integração com RX pelo software UNIVU. O isolamento das veias pulmonares foi feito com aplicações de radiofrequência (RF) ponto-a-ponto. **Métodos e Resultados:** Estudou-se consecutivamente de forma observacional e retrospectiva entre 2013 e 2017 primeiras ablações de FA por RF apenas com CARTO. Excluiu-se reablações e ablações com outros MEA. Comparou-se 511 pacientes em 2 grupos: 228 sem UnivU e 283 com UnivU. O screening de trombos no AAE foi feito por TC em 48,5% e por ETE em 51,5% dos doentes sem diferença de eventos embólicos. Variáveis categóricas foram representadas como percentagens e valores absolutos; variáveis contínuas foram representadas como médias ± DP. Teste T de student e Chi-square foram usados como hipóteses estatísticas. O tempo total de RX nas ablações realizadas com UnivU foi 50% menor comparada à ablação sem UnivU (p<0,001). **Conclusão:** O software UNIVU integrado com sistema CARTO 3 demonstrou reduzir em metade o tempo de exposição à fluoroscopia durante ablação de FA sem comprometer a segurança do paciente. A taxa de complicações embólicas foi a mesma independente do método de screening de trombo em AAE.

	Sem UnivU	Com UnivU	p
Número de pacientes (N)	228	283	
FA paroxística	77,6%	76,6%	
Idade (anos)	60±11	61±11,4	
ChadsVasc	1,4±1,2	1,5±1,2	
Anticoagulação	66,6%	71,7%	
Tempo total de RX (min)	18,9±6,4	9,8±10,5	<0,001
Tempo total procedimento (min)	149,6±73	166±5	
AVC periprocedimento	0	0	
Derrame pericárdico	1	3	
Radiação da TC (mGy)	-	337,9±214,7	

908

ABLAÇÃO COM RADIOFREQUÊNCIA DA FIBRILAÇÃO ATRIAL: COMPARAÇÃO ENTRE CATETER TERAPÊUTICO IRRIGADO COM E SEM SENSOR DE CONTATO

MARCIO AUGUSTO SILVA; GUILHERME FUTURO; ERICK SESSA MERÇON; DEBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS; MARCELO DA COSTA MAIA; JORGE ELIAS NETO; RICARDO KUNIYOSHI

VITORIA APART HOSPITAL, VITORIA, ES, BRASIL

Fundamento: Os cateteres irrigados com sensor de contato se firmaram como principal opção na ablação (ABL) com radiofrequência da fibrilação atrial (FA), pois proporcionariam lesões atriais transmuralas mais homogêneas e definitivas, reduzindo recorrências. Entretanto, faltam estudos que comprovem sua eficácia clínica real em relação às tecnologias anteriores. **Objetivo:** Comparar os resultados de ABL de FA realizadas com cateteres irrigados: com sensor de contato (Tactiath™-St. Jude Med/Abbott) versus sem sensor de contato (Flexability™-St. Jude Med/Abbott). **Métodos:** Estudo unicêntrico, retrospectivo. Sessenta e oito pacientes consecutivos foram submetidos a ABL de FA: 43 pts com cateter Flexability™ (Grupo Flex) e 25 pts com cateter Tactiath™ (grupo Tact), de forma aleatória, de acordo com a preferência do operador (2 operadores). Todos os pacientes foram submetidos ao mesmo protocolo: isolamento circunferencial antral das veias pulmonares (VPs), com mapeamento eletroanatômico (Sistema Ensite/NAVX) e bainha deflectível (Agilis™ - St. Jude Medical/Abbott). Utilizado Teste t student para variáveis contínuas e Teste Exato de Fischer para variáveis categóricas ($p < 0,05$ como significância estatística). **Resultados:** Os grupos foram semelhantes (sexo, idade, IMC, diâmetro de AE, cardiopatia, fração de ejeção do VE, clearance de creatinina e score de CHA2DS2-VASc). Também foram semelhantes quanto ao tipo de FA - paroxística em 58% e 48% (Flex x Tact; $p=0,45$). As taxas de sucesso sem e com AA foram 60% e 100% (Flex x Tact; $p=1,0$), com tempos de fluoroscopia (5,60,4 min x 5,70,5 min; $p=0,9$) e procedimento (2358 min x 23012 min; $p=0,7$) semelhantes. Apenas 1 complicação ocorreu (AVC/grupo Flex). Num seguimento mínimo de 6 meses e médio de 11,20,7 x 100,7 meses (Flex x Tact; $p=0,3$), as taxas de sucesso sem e com drogas antiarrítmicas (AA) após primeiro procedimento (pts livres de FA/TA >30 seg) foram respectivamente 53,5% x 68% ($p=0,3$) e 79% x 88% ($p=0,5$), nos grupos Flex e Tact, respectivamente. Considerando todos os procedimentos, as taxas de sucesso sem e com AA foram 60% x 68% ($p=0,6$) e 86% x 88% ($p=0,97$). **Conclusão:** Na população estudada, não houve diferença em se utilizar cateter irrigado com sensor de contato (Tactiath™) ou sem sensor de contato (Flexability™) para ABL de FA.

929

SUTURA HEMOSTÁTICA PARA RETIRADA DE INTRODUTORES VENOSOS FEMORAIS- QUANDO A SEGURANÇA ENCONTRA A CONVENIÊNCIA

CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR; LUCAS CARVALHO DIAS; PAULO JOAQUIM SIBILIO MALDONADO FILHO; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO

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

Introdução: A compressão femoral após a retirada de introdutores femorais é um passo importante para a profilaxia de complicações vasculares, mas é incômoda tanto ao paciente quanto ao operador, consome tempo de permanência na sala cirúrgica, e por vezes, não é capaz de evitar sangramentos locais. Recentemente o uso de suturas hemostáticas em "forma de 8" ou "Z" ao redor dos introdutores mostrou-se segura, de rápida execução em sala cirúrgica, permitindo uma recuperação indolor, sem compressões prolongadas e relacionada a rápida deambulação. **Objetivo:** Demonstrar nossa experiência de 14 meses de suturas hemostáticas para retirada de introdutores venosos femorais calibrosos em procedimentos de eletrofisiologia cardíaca. **Amostra:** De maio/2017 a julho/2018, 193 pacientes foram submetidos a procedimentos de eletrofisiologia que envolviam introdutores femorais calibrosos (>10Fr) - 163 ablações de Fibrilação Atrial por cateter de radiofrequência, 9 ablações de Taquicardia Ventricular, 14 ablações de Flutter atrial, 2 Crioablações de Fibrilação Atrial e 5 oclusões de apêndice atrial esquerdo. Todas as punções foram guiadas por ultrassom. As suturas foram realizadas com fio de polipropileno "0", no sentido medial-lateral imediatamente abaixo e acima dos introdutores, sendo obtida a hemostasia imediata com o ajuste do nó cirúrgico. Os eventos de segurança avaliados foram: Hematoma inguinal, Sangramento pelo orifício, Pseudoaneurisma femoral ou trombose venosa profunda. **Resultados:** Houve um caso de hematoma femoral moderado pós-oclusão de AAE (introdutor calibre 13F) que foi relacionado a excesso da dose de anticoagulantes 48h após a retirada da sutura e um caso de trombose venosa profunda do membro inferior direito pós-ablação de Flutter atrial (1,03%). Em todos os outros casos a recuperação ocorreu sem complicações. **Conclusão:** A técnica de sutura hemostática após retirada de introdutores femorais, associada à punção guiada por ultrassom, oferece segurança no cuidado aos acessos vasculares, proporcionando conforto no pós-operatório e permitindo deambulação precoce segura.



963

DOIS NOVOS SINAIS ELETROCARDIOGRÁFICOS PARA LOCALIZAR COM ACURÁCIA VIAS ACESSÓRIAS SEPTAIS E LATERAIS DIREITAS

JOSÉ NUNES DE ALENCAR NETO; ROGÉRIO GOMES DE ALMEIDA NETO; SAULO RODRIGO RAMALHO DE MORAES; CLAUDIO CIRENZA; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: No planejamento de uma ablação de via acessória, a análise eletrocardiográfica das características da pré-excitação ventricular é crucial. Diversos fluxogramas estão presentes na literatura, entretanto, a acurácia destes na rotina do eletrofisiologista deixa a desejar. Uma situação muito peculiar é quando o eletrofisiologista deseja estimar se a via está localizada na porção septal ou lateral do anel tricuspidiano, visto que na porção anterosseptal do anel está localizado o feixe de His. **Objetivo:** Estimar a acurácia de dois sinais eletrocardiográficos para localização acurada da via acessória no anel tricuspidiano e comparar com sinais presentes na literatura. **Métodos:** Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos e um eletrocardiograma pré-excitado (QRS >100ms com delta visível), com estudo eletrofisiológico compatível com uma única via acessória para as seguintes comparações: para-Hissiana x antero-lateral e lateral direita; e pósterio-septal x posterior e pósterio-lateral direita. Os eletrocardiogramas foram avaliados de acordo com o laudo do eletrofisiológico e das imagens de fluoroscopia do exame. **Resultados:** De 175 pacientes consecutivos admitidos em nosso serviço para ablação de via acessória manifesta, 49 foram incluídos na análise. Na derivação precordial V1, foi encontrada uma pequena onda r com duração menor que 40ms em 8/8 laterais e em 2/16 septais ($p=0,0001$). Ela foi capaz de prever a localização lateral da via acessória com uma acurácia de 92% (S 100%, E 87,5%), em comparação a uma acurácia de 75% (S: 100%, E: 62,5%) com o r de qualquer duração em V1 (sinal presente no fluxograma de Arruda) e a uma acurácia de 79% (S: 50%, E: 94%) com a transição da R após V4 em precordiais. No tocante às vias posteriores, o achado de um "notch" na porção descendente da S de V1 em 12/14 septais e 4/11 laterais ($p=0,01$) teve uma acurácia de 76% (S: 78,6%, E: 72,8%) em prever a posição pósterio-septal da via acessória, em comparação a uma acurácia de 68% na avaliação da progressão da R nas precordiais (S: 92%, E: 36%). **Conclusão:** Foram apresentados dois novos sinais eletrocardiográficos para localização de via acessória. Para vias anteriores direitas, propomos a busca de onda r <40ms em V1 para localização lateral, portanto, distante do His; e para vias posteriores direitas, propomos a busca do sinal do notch para localização septal.



1053

COMPARAÇÃO DA ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL COM CATETER DE FORÇA DE CONTATO TACTICATH™ COM

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CHRISTIANO LEMOS CUNHA²; EDUARDO GISTAS SERPA¹; HERMES CARLONI³; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.³; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR³; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; DALTON HESPANHOL DO AMARAL²

1.HOSPITAL DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA, ES, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA/AFECC, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3.HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL

Introdução: Ablação da fibrilação atrial (AbiFA) é consagrada alternativa ao tratamento medicamentoso. Existem limitações; recorrência, duração dos procedimentos, complicações, materiais e técnicas. **Objetivo:** Mostrar que a técnica utilizando potência mais elevada durante curtos períodos é tão eficaz e segura quanto a técnica habitual usando cateter com força de contato (FC). **Material e Métodos:** Retrospectivamente 66 pacientes (pts) submetidos à 1ª AbiFA em 2 centros de 01/2017 a 08/18. 34 pts Grupo A: 30W e 17ml/min fluxo bomba e FC de 10-30 gr. 22 (64,7%) homens, HAS 25 (73,5%), 8 (23,5%) DM, 3 (8,82%) AVC isquêmicos (AVCI). Idade 61,2 anos (31-83), CHADSVASC 2,37 (0-7), peso 82kg (52-117), altura 1,72m (1,56-1,92) e IMC 28 (23-38). Átrio esquerdo (AE) de 41,9mm (23 a 56). 27 (79,4%) pts com FA paroxística (FAP) e 7 (20,6%) com FA persistente e de longa data (FAPers). 22 (64,7%) pts na ablação em sinusal, 10 (29,4%) em FA, 2 (5,9%) em flutter atrial (FIA). Grupo B: 40W na parede posterior e linha de FIA e 8-15g de FC, 50W anterior e 10-20g de FC, fluxo bomba de 35ml/min e 6/8 segundos no local e ablação contínua. 25 (78%) homens, 26 (81%) HAS, 14 (43,75%) DM, 2 (6,25%) AVCI. Idade 64,5 anos (40-82), CHADSVASC 2,72 (1-6), peso 80kg (62-105) altura 1,71m (1,5-1,89) e IMC 27 (22-37). AE de 43,3mm (28 a 62). 22 (68,75%) pts com FAP e 11 (31,25%) com FAPers. 18 (56,25%) pts na ablação em sinusal, 8 (25%) em FA, 4 (12,5%) em FIA e 2 (6,25%) em ritmo de marca-passo. Estratégia em ambos grupos foi isolamento das veias pulmonares, ablação de FIA quando indicado e infusão de adenosina ao final do procedimento. Pts em FA e FIA realizaram cardioversão elétrica no início. **Resultados:** Sem complicações agudas. Grupo A: tempo AE 104min (42-130) e total procedimento 148 (65-208). Média de radiofrequência (RF) 86,56min (27-236) e escopia (RX) de 8,52min (3-18). Elevação da temperatura esofágica (TE) em 26 (76,5%) pts sendo a VPIE mais comum (22 pts - 64,7%). Grupo B: tempo ao AE 63min (40-112) e total 98min (74-148). Média de RF de 29,65min (16-48) com RX 8,3min (3-29). Elevação TE 8 (25%) pts com VPIE mais comum (7 pts - 87,5%). **Conclusão:** Técnica de potência alta por curto tempo comparada a convencional é segura, útil e eficaz sendo alternativa para redução de tempo de procedimento, RF e redução de lesão no esôfago pelo baixo índice de aquecimento neste órgão.

982

ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL EM PORTADORES DE CARDIOPATIA CHAGÁSICA: RESULTADOS A LONGO PRAZO

PAULA MACEDO¹; LUCAS SERAFIM²; GUSTAVO LARA MOSCARDI³; LUCIANA REIS DEL SARTO¹; EDNA MARQUES¹; PATRÍCIA GERMANO¹

1.INSTITUTO HOSPITAL DE BASE, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA/UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introdução: A ablação de fibrilação atrial (FA) visa principalmente o isolamento dos gatilhos localizados nas veias pulmonares. Entretanto, a ocorrência de FA nos pts com cardiopatia chagásica (CCh) pode também estar relacionada à presença de alterações microvasculares, autonômicas, de fibrose atrial e de disfunção sinoatrial próprias da doença. Portanto, o resultado do isolamento das veias pulmonares pode ser diferente nesse subgrupo de pts. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é comparar os resultados da ablação de FA não-valvar entre pts com CCh e pts sem CCh (NCCh), acompanhados em um ambulatório específico de pts com FA. **Métodos:** Trata-se de coorte prospectiva, que incluiu pts que realizaram ablação de FA entre 2013 e 2016. Todos os pts foram submetidos à ablação utilizando sistema eletroanatômico e ecocardiograma intracardíaco. Foram utilizados o teste qui-quadrado para variáveis categóricas e o teste t-student para variáveis contínuas. **Resultados:** Foram incluídos 154 pts (55±14 anos, 60% masculino) que realizaram ablação, com tempo médio de seguimento de 30±14m. Pacientes portadores de CCh foram 39/154 (25%, 61±9 anos) e pts NCCh 115/154 (75%, 53±15 anos). Não houve diferença entre a classificação de FA entre os pts CCh versus pts NCCh (35x33% paroxística, 42x43% persistente, 19x25% persistente de longa duração, p=NS). O CHADSVASC médio foi 2,34 vs 1,33 (p<0,001), no grupo CCh vs NCCh. Os pts chagásicos apresentavam FEVE menores (52±18% vs 64±7%, p=0,02), entretanto o diâmetro de AE era semelhante (40±7 vs 37±8mm, p=NS). A taxa de recorrência pós-ablação foi maior no grupo CCh vs NCCh (28% vs 13%, p=0,03), com média de 1,1 procedimentos em ambos os grupos. A incidência de eventos embólicos foi baixa e não houve diferença entre os grupos (0% vs 1,7%, p=NS), assim como a ocorrência de óbitos (1,7 vs 2,6% p=NS) nos grupos CCh e NCCh, respectivamente. Não houve alteração da FEVE no pós-ablação em relação àquela pré-ablação no grupo CCh e houve um aumento médio de 6% na FEVE no grupo NCCh (p=NS). **Conclusão:** Na amostra estudada a taxa de recorrência pós-ablação foi baixa, apesar da predominância de pts com FA persistente. A ablação de FA em pts CCh mostrou ser eficaz e segura, no entanto a recorrência foi maior nesse grupo em comparação com pts NCCh.

942

UTILIDADE DA ANGIOTOMOGRAFIA COMO ROTINA NA EXCLUSÃO DE TROMBOS EM APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO PRÉ-ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL. EXPERIÊNCIA INICIAL DE MUNDO REAL

FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CARLOS VOLPONI LOVATTO¹; EDUARDO GIESTAS SERPA²; CHRISTIANO LEMOS CUNHA³; HERMES CARLONI²; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.²; DALTON HESPAHOL DO AMARAL³; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR²; KARLA LOUREIRO MEIRA¹

1.INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2.HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL; 3.HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA, VITÓRIA, ES, BRASIL.

Introdução: Fibrilação atrial (FA) há 40 anos é descrita como fator epidemiológico na causa de acidente vascular cerebral isquêmico (AVC). Ablação de FA (AbFA) surgiu há 20 anos e realização necessitam descartar a presença de trombo no apêndice atrial esquerdo (TAAE). Até poucos anos a rotina era de usarmos apenas o ecocardiograma transesofágico (ECOTE) neste propósito. **Objetivo:** Avaliar e descrever de forma prospectiva a angiotomografia cardíaca (AngioTC) como ferramenta segura e eficaz para exclusão de trombos em pacientes (pts) submetidos a AbFA. **Material e Métodos:** De fevereiro a agosto de 2018 avaliamos 55 pts submetidos a AbFA. 28 (51%) realizaram AngioTC, 27 (49%) ECOTE e 22 (40%) realizaram ambos. Exames feitos com 24 a 72hs antes da AbFA. Nossa análise foi apenas para presença ou não de trombos. Não realizamos outras comparações entre métodos. Idade média 67,27 anos (58 a 82), 21 (75%) homens, 23 (82%) hipertensos, 11 (39%) doença coronária ou vascular, 5 (18%) Diabetes Mellitus e 2 (7%) com AVC. 1 pte apresentou IAM cardiembólico pós-AbFA com Eco TE e AngioTC normais. O CHADSVASC médio de 2,6 (1 e 6). Os 28 pts também tiveram confirmação de apêndice livre de trombos pelo ecocardiograma intracardíaco (ECOIC) na AbFA. Pré-alta os ptes responderam qual método eles acharam mais aceitável se tivessem que repetir a AbFA. **Resultados:** Comparando os resultados dos dois exames 1 (3,6%) pte apresentou TAAE a AngioTC e não ao ECOTE. Um (3,6%) pte apresentou TAAE a AngioTC e dúvida em ECOTE e como fazia anticoagulação há mais de 12 meses mantivemos a AbFA - sem complicações. Portanto em 22 ptes houve correlação 91% entre ausência de TAAE no AngioTC e ECOTE. Apesar da AngioTC ter demonstrado TAAE em um (3,6%) pte, não foi observado ao demais métodos, acreditamos que o fato tem dado positivo pois seria mais temerário se em uma AbFA sem ECOTE o fato oposto tivesse ocorrido: AngioTC normal e TAAE visualizado intraprocedimento ao ECOIC. 18 (64,2%) ptes referiram que preferem submeter-se a AngioTC pré-AbFA enquanto os demais disseram que ambos métodos são aceitáveis. **Conclusão:** Em nossa experiência inicial a AngioTC demonstrou que os resultados são superponíveis aos da literatura e é segura na exclusão de TAAE e mais aceitável como a escolha dos pacientes pré-AbFA.

891

MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR E APÓS A ALTA DE PACIENTES COM INFECÇÃO DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS

ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA; ALESSANDRA DE SOUZA MACIEL

FACULDADE DE MEDICINA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Houve um expressivo aumento na incidência de infecções relacionadas com os dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), atingindo a incidência de até 19,9%. Assim, torna-se fundamental o conhecimento deste quadro, com análise do perfil clínico e da evolução dos pacientes (pts) com esses dispositivos, constituindo este o objetivo do trabalho. **Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo, observacional e longitudinal com 6.406 procedimentos de DCEI entre janeiro de 2001 e de 2017, em um único hospital universitário. Foram avaliados os pts que apresentaram infecção relacionada com os DCEI. **Resultados:** Foram identificados 123 pts com infecção de DCEI com média de idade de 60,1 anos, 57,7% do sexo masculino, com uma média de 1,7 procedimentos de implante. As cardiopatias de base predominantes foram cardiopatia chagásica em 44,7% e dilatada por outra etiologia em 19,5%. A mediana do intervalo entre o implante e o diagnóstico de infecção foi de 138,5 dias. O principal agente etiológico foi o estafilococo em 51,2% dos pts. O tempo médio de internação foi de 35,3 dias, sendo feita a remoção total do sistema em 105 pts. Apresentaram endocardite infecciosa (EI) 71 pts e seps 23. A mortalidade intra-hospitalar foi de 19,5%. Houve associação significante entre morte intra-hospitalar e EI (p=0,005) e seps (p<0,0001, teste de qui-quadrado). Receberam alta hospitalar 99 pts. A taxa de mortalidade total foi de 43,0% (23,5% após a alta) durante seguimento médio de 43,8 meses. Aplicando-se a curva de sobrevivência de Kaplan-Meier, não houve associação significante com as variáveis sexo, tipo de dispositivo, agente etiológico, fração de ejeção <0,50, EI e modalidade de tratamento. Tomando como base prognóstica o quadro de seps, houve 69,5% de mortalidade, com p<0,0001 (teste de Log-rank). A taxa de morte foi de 32,8%, entre os pts submetidos ao reimplante de eletrodos por via endocárdica, e de 52,2%, entre aqueles por via epicárdica, com p=0,04. **Conclusões:** A taxa de infecção foi de 1,9%, com predomínio em homens e em pts com miocardiopatia dilatada. A incidência de EI foi de 57,7% e de seps foi de 18,7%. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 19,5% e houve associação com endocardite e seps. A taxa de mortalidade anual foi de 11,8% (0,52/1000 procedimentos/ano), com influência somente da ocorrência de seps durante a internação e o implante epicárdico.

1034

AValiação de PARÂMETROS VETOCARDIOGRÁFICOS NA ANÁLISE DA SINCRONIA CARDÍACA EM PORTADORES DE MARCAPASSO COM ESTIMULAÇÃO VENTRICULAR UNIFOCA

CARLOS EDUARDO DUARTE; RAQUEL A. LOPES NEVES; JAQUELINE CORREIA PADILHA; ELIZABETH SARTORI CREVELARI; CAIO MARCOS DE MORAES ALBERTINI; KATIA REGINA DA SILVA; MARCELO LUIZ CAMPOS VIEIRA; MARTINO MARTINELLI FILHO; ROBERTO COSTA

INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A alta de ativação ventricular do vetocardiograma pode discriminar respondedores à terapia de resincronização cardíaca. Já a capacidade diagnóstica e correlação com parâmetros ecocardiográficos de sincronia em pacientes submetidos à estimulação cardíaca unissínica de ventrículo direito (VD) ou ventrículo esquerdo (VE) ainda permanece desconhecida. **Objetivos:** Analisar, comparativamente, o papel do vetocardiograma no estudo da sincronia ventricular. **Métodos:** Análise transversal de um subgrupo de pacientes de um ensaio clínico randomizado. Avaliados 44 pacientes com bloqueio atrioventricular e função ventricular esquerda normal ou discretamente reduzida, mantidos, por 24 meses, sob estimulação ventricular crônica unifoal no septo do VD ou na parede lateral do VE. A sincronia foi avaliada pela diferença do tempo de abertura das valvas aórtica e pulmonar no Doppler pulsátil e pelo intervalo de ativação intraventricular esquerdo e interventricular medidos pelo modo tecidual. A ativação ventricular foi analisada pelo seu tempo total e pela duração de suas fases iniciais e finais obtidas pelo vetocardiograma. A correlação de Spearman foi utilizada para analisar os tempos obtidos pelos diferentes métodos, considerando-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram 32 pacientes com eletrodos no VD e 12 no VE. A Tabela 01 traz a duração média do complexo QRS, o valor absoluto da diferença entre a abertura das valvas pulmonar e aórtica e o retardo de ativação intraventricular e interventricular desta população. Os com estimulação de VD, foram observadas correlações positivas e significativas entre a duração total da ativação ventricular e o retardo eletromecânico interventricular (r=0,357, p=0,045), assim como entre a duração inicial da alta de ativação e os retardos intraventricular (r=0,421, p=0,016) ou interventricular (r=0,426, p=0,015). Os com estimulação de VE, foram observadas correlações positivas e significativas entre a duração inicial da alta de ativação e os retardos intraventricular (r=0,626, p=0,03) e interventricular (0,615, p=0,033). **Conclusões:** A duração inicial da alta de ativação ventricular pode ser um bom marcador e se correlacionar tanto com parâmetros ecocardiográficos de sincronia intraventricular quanto interventricular em pacientes submetidos à estimulação artificial ventricular crônica unifoal.

Tabela 1. Avaliações dos parâmetros da vetocardiografia e ecocardiografia em função da estimulação ventricular esquerda e ou direita exclusiva.

Parâmetros estudados (ms)	VD (n=32)	VE (n=12)
Duração do QRS	154,6±23,2	211,6±21,52
Diferença entre a abertura das valvas pulmonar e aórtica	41,2±31,9	53,5±34,5
Retardo da ativação intraventricular	69,4±31,2	87,4±21,7
Retardo da ativação interventricular	152,2±50,9	143,8±53,1
Duração da alta inicial	72,9±13,3	103,6±16,5
HRV	0,0016±0,0014	0,0006±0,0005

992

EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DE SETE ANOS DE UM ÚNICO CENTRO BRASILEIRO NA RETIRADA E EXTRAÇÃO DE CABOS DE ELETRODOS

CARLOS EDUARDO DUARTE; RAQUEL A. LOPES NEVES; BRUNO KIOSHI NUMATA; RAPHAEL CHIARINI; THIAGO REGO DA SILVA; ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI; MAYKOL AVAROMA MELGAR; JOAO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; LUCIENE DIAS DE JESUS; JAQUELINE CORREIA PADILHA; FABRICIO MANTOVANNI CEZAR; RAONI DE CASTRO GALVÃO; BRUNO PAPELBAUM; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO

C.A.R.E - CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA DO HOSPITAL BP SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A extração de cabos-eletrodos (CE) de estimulação cardíaca endocárdica é considerada uma técnica difícil e passível de sérias complicações que exige estratificação dos riscos e benefícios individualmente. **Objetivo:** Demonstrar a experiência do serviço na abordagem dos explantes transvenosos de cabo-eletrodos. **Métodos:** Estudo retrospectivo analítico extraído do banco de dados onde foram analisados 114 pacientes no período de maio de 2011 a agosto de 2018. Analisando as taxas de sucesso em virtude das técnicas realizadas e suas complicações. **Resultados:** Foram implantados 228 cabos de eletrodo (CE), dentre eles 125 CE por retirada simples e 103 CE submetidos a alguma técnica de extração. Os pacientes foram: 47 (41%) sexo feminino com idade média de 58 anos (12-89 anos) e índice de massa corpórea média 26,01Kg/m² sendo a hipertensão arterial, o diabetes e o uso de anticoagulação oral presentes em 39 (34%); 13 (11,4%); 23 (20%) dos casos respectivamente. O Tempo Médio de Implante (TMI) dos CE de extração foi de 11,8 anos (1-27 anos), sendo que 79 (77%) de fixação ativa (TMI 8,86 anos), 17(16%) passivos (TMI 16,81 anos) e 7 (7%) de ventrículo esquerdo 7,67 (TMI 1-17). A Ecocardiografia Intracardíaca foi auxiliar em 22 pacientes (17,3%). A técnica femoral com cateter laço (snare) foi utilizada em 46 CE (45%) e a utilização do Neddle Eyes Snare 7 (15%). Na técnica superior foram 48 (47%) extrações sendo que em 36 (75%) utilizou-se de bainha mecânica rotacional e 1 (2%) bainha energizada a laser. A técnica mista (via femoral e superior) foram em 9 CE (9%) a utilização do Neddle's Eyes Snare® 8 (89%). O explante teve sucesso global de 90,3%, sendo 74% na técnica femoral, 94,2% pela técnica superior e 100% na técnica mista. As complicações maiores foram 4 (3,4%) com 2 (1,7%) óbitos. **Conclusão:** Os autores concluem que a extração transvenosa de eletrodos por diferentes abordagens promoveu a remoção completa, evitou o sepultamento desnecessário ou a toracotomia na maior parte dos pacientes. A busca pelo aperfeiçoamento do programa de extração deve ser uma constante para diminuir o risco de complicações maiores e aumentar a efetividade dos procedimentos.

1047

EFFECT OF MONITORED PHYSICAL ACTIVITY IN CHAGAS DISEASE PATIENTS WITH BLENDED SENSOR PACEMAKER- A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

ANTÔNIO DA SILVA MENEZES JÚNIOR

PUC GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.

Background: Several studies have demonstrated the benefit of physical exercise in patients with dual sensor pacemakers (Newman et al., 2003; Baranchuk et al., 2007; Mendes et al., 2016), and this recommendation has been gaining prominence in recent years. It has been widely recommended by different cardiology societies for the management of patients with chronic cardiomyopathy (Committee on Perioperative Evaluation (CAPO) Brazilian Society of Cardiology, 2007; Epstein et al., 2013; Gillis et al., 2012). However, clinical studies involving physical activity usually do not involve patients with Chagas disease, and therefore can be inaccurate for this population (Barros et al., 2014). **Objectives:** To analyze the effect of regular and monitored physical activity in patients with Chagas disease (CD) and chronotropic incompetence using a blended sensor pacemaker. **Methods:** This was an open, longitudinal, prospective and randomized clinical trial. The 43 out of 50 selected patients were evaluated in pre-ambulatory and 120 days after the aleatory randomization. Of these, 43 patients were allocated to group G1 (with exercise activity - walking during 50 minutes at least 3 times per week 24 patients) or G2 (without exercise activity; 19 patients) for assessment. The parameters recorded by the devices in percentages (%) were: "atrial sensing" (AS); atrial pacing (AP); time the patient remained at maximum sensor rate during physical activity (MSR), time the sensor detected mild to moderate physical activity (AT), time the sensor detected no physical activity (NAT - No activity), and the mean sensor rate during the monitoring period (HR). The mean age was 65.58±10.57 years, (58.14%) were women. In the period (120 days) before the study the two groups did not show any statistical difference (p>0.05). After 120 days, the MSR and NAT data between the G1 and G2 were statistically significant (p<0.05). In the quality of life, our data demonstrate that patients who performed physical activity presented better quality of life, according to AQUAREL and SF-36v2® questionnaires results. **Conclusion:** A significant improvement in telemetric data and quality of life parameters was observed in chagasic patients with a blended sensor pacemaker who performed regular monitored exercise compared with patients who did not exercise.

894

O IMPACTO DA IDADE AVANÇADA NA SOBREVIDA E RESPOSTA À TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA

LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO¹; RICARDO MOURILLHE-ROCHA¹; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR²; CHARLES SLATER²; LUCAS CARVALHO DIAS²; EDUARDO BENCHIMOL SAAD²

1.PRÓ-CARDÍACO/ SERVIÇO E DISCIPLINA CARDIOLOGIA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.PRO-CARDÍACO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Fundamento: A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) melhora a classe funcional (CF) e reduz a mortalidade total em pacientes (pt) com insuficiência cardíaca (IC) avançada e fração de ejeção (FE) reduzida. No entanto, nas diretrizes atuais, não há um limite de idade para esta proposta terapêutica, a não ser, expectativa de vida inferior a um ano. **Objetivo:** Definir o papel da idade avançada (acima de 75 anos) na responsividade e sobrevida de pt submetidos a TRC. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional de 250 pt consecutivos submetidos à TRC. Todos apresentavam classe funcional III/ IV. Foram divididos em 2 grupos: Grupo I - 92/250 pt (37%) - idade igual ou superior a 75 anos e Grupo II - 158/250 pt (63,5%) - idade inferior a 75 anos. Os critérios de responsividade foram: melhora da CF da NYHA; aumento FE (>10%); diminuição do diâmetro sistólico final VE - DSFVE (<15%). Foram analisados a taxa de responsividade a TRC e a sobrevida pós-implante em ambos os grupos. A análise estatística foi realizada através do Teste Exato de Fisher, sendo considerado significativamente estatístico um p<0,05. **Resultados:** No grupo I, a idade média foi de 81,6 anos, sendo 72% sexo masculino. O BRE ocorreu em 98% e a duração média do QRS foi de 167ms. A média da FE foi 28%. As médias do DSFVE e diastólico final VE (DDFVE) foram respectivamente: 53 e 68mm. CDI-biventricular foi implantado em 72% dos pt. A taxa de responsividade foi de 84% e sobrevida média pós-implante foi de 36 meses. No grupo II, a idade média foi de 61,6 anos, sendo 67% sexo masculino. O BRE ocorreu em 94% e a duração média QRS foi de 166 ms. A média da FE foi 26%. As médias dos DSFVE e DDFVE foram respectivamente: 58 e 72 mm. CDI-biventricular foi implantado em 82% pt. A taxa de responsividade foi de 85% (p=0,13) e a sobrevida média pós-implante foi de 40 meses. **Conclusão:** A despeito de um maior número de co-morbidades associadas a pt idosos, a idade avançada não influenciou diretamente a responsividade e a sobrevida de pt submetidos a TRC, não devendo ser um fator limitante desta terapia.

971

ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA ABLAÇÃO DE EXTRA SÍSTOLES ORIGINADAS DIRETAMENTE DO SISTEMA DE CONDUÇÃO (HISSINAS)

MUHIEDDINE OMAR CHOKR; LUCAS GOYANNA DE MOURA; CARLOS AUGUSTO MAURO; HAROLDO HEITOR RIBEIRO FILHO; CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO; MARIA DOLORES PENA CAZCO; ITALO BRUNO SANTOS SOUSA; JOSE NILO DE CARVALHO NETO; PEDRO MARIO PINTO VANDONI; PEDRO VIEIRA LINHARES; NATHALIA MARIA SEGOVIA MONGE; CECÍLIA BITARÃES DE SOUZA BARROS; CARINA HARDY; CRISTIANO FARIA PISANI; SISSY MELO; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Embora a radiofrequência tenha se estabelecido como a terapia de escolha para a maioria das arritmias idiopáticas sintomáticas em alta densidade, as extra sístoles verdadeiramente hisianas são raras com poucos casos descritos na literatura. Descrevemos as características clínicas e eletrofisiológicas de uma série de 5 pacientes com extra sístoles ventriculares (EV) hisianas, que as diferenciam das EV "para-hissianas" relatadas anteriormente. Também fornecemos uma abordagem de mapeamento e ablação baseada na anatomia do sistema de condução para o tratamento dessa desafiadora arritmia. **Método:** De março de 2012 a maio de 2018, 5 pacientes (3 masculinos), média de idade 34±12 anos, com holter evidenciando 16±7 mil EV. Todos eram sintomáticos e refratários ao tratamento farmacológico a pelo menos 1 antiarrítmico, sendo encaminhados para ablação. O ECG demonstrava EV com padrão do QRS similar ao em sinusal, porém com atraso de condução pelo ramo direito e duração de 96±8 ms. O estudo eletrofisiológico demonstrava 2 potenciais hisianas para cada eletrograma atrial único, a taquicardia por duplo passo nodal foi excluída por manobras eletrofisiológicas e demonstração de ativação hisiana reversa. O sistema de condução foi mapeado pela direita e pela esquerda logo abaixo da cúspide coronariana direita (melhor precocidade hisiana em relação ao QRS de 38±9ms). A radiofrequência foi inicialmente aplicada pela direita com até 20W, não sendo efetiva em nenhum dos casos. O mapeamento esquerdo através de acesso retroaórtico com inversão do cateter do cateter de ablação (figura), permitiu a eliminação das EV em 2 pacientes, um paciente que não respondia ao tratamento farmacológico teve redução para menos de mil EV após a ablação com associação da medicação, e em 2 casos a ablação foi sem sucesso. O único preditor de sucesso foi uma diferença de pelo menos 9 ms entre o His direito e esquerdo. Ocorreu bloqueio de ramo direito em 1 paciente. O seguimento foi de 30±8 meses. **Conclusão:** Embora rara, em nossa revisão essa é a maior série descrita dessa arritmia, sendo sua ablação possível. O mapeamento pela esquerda é necessário para atingir o sucesso, a técnica de inversão do cateter parece auxiliar na ablação dessa complexa arritmia.



983

ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL SEPTAL, APICAL E BIFOCAL: ESTUDO COMPARATIVO POR MEIO DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA INTRAOPERATÓRIA

RICARDO FERREIRA SILVA¹; JOSÉ CARLOS PACHON MATEOS²; JUAN CARLOS PACHON MATEOS¹; REMY NELSON ALBORNOZ¹

1.DANTE PAZZANESE / HCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A estimulação cardíaca convencional, apical de VD, produz um QRS largo com morfologia de BRE, o qual ocasiona dissincronismo mecânico ventricular. Este dissincronismo pode agravar ou provocar um quadro de IC. Dentro deste contexto, temos procurado novos sítios e novas formas de estimulação, em busca de um QRS mais estreito e uma contração ventricular menos dissincrônica. O posicionamento de 1 eletrodo septal ou de 2 eletrodos dando origem à estimulação Bifocal do VD tem se mostrando mais benéfico quando comparado à estimulação convencional apical do VD, em evolução a médio e longo prazo. Contudo, essas 3 formas de estimulação: septal, apical e bifocal de VD ainda não haviam sido comparadas através da ecocardiografia moderna para avaliação do dissincronismo e os efeitos imediatos dessas estimulações durante o implante. **Métodos:** Pacientes em FA permanente, com FE entre 35% e 55% e bradicardia com necessidade de estimulação cardíaca, foram submetidos a implante de MP bifocal do VD (septal alta e apical). Durante o intraoperatório, após cada modo de estimulação, foram realizadas medidas eletrocardiográficas e avaliação do dissincronismo pelo Eco Transesofágico. **Resultados:** Foram incluídos 19 pacientes. Apesar da estimulação septal ter demonstrado um QRS mais estreito quando comparada à estimulação apical ($p<0,05$), redução ainda maior do QRS foi obtida com a estimulação bifocal ($p<0,05$). Com relação às medidas de dissincronismo, a avaliação intraoperatória mostra uma melhora significativa da estimulação septal em comparação à apical quando avaliamos a deformação longitudinal por meio do SLG ($p<0,05$) e do índice de Yu pelo Doppler tecidual ($p<0,05$). Entretanto, a estimulação bifocal foi superior às outras duas, sendo significativamente superior à septal quando avaliamos o tempo de dispersão ($p<0,05$) e o índice de Yu ($p<0,05$). **Conclusão:** A avaliação intrapaciente, mesmo durante o implante e sem efeito de remodelação, demonstrou que a estimulação septal apresenta menor dissincronia imediata que a estimulação convencional (apical). Por sua vez, a estimulação bifocal foi superior à septal pelas avaliações eletrocardiográficas e ecocardiográficas. Esses achados demonstram que as novas tecnologias ecocardiográficas podem ser usadas como ferramenta adicional durante o implante de marca-passo em busca de uma estimulação cardíaca mais fisiológica.

958

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A ABLAÇÃO DE FA: QUÃO PRÓXIMO DO IDEAL CONSEGUIMOS CHEGAR NA PRÁTICA CLÍNICA?

EDUARDO CAL FERRARI; THIAGO BACCILI CURY MEGID; EDUARDO PALMEGANI; ADALBERTO MENEZES LORGA; GISLAINE BORIM; ADALBERTO MENEZES LORGA FILHO

IMC, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

Introdução: As características clínicas dos pacientes (pac.) com FA são importantes para a indicação de ablação, podendo definir quem deve, ou não, se beneficiar com o procedimento. **Objetivo:** Avaliar qual o padrão do perfil clínico dos pac. submetidos a ablação de FA (aFA). **Métodos:** de Mar/2011 a Jun/2018, 209 pac. foram submetidos a aFA. Uma lista de 9 fatores clínicos favoráveis (FCF) para a indicação do procedimento foi criada e avaliada sua ocorrência na população estudada. Os FCF considerados foram: idade ≤ 55 anos; FA paroxística; ausência de DM; ausência de HAS; ausência de cardiopatia estrutural e FEVE $\geq 60\%$; presença de ectopias atriais complexas no Holter de 24h (mais de 1.000 extrassístoles atriais (EA) por dia ou mais de 500 EA/dia com 3 ou mais TaRs ≥ 3 batimentos ou FA paroxística > 6 minutos); diâmetro de átrio esquerdo (dAE) ≤ 40 ou volume $\leq 34\text{ml/m}^2$; IMC < 30 e Clearance de Creatinina (ClCr) $> 60\text{ml/min}$. Pac. sem informações de pelo menos 7 dos 9 FCF foram excluídos. **Resultados:** Dos 209 pac., 183 (88%) tinham informações completas dos 9 FCF, 15 (7%) pac. informações de 8 FCF, 4 (2%) pac. informações de 7 FCF e 7 (3%) pac. foram excluídos por não terem informações de pelo menos 7 FCF. Informações sobre IMC e ClCr faltavam em 1 pac., AE em 3 pac. e Holter em 18. Apenas 4% dos pac. apresentaram o perfil clínico "ideal" com os 9 FCF, 15% com 8 FCF, 24% com 7 FCF, 27% com 6 FCF, 18% com 5 FCF, 7% com 4 FCF, 5% com 3 FCF, 1% com 2 FCF e 0% com 1 e 0 FCF. O FCF mais presente foi ClCr $> 60\text{ml/kg/min}$ (97%), seguido por ausência de DM (94%), ausência de cardiopatia estrutural e FEVE ≥ 60 (91%), FA paroxísticas (85%), IMC < 30 (63%), ausência de HAS (60%), idade ≤ 55 anos (56%), Holter com EC complexas ou FA (43%) e AE $\leq 40\text{mm}$ ou 34ml/m^2 (42%). A média de FCF por pacientes foi de 6,2 e a mediana de 6 FCF por pac. Avaliando-se temporalmente, a cada 50 aFA consecutivas, não houve diferença significativa na média, desvio padrão e mediana da presença de FCF por pac. **Conclusão:** Apesar do conhecimento de fatores clínicos adequados para indicação de aFA, apenas 4% dos pac. apresentava todos FCF. A média de FCF presente na população estudada foi de 6, com 70% dos pacientes apresentando 6 ou mais FCF. O perfil clínico para indicação de aFA não sofreu mudanças com o passar dos anos e maior experiência da equipe.

1017

CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL - COMPARAÇÃO ENTRE CARDIOPATAS E NÃO CARDIOPATAS - ESTUDO PROSA

KAROLINE MEDEIROS DIAS; ALINE LORIENTE SOUZA; SERGIO FREITAS SIQUEIRA; SILVANA NISHIOKA; ANÍSIO ALEXANDRE PEDROSA; ROBERTO COSTA; MARTINO MARTINELLI FILHO

INCOR/HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O estudo Projeto Saúde & Alcool - PROSA tem por objetivo avaliar em cardiopatas e indivíduos não cardiopatas o padrão do consumo do álcool (quantidade e tipo de bebida) e seus efeitos sobre comportamento clínico e associações entre consumo de álcool com ansiedade, depressão e qualidade de vida (QoV) em seguimento de 3 anos. Neste estudo, apresentamos análise transversal do padrão de consumo de álcool no momento do recrutamento dos sujeitos da pesquisa. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo, unicêntrico, que recruta indivíduos cardiopatas de hospital terciário e não cardiopatas que frequentam este mesmo hospital (acompanhantes e funcionários). Os sujeitos da pesquisa são avaliados quanto aos aspectos socioeconômicos e antropométricos, QoV pelo questionário SF36, ansiedade e depressão pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), quantidade e tipo de bebida por questionário específico e quanto ao risco de distúrbios pelo consumo de álcool pelo teste AUDIT C. Análise descritiva, teste t de Student, teste de Mann-Whitney, e testes de correlação (Pearson e Spearman) foram os métodos estatísticos utilizados. **Resultados:** Nesta análise parcial, foram avaliados os dados dos primeiros 1667 indivíduos recrutados entre 12/2016 e 07/2018, sendo 796 no grupo de cardiopatas e 871 no grupo não cardiopatas. A idade média foi de $56,95 \pm 17,34$ anos e 67,9% são do gênero feminino. No grupo cardiopata, as principais cardiopatias foram: chagásica (34,76%); isquêmica (17,03%); hipertensiva (10,96%) e idiópatia (10,25%). Os grupos apresentaram diferenças quanto ao gênero, índice de massa corpórea e renda familiar. Não houve diferença entre os grupos quanto à escolaridade, depressão, ansiedade e distress. Em relação à QoV os grupos só não diferiram quanto aos domínios de Aspectos Sociais e Vitalidade. Dentre os 178 indivíduos que apresentaram risco auto ou severo pelo teste AUDIT-C, 26 foram do grupo cardiopatas ($P=0,0854$). Houve correlação com r^2 de 0,711 ($P<0,0001$) entre o risco avaliado pelo teste AUDIT-C e o consumo semanal de cerveja. Consumo pesado foi observado em 8 cardiopatas e em 32 não cardiopatas ($P=0,4269$). O consumo binge foi observado em 81 cardiopatas e em 247 não cardiopatas ($P=0,2591$). **Conclusão:** Nesta avaliação preliminar do estudo PROSA não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao padrão de consumo de álcool.

1026

A REALIDADE ATUAL DA AVALIAÇÃO MÉDICA CARDIORRESPIRATÓRIA PRÉ-ADMISSÃO EM ACADEMIAS DE GINÁSTICA: COMO EVOLUIR?

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA¹; LARA DO NORTE GARCIA²; VICTOR VARGAS DE OLIVEIRA³; BRUNO BASTOS GODOI⁴; YNGRID SOUZA LUZ⁵; STEPHANIE IZABEL AGATTI NÊMETH⁶; JOÃO DAVID DE SOUZA NETO⁷

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.SUPREMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS, TO, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI, SETE LAGOAS, MG, BRASIL; 5.INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, PORTO NACIONAL, TO, BRASIL; 6.FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 7.HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: As atividades físicas, quando realizadas de forma inadequada ou por indivíduos com afecções não-diagnosticadas, como arritmias ou cardiomiopatia hipertrófica, representam risco de lesão cardiovascular, sobrepondo-se aos benefícios, não sendo raros os casos de morte súbita. Logo, busca-se a correta evolução dos pacientes em exames pré-admissionais em academias de ginástica, uma vez que estarão sob esforço físico. **Objetivo:** Avaliar as taxas de realização de exames em praticantes de academia antes de sua admissão nestas, relacionando à incidência de sintomas cardiorrespiratórios. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, em amostra aleatória, pela aplicação de questionário com perguntas de múltipla escolha. **Resultados:** 80,7% dos respondentes tinham de 20-29 anos; 13,4%, menos de 20; e 5,7%, de 30-39 anos. 1,96% utilizavam a academia para exercícios físicos apenas 1 vez por semana; 9,8%, 2 vezes; 27,4%, 3 vezes; 29,4%, 4 vezes; 23,5%, 5 vezes; 5,8%, 6 vezes; e 1,9%, diariamente. Em 45,1% dos casos, o tempo destinado à prática de exercícios físicos era menor que 150min semanais; em 37,2%, de 150-300min; e, em 17,6%, maior que 300min. Sobre a realização de exames médicos admissionais na academia, em 10%, foi realizado teste de esforço, visando analisar o comportamento cardíaco durante o exercício; em 8%, foi feita a calorimetria indireta; em 38%, a bioimpedância; em 12%, eletrocardiograma ou ecodoppler cardiograma; em 14%, exames de sangue; e em 8%, exames músculo-esqueléticos. Por outro lado, para 54% dos indivíduos, não foi solicitado ou realizado nenhum tipo de exame admissional. Os tipos de exercícios mais realizados foram musculação associada ou não a aeróbico, crossfit, musculação+treino funcional e boxe. A maioria dos indivíduos nega a presença de sintomas cardiorrespiratórios durante e após a prática de exercícios físicos. Porém, em 15,9% dos respondentes, foram relatados sintomas de falta de ar/dispnéia (6,8%), palpitações/arritmia (2,27%), tontura (2,27%), hipotensão (2,27%) e formigamento de extremidades (2,27%). **Conclusão:** Faz-se essencial a realização de exames clínicos pré-admissionais em academias, associado ou não a outros exames não-invasivos, uma vez que se demonstrou, no presente estudo, existir uma estatística importante, ainda que não seja maioria, de praticantes de academia que apresentam sintomas cardiorrespiratórios.

1031

O ABUSO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS POR ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE E SUA ASSOCIAÇÃO COM UMA MAIOR INCIDÊNCIA DE SINTOMAS CARDIOVASCULARES

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA¹; YNGRID SOUZA LUZ²; FILIPE QUADROS COSTA³; SAULO RIBEIRO CESÁRIO⁴; PATRICIA FRAGA PAIVA⁵; STEPHANIE IZABEL AGATTI NÊMETH⁶; JOÃO DAVID DE SOUZA NETO⁷

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, PORTO NACIONAL, TO, BRASIL; 3.FACULDADES SANTO AGOSTINHO, VITÓRIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 4.UNINORTE - CENTRO UNIVERSITÁRIO DO NORTE, RIO BRANCO, AC, BRASIL; 5.SUPREMA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 6.FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 7.HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: Bebidas energéticas possuem fortes agentes estimulantes, como taurina, cafeína e inositol, os quais, por intensificar a potência das contrações, podem cursar com arritmias, dispnéia, angina e picos hipertensivos. Além disso, contêm altas doses de sódio e açúcares, os quais, a longo prazo, também atuam como fatores de risco cardiovascular. No Brasil, popularizou-se entre indivíduos com rotinas estressantes, grupo no qual se incluem os acadêmicos da área da saúde. **Objetivo:** Elucidar o consumo de bebidas energéticas por estudantes da área da saúde, analisando sua associação com uma maior incidência de sintomas cardiovasculares. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, por meio da aplicação de questionário composto por perguntas de múltipla escolha em amostra aleatória. **Resultados:** Dos respondentes, 47% encontravam-se no ciclo clínico (5^o-8^o semestre), 39% no ciclo básico (1^o-4^o semestre) e 14% no internato. A maioria (61%) afirmou não consumir bebidas energéticas. Dos 39% com esse hábito, 30,7% (12% do total) consomem 1 vez por semana; 10,2% (4% do total), 2 vezes; 7,69% (3% do total), 3 vezes; 12,8% (5% do total), 4 vezes; 5,12% (2% do total), 5 vezes; 2,5% (1% do total), 6 vezes; e 30,7% (12% do total), diariamente. 34% afirmaram beber 1 lata por vez; 7%, 2 latas; 2%, 3 latas; 2%, 4 latas ou mais. Ao serem perguntados sobre a ocorrência de sintomas cardiovasculares após o consumo destas bebidas, 39,08% afirmaram sentirem palpitações ou taquicardia; 17,24%, indigestão/náuseas; 4,6%, dispnéia ou variantes (ex. taquipneia); 2,3%, fadiga/desmaio; 2,3%, aumento súbito da pressão arterial; 1,15%, dor torácica anginosa; 1,15%, dor irradiada para o pescoço, mandíbula, membros, costas e epigástrico; e, por último, 5,74% com sintomas variados, como cefaleia, tremor de mãos, insônia, ansiedade e gases. **Conclusão:** A necessidade de se manterem acordados, seja para estudarem para uma prova ou cumprirem plantão, tem levado uma parcela significativa dos estudantes da área da saúde a um consumo abusivo de bebidas energéticas, tendo-se percebido, nos resultados deste estudo, a sua associação com uma maior ocorrência de sintomas compatíveis com alterações da função cardiovascular.

1033

SÍNCOPIES EM PORTADORES DE MARCAPASSO- UM MARCADOR DE GRAVIDADE?

GISELE SCHINAIDER; EDUARDO ARRAIS ROCHA; ANA ROSA PINTO QUIDUTE; NEIBERG ALCÂNTARA; FRANCISCA TATIANA M. PEREIRA; ALINE BEZERRA TAVARES; MARCELO DE PAULA M. MONTEIRO; CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO; JERUZA MARIA DE OLIVEIRA LIMA; CAMILA RABELO FARIAS GOMES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO (HUWC), FORTALEZA, CE, BRASIL.

As Síncopes podem representar uma condição de elevada morbimortalidade, particularmente em populações com cardiopatia estrutural e idosos com disautonomia. Portadores de marcapasso (MP) podem evoluir com síncopes, e pouco se conhece das causas e do prognóstico desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar as causas de síncopes em portadores de marcapasso e seu prognóstico. **Material e Métodos:** Estudo de Coorte prospectivo, incluindo 95 pacientes, sendo 47 com síncope e portadores de MP e 48 sem síncopes e com MP (grupo controle), realizado no período de maio/2015 a janeiro/2018. As variáveis contínuas foram analisadas pelo método de Mann-Whitney e as categóricas pelo teste do qui-quadrado/Fischer, quando apropriado. Os pacientes foram submetidos prospectivamente ao protocolo da instituição para avaliação de síncope. Para análises, foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Não ocorreram diferenças nos grupos em relação ao sexo ($p=0,61$), idade ($p=0,40$), fração de ejeção ($p=0,77$) e diâmetro do ventrículo esquerdo ($p=0,266$). 29,7% dos pacientes necessitaram de internação, 8,5% tiveram síncopes associadas a crises convulsivas, 10,6% apresentaram trauma físico decorrente da síncope, 68% tiveram pródromos, 86,3% relatavam síncopes prévias ao implante do MP e 13,7% tinham hipotensão postural. Na investigação etiológica, as causas mais comuns foram: 48,9% vasovagal ou disautônoma; 17% cardíacas; 10,6% causas desconhecidas; 8,5% devido a falhas no MP; 8,5% neurológicas e 6,3% outras causas diversas. Três pacientes foram a óbito na evolução, todos no grupo com síncope. **Conclusão:** As síncopes em portadores de marcapasso podem ser secundárias a causas graves com alta morbimortalidade, apesar de a etiologia mais frequente ser as neuralmente mediadas, o que reforça a necessidade de se realizar uma investigação etiológica detalhada nesta população.

1037

ANÁLISE DO PERFIL DE MORTALIDADE POR BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR E DE RAMO ESQUERDO NA ÚLTIMA DÉCADA

CAMYLLA SANTOS DE SOUZA¹; LOUISE D'ABADIA MORAIS²; MYRELLA MESSIAS DE ALBUQUERQUE MARTINS³; GABRIELA FRADÃO DOS SANTOS³; BRUNO MOURÃO MIKHAEL⁴; JOÃO DAVID DE SOUZA NETO⁵

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, DUQUE DE CAXIAS, RJ, BRASIL; 4.FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 5.HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: O atraso na condução dos impulsos cardíacos pode acontecer por anormalidades no sistema His-Purkinje e é resultado, dentre outras coisas, de complicações no sistema de condução cardíaco. Nesse contexto, em pacientes com Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) assintomáticos é comum observar progressão para bloqueio atrio-ventricular de alto grau. De fato, é relevante para a clínica traçar um perfil, ao longo do tempo, da mortalidade nessas circunstâncias. **Objetivo:** Analisar e caracterizar o perfil de mortalidade relacionado ao bloqueio atrioventricular e de ramo esquerdo. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, observacional, com pesquisa no Sistema de Informações de Mortalidade do SUS dos últimos 10 anos, associada a revisão bibliográfica. **Resultados:** Foram registradas 7.792 mortes por bloqueio atrioventricular e de ramo esquerdo na última década, sendo 53% destas na região Sudeste, seguida pelo Nordeste (20,7%), Sul (15,1%), Centro-Oeste (6,9%) e Norte (4,3%). Observa-se a manutenção deste padrão de divisão demográfica na análise individualizada anual da mortalidade. Desde 2006, percebe-se um crescimento do número de mortes a cada ano, com 505 registradas neste ano, 612 em 2010, 778 em 2013 e 960 em 2016. Quanto ao sexo, observa-se uma prevalência do sexo feminino (57,9%) sobre o masculino (42,1%), sendo este padrão condizente entre as regiões do Brasil. Quanto à faixa etária, 50,9% das mortes ocorreram em idade igual ou superior a 80 anos, 27,5% entre 70 e 79 anos, 13,4% entre 60 e 69 anos e 8,2% em idade inferior a 59 anos. 87,5% (6.823) dos óbitos aconteceram em hospitais, enquanto 5,58% (435) em domicílio e 0,37% (29) em via pública. Considerando-se a escolaridade, 2.023 tinham 1-3 anos de estudo; 1.473, nenhum; e 1.188, 4-7 anos de estudo, enquanto 304, 12 anos ou mais. **Conclusão:** Traçar um panorama do perfil de mortalidade por bloqueio atrioventricular e de ramo esquerdo nos últimos 10 anos é essencial para a compreensão dos fatores relacionados. Foi possível notar que a região Sudeste liderou as mortes e que, nos últimos anos, o número foi crescente. Além disso, a prevalência no sexo feminino e em idades superiores a 80 anos revela qual perfil populacional necessita de mais atenção.

1020

ESTUDO PILOTO DA SEGURANÇA DA INTRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SOTALOL COM AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS DAS VARIAÇÕES DO INTERVALO QT

ALBERTO PEREIRA FERRAZ; PAULA CAVALCANTI ENDO; TAN CHEN WU; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Uma das principais preocupações no uso do sotalol se refere ao seu potencial pró-arritmico relacionado ao aumento do intervalo QT. As diretrizes sugerem início hospitalar com monitoramento contínuo por pelo menos 3 dias. Muitos especialistas optam pela introdução ambulatorial, mesmo sem evidências na literatura que respaldem essa conduta. **Objetivos:** Apresentar os resultados iniciais de um estudo prospectivo transversal para avaliação da segurança de um protocolo de introdução ambulatorial de sotalol. **Métodos:** Foram incluídos 21 pacientes (pcts) consecutivos, no período de março a agosto de 2018, com média de idade de 49±19,1 anos, sendo 52,4% dos pacientes do sexo feminino. Três pct's eram gestantes. Os pct's incluídos deveriam ter função biventricular preservada. Os pct's realizaram eletrocardiogramas (ECG) de 12 derivações (25mm/s) na data de início da medicação e após (no mínimo de 3 dias e máximo de 7 dias), para análise de intervalo QT corrigido (QTc) e da dispersão (QTd). Todas as medidas foram feitas por um um arritmologista e confirmadas, posteriormente, por um segundo arritmologista. As eventuais medidas divergentes foram solucionadas por consenso. **Resultados:** As principais indicações para o uso foram: Fibrilação Atrial Paroxística (6 pct's/28,6%), Extrasístoles Ventriculares (4pct's/19%), Taquicardia Atrio-ventricular (3pct's/14,3%), Extrasístoles Atriais/Taquicardia Atrial Não Sustentada (2pct's/9,5%), Taquicardia Ventricular Não Sustentada (2pct's/9,5%). A dose prescrita variou de 120 a 160 mg/d, com média de 129,5mg/dia. A média da frequência cardíaca pré e pós-sotalol foram de 65bpm. A média do QTc de base foi de 416±26,1ms e 422±30,2 após. O QTc variou de -11,95 a +14,73%, com média de 1,6%±7,2%. A média da dispersão de QTc foi 2,7±19,3ms. Nenhum paciente apresentou variação de QTc acima de 15%. Não foram observados eventos clínicos adversos como síncope, pré-síncope, bradicardia sintomática ou arritmia ventricular que contra-indicasse a continuidade da medicação. O sotalol também foi bem tolerado nas gestantes. **Conclusão:** Nossos achados iniciais apontam para a viabilidade da introdução ambulatorial de sotalol de modo seguro na população avaliada, incluindo gestantes, sem variações significativas do QTc e QTd e sem eventos clínicos adversos. Essas conclusões necessitam de maior número de pacientes e de reprodutibilidade clínica.

962

COMUNICAÇÃO INTER-ATRIAL PERSISTENTE E GRAVE APÓS IMPLANTE DE OCLUSOR DE APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO WATCHMAN - UMA COMPLICAÇÃO RARA

LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO¹; LUCAS CARVALHO DIAS²; CHARLES SLATER²; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR²; ALEXANDRE CAMILO BANDEIRA²; ANDRE LUIZ FONSECA FEIJO²; GUSTAVO VIGNOLI SANTOS²; EDUARDO BENCHIMOL SAAD²

1.PRO-CARDIACO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.PRO-CARDIACO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Relato de Caso: Paciente masculino, 64 anos, hipertenso e portador de coronariopatia crônica com revascularização miocárdica cirúrgica e diversas intervenções percutâneas prévias. Fibrilação atrial paroxística de longa data e doença neoplásica (TU próstata há 5 anos) tratado com radioterapia. Evoluiu com retite e cistite atínicas graves, com múltiplas internações por hemorragia maior (enterorragia e hematúria maciças). Foi internado com quadro de acidente vascular cerebral cardioembólico, em uso apenas de clopidogrel (contra-indicação a terapia anticoagulante oral). Foi indicado oclusão do apêndice atrial esquerdo, com prótese Watchman 24. Recebeu alta hospitalar 48 horas após e sem intercorrências. Foi optado pela utilização de warfarina nos 45 dias iniciais. Após 30 dias, foi realizado ecocardiograma transesofágico que evidenciou presença de comunicação interatrial (CIA) a nível da fossa oval, medindo 0,8cm, com shunt esquerda-direita. O paciente manteve-se assintomático durante o acompanhamento nos meses seguintes, com os mesmos achados ecocardiográficos (exame de controle aos 3 meses). Após 5 meses de seguimento foi internado com sintomas de dispnéia e cansaço a pequenos esforços (classe funcional III NYHA), além de sinais de insuficiência cardíaca direita grave (anasarca). O ecocardiograma transesofágico confirmou a presença de CIA persistente com shunt esquerdo-direito (0,9cm) e grave repercussão hemodinâmica, de difícil compensação clínica. Diante da refratariedade clínica, optou-se pelo implante de prótese Amplatzer no septo interatrial, sem intercorrências, com posterior regressão dos sintomas e estabilização clínica. **Conclusão:** A ocorrência de CIA com repercussão hemodinâmica após implante de prótese Watchman é uma complicação potencialmente grave e que deve ser monitorada no pós-procedimento, não havendo relato prévio desta ocorrência na literatura.

1040

ABLACÃO DE VIA ACESSÓRIA LATERAL ESQUERDA SEM USO DE RADIOSCOPIA DURANTE GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

JOSE PLUTARCO GUTIERREZ YANEZ; GUILHERME SAMUEL SCHWENGBER; KARINA DE ANDRADE; MAURICIO LUIS SPESSTATO; JESSICA CAROLINE FELTRIN WILLES; GUILHERME FERREIRA GAZZONI; ANIBAL PIRES BORGES; EDUARDO BARTHOLOMAI; CARLOS ANTONIO ABUNADER KALIL

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: A ablação de arritmias em gestantes constitui cerca de 0,2% do total. Estudo prévio demonstrou que mulheres que apresentaram previamente taquicardia supraventricular tiveram 85% de exacerbação durante a gravidez e mais sintomáticas. As consequências hemodinâmicas da taquiarritmia para mãe e feto são pouco toleradas. A maioria das medicações antiarrítmicas são categorias C ou D na gestação. A fluoroscopia acarreta exposição à radiação, podendo ter efeitos oncogênicos ou teratogênicos. O mapeamento tridimensional oferece a vantagem de não ser necessária a radioscopia, além do potencial curativo. **Objetivo:** Relatar caso clínico de ablação de via acessória sem uso de radioscopia durante gestação. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 43 anos, com 18 semanas de gestação, encaminhada para serviço de arritmias para investigação de palpitações e síncope. Sem história de morte súbita familiar. Sintomas de palpitações e pré-síncope desde os 17 anos. Ao eletrocardiograma (ECG), fibrilação atrial com pré-excitação ventricular com indicação de cardioversão elétrica por instabilidade hemodinâmica. ECG após reversão com presença pré-excitação ventricular. Devido a apresentação clínica, optado pelo manejo invasivo. Estudo eletrofisiológico, sob anestesia indutiva geral, utilizando sistema NAVX-ENSITE (St. Jude Medical) para reconstrução tridimensional da anatomia de câmaras direitas. Realizado protocolo de estimulação ventricular com evidência de ativação atrial excêntrica, presença de atividade atrial mais precoce em polos distais do seio coronariano. Por meio de acesso retrógrado aórtico, sem uso de radioscopia, possível o mapeamento da via acessória evidenciando fusão de sinais ventricular e atrial em região posterior esquerda, sendo realizadas aplicações de radiofrequência durante estimulação ventricular com interrupção das propriedades condutores da via acessória. **Conclusão:** A ablação por cateter em pacientes grávidas pode ser realizada com segurança e eficácia com uso de sistema de mapeamento eletroanatômico, tendo o poder de alterar a estratégia tradicional de tratamento. Conforme as diretrizes atuais, a recomendação para tratamento de taquicardia supraventricular com ablação por cateter em gestantes é IIb em uso de fluoroscopia. Esta é uma alternativa que deve ser considerada em arritmias com risco de vida ou refratárias a tratamento medicamentoso.

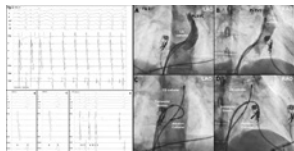
973

ATRIOVENTRICULAR NODAL REENTRANT TACHYCARDIA AND PERSISTENT LEFT SUPERIOR VENA CAVA: A HARD NUT TO BREAK. SUCCESSFUL ABLATION WITH TRANSSEPTAL APPROACH

LUCAS GOYANNA DE MOURA; MUHIEDDINE OMAR CHOKR; KAREN PRISCILLA BRUZZAMOLINO TEIXEIRA; OLGA FERREIRA DE SOUZA; CARLOS AUGUSTO MAURO; MARIA DOLORES PENA CAZCO; ITALO BRUNO SANTOS SOUSA; JOSE NILO DE CARVALHO NETO; PEDRO MARIO PINTO VANDONI; PEDRO VIEIRA LINHARES; NATHALIA MARIA SEGOVIA MONGE; HAROLD HEITOR RIBEIRO FILHO; CARINA HARDY; CRISTIANO FARIA PISANI; SISSY MELO; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introduction: The atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) ablation presents a high success rate with the classical approach in the right posterior septal region. Persistent left superior vena cava (PLSVC), although rare, is the most common venous anomaly in the chest, with a prevalence of 0.3 to 0.5% in the general population. Patients with PLSVC have a significantly enlarged CS ostium, and the location of the slow pathway (SP) and His-bundle area may be displaced, making the procedure more difficult, and increasing the risk of damage to the AV node during ablation. **Case Report:** A 47-year-old woman with several episodes of paroxysmal supraventricular tachycardia refractory to drug treatment was admitted for radiofrequency (RF) ablation. Atrial pacing with extra stimuli induced the AVNRT easily (Figure 1A). RF energy applications at the anatomic SP area with a typical intracardiac electrogram (Figure 1B) and in the roof of CS were unsuccessful. Due to the long duration of the procedure and difficulty in stabilizing the catheter near the CS ostium, we performed CS venography, and the presence of a persistent left superior vena cava (PLSVC) was observed (Figure 2A). We chose to perform transseptal puncture, and the catheter was positioned on the left posterior septal region (Figure 2B) with the intention of targeting left-sided slow pathway inputs and an atrioventricular ratio of 1:8. Several RF applications were performed, but tachycardia was still inducible. In a region where there was only a small far-field atrial potential and a large ventricular electrogram, suggesting the ventricular aspect of the mitral annulus (Figure 1C), RF pulses resulted in an accelerated junctional rhythm. The tachycardia was no longer inducible, and tests confirmed the SP elimination (Figure 1D). To the best of our knowledge, this is the first case with the successful ablation of a typical AVNRT associated with PLSVC using the transseptal approach. **Conclusion:** In cases where the classic AVNRT ablation approach fails, CS venography may diagnose PLSVC, and knowing the particularities of this association, the transseptal approach should be remembered and may be an effective choice. It may also be necessary to position the ablation catheter in the ventricular aspect of the mitral annulus to achieve successful slow pathway elimination.



915

AUXÍLIO DO ENSITE ASSOCIADO AO ETE PARA ABLACÃO DE VIA ACESSÓRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA DE EBSTEIN COM 3 INSUCESSOS PRÉVIOS - RELATO DE CASO

IARA ATIE ATIE¹; GEREZ MARTINS¹; SUSANA PEREIRA¹; LUIS POLICANI¹; GUSTAVO DE CASTRO LACERDA¹; LUIZ RODOLFO CARVALHO BRAGA¹; SABRINA PEDROSA LIMA²; BARBARA NOVAIS²

1.INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.HUGG, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Pacientes com anomalia de Ebstein têm elevada incidência de arritmias e a síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) ocorre em 20 a 30% dos pac. A seguir, descreveremos um caso de difícil ablação em pac com Ebstein e WPW. Pac feminina, parda, 17 anos, portadora de anomalia de Ebstein e WPW, com episódios recorrentes de taquiarritmia e síncope desde os 5 anos de idade, já submetida a 3 ablações prévias. Aos 10 anos de idade, foi submetida à primeira ablação de via acessória (VA) sem sucesso. Aos 12 anos, realizou sua segunda ablação com auxílio do sistema Carto, também sem sucesso. Aos 13 anos, foi realizada a terceira ablação com sistema Carto, com relato de modificação da VA. A pac manteve os sintomas e o seu ECG era igual ao de antes da primeira ablação. Diante dos 3 insucessos, optou-se pelo tratamento clínico com controle parcial das crises, em uso de Propafenona. Aos 17 anos, as crises se intensificaram e, apesar de ajuste medicamentoso, mantinha palpitação frequente e 11 episódios de síncope no último mês, o que motivou indicação de nova ablação. A ablação foi realizada com auxílio do sistema de mapeamento EnSite associado ao Ecocardiograma transesofágico (ETE). No início do procedimento, a pac estava em ritmo sinusal com pré-excitação ventricular. Facilmente, se induzia taquicardia ortodrômica (Taq). Foram construídos 3 mapas (em sinusal, em estimulação atrial e em Taq) do átrio direito, átrio esquerdo e ventrículo direito atrializado até o local da implantação da valva. Os melhores potenciais foram obtidos durante Taq na região pósterio-septal, na porção proximal do folheto posterior, onde foi feita a ablação, houve reversão da Taq para ritmo sinusal com PR normal sem pré-excitação. Após 20min, foi feita Adenosina com retorno da pré-excitação. Foi, então, mapeado durante estimulação atrial contínua e identificada fusão próxima ao local da aplicação anterior, onde se aplicou radiofrequência, com desaparecimento imediato da pré-excitação. Testes confirmaram o sucesso, mesmo após Adenosina. O sucesso da ablação de WPW na presença de anomalia de Ebstein é relatado como menor do que em coração normal, estando entre 76 a 82%, com recorrência significativa, em torno de 25%. O mapeamento eletroanatômico tem importante papel nesses pac e neste caso o auxílio do ETE foi essencial para o sucesso, ajudando na identificação dos locais do anel e da implantação da tricúspide.

957

ISOLAMENTO DE VEIAS PULMONARES E ABLAÇÃO DE ISTMO CAVO-TRICUSPÍDEO EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS UTILIZANDO MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO: RELATO DE CASO

ELANO SOUSA DA FROTA; MARINA VIEIRA NAGAHAMA; MARCEL HENRIQUE SAKAI; MARIA CECÍLIA XAVIER SOUTO; CLAUDIO CIRENZA; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A fibrilação atrial (FA) apresenta alta incidência e prevalência na população. Estima-se que acometa mais de 20 milhões de homens e 12 milhões de mulheres no mundo. Já o situs inversus é uma alteração congênita rara, em que há o desenvolvimento dos órgãos na topografia oposta em relação à habitual, como uma imagem em espelho. O situs inversus totalis (SIT) é caracterizado pela presença de dextrocardia. Há poucos casos descritos de pacientes com a associação de tais condições, principalmente considerando-se o tratamento invasivo da FA, através do isolamento das veias pulmonares. **Objetivo:** Ilustrar caso incomum descrito na literatura médica de paciente portador de SIT que evoluiu com FA paroxística, sendo realizado ablação com técnica de mapeamento eletroanatômico. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, previamente hígido, evoluiu com episódios súbitos de palpitações taquicárdicas de duração prolongada, sendo evidenciado em eletrocardiograma (ECG) FA, além de padrão sugestivo de dextrocardia, confirmado em radiografia de tórax e ecocardiograma. Devido ao quadro sintomático, refratário ao tratamento medicamentoso instituído ao longo do acompanhamento, foi optado pela realização de tratamento invasivo através do isolamento de veias pulmonares, além de ablação do istmo cavo-tricuspídeo (ICT). O procedimento foi realizado com auxílio de mapeamento eletroanatômico com Carto®, sem intercorrências. **Discussão:** A realização do procedimento sem quaisquer complicações evidencia a segurança do tratamento invasivo da FA e do flutter atrial em casos de SIT. O manuseio dos cateteres e bainhas são mais complexos nos casos de dextrocardia por se abordar uma anatomia diferente da habitual, entretanto o uso do mapeamento eletroanatômico auxilia na adequada manipulação das cavidades a fim de se obter sucesso na ablação. **Conclusão:** Mesmo em pacientes com dextrocardia, o tratamento de FA e flutter atrial pelas técnicas de isolamento de veias pulmonares e ablação do ICT pode ser realizado com eficácia e segurança com o auxílio do mapeamento eletroanatômico. Imagem mostrando mapeamento eletroanatômico dos átrios direito (cor rosa) e esquerdo (cinza) e veias pulmonares (verde). À esquerda, observa-se tais estruturas na visão em PA e na imagem à direita, em AP. Note que as estruturas estão em topografia oposta à habitual, caracterizando a dextrocardia.

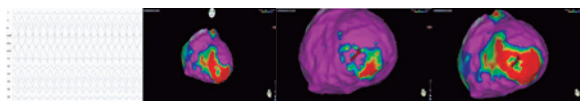


972

ABLAÇÃO EPICÁRDICA GUIADA PELA IDENTIFICAÇÃO DE CANAL EM PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA E TROMBO EM APE DE VENTRÍCULO ESQUERDO

MUHIEDDINE OMAR CHOKR; LUCAS GOYANNA DE MOURA; KAREN PRISCILLA BRUZZAMOLINO TEIXEIRA; OLGA FERREIRA DE SOUZA; CARLOS AUGUSTO MAURO; HAROLDO HEITOR RIBEIRO FILHO; CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO; ITALO BRUNO SANTOS SOUSA; JOSE NILO DE CARVALHO NETO; PEDRO MARIO PINTO VANDONI; PEDRO VIEIRA LINHARES; NATHALIA MARIA SEGOVIA MONGE; CARINA HARDY; CRISTIANO FARIA PISANI; SISSY MELO; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA
INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A ablação epicárdica tem se estabelecido como primeira escolha na estratégia intervencionista de pacientes com cardiomiopatia chagásica e dilatada idiopática. No entanto, em pacientes com cardiopatia de etiologia isquêmica seu papel ainda não é totalmente estabelecido. O mapeamento eletroanatômico identifica áreas de cicatriz na superfície cardíaca, e mudanças nos critérios de voltagem permitem identificar canais que podem corresponder ao istmo das taquicardias. **Método:** Descrevemos o caso de um paciente do sexo masculino, 72 anos, hipertenso, diabético, renal crônico não dialítico com coronariopatia não passível de tratamento e fração de ejeção de 27%. Internado com episódios de taquicardia ventricular recorrente abaixo da zona de detecção do CDI e mal tolerados. ECG sugestivo de taquicardia com origem apical. Feito impregnação com amiodarona e lidocaína o paciente evoluiu refratário e com característica incessante da taquicardia. Ecocardiograma realizado na internação demonstrava trombo em ápice de ventrículo esquerdo (Eco prévio de 3 meses sem trombo). Dessa forma optou-se por realizar ablação através de acesso epicárdico realizado por punção, com posicionamento de cateter ablator smarttouch e de pigtail em espaço epicárdico, para realizar a drenagem do soro infundido. Realizado mapeamento eletroanatômico da superfície epicárdica com evidência de cicatriz apical (voltagem de 0,5-1,5), mudança da janela de voltagem para 0,2-0,5 permitiu identificação de canal no interior da cicatriz. Realizado estimulação ventricular programada com indução da TVS em S2, aplicação de pulsos de radiofrequência (40W e 17ml/min) ao longo do canal interromperam a taquicardia, com retorno ao ritmo sinusal. Novos testes até S4 sem indução da arritmia. O procedimento foi sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar no 3PO, no seguimento de 6 meses evoluiu sem recorrência em uso de amiodarona 200mg/dia. **Conclusão:** A ablação epicárdica pode ser efetiva em pacientes isquêmicos com contra indicação a abordagem endocárdica. A estratégia de da localização de áreas críticas para manutenção da taquicardia por mudanças nos critérios de voltagem e identificação dos canais, reduziu o tempo de procedimento e a necessidade de uma ablação extensa, com resolução da taquicardia.



1061

ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR DE MÚSCULO PAPILAR UTILIZANDO MAPEAMENTO CONVENCIONAL E ECOTRANSTORÁCICO: RELATO DE CASO

JAIME GIOVANY ARNEZ MALDONADO¹; SIMÃO GONÇALVES MADURO¹; DANIELLE ABREU DA COSTA²; ALINE BRASIL ARANHA²; LEILIAN DE SOUZA AMORIM²

1.HOSP. UNIV. FRANCISCA MENDES, MANAUS, AM, BRASIL; 2.AMAZON COR, MANAUS, AM, BRASIL.

Introdução: Arritmias Ventriculares (AV) Idiopáticas em coração estruturalmente normal podem ser do Ventrículo Esquerdo e ocasionalmente os músculos papilares (MP) são a origem do mecanismo arritmogênico. Ablação por cateter pode tratar definitivamente estas AV. O grande problema está na complexa anatomia dos MP, que podem dificultar esta alternativa terapêutica. **Relato de Caso:** Paciente de 28 anos de idade, sexo feminino, com quadros frequentes de palpitações taquicárdicas associadas a sintomatologia de tonturas e pré-síncope refratárias a qualquer tipo de farmacologia anti-arrítmica. A análise eletrocardiográfica era sugestiva de uma Taquicardia Ventricular (TV) oriunda de VE, especificamente do MP Anterior (MPA). Em virtude da repercussão clínica e da falta de alternativa terapêutica, optamos por uma abordagem intervencionista. Foi realizada uma ablação utilizando uma abordagem convencional; o procedimento de ablação por cateter foi realizado com anestesia geral. Foram colocados cateteres em seio coronariano, realizada uma punção trans-septal para mapeamento do VE com um cateter decapolar; o cateter ablator foi passado via punção de artéria femoral e abordagem retrógrada. Paralelamente, o procedimento foi acompanhado através de ecocardiografia trans-torácica (ECOTT). O mapeamento do músculo papilar foi realizado guiado pelo ECOTT. Assim que foram atingidos os critérios eletrofisiológicos, foi realizada a aplicação de radiofrequência. O procedimento foi bem-sucedido e sem complicações. **Discussão:** A ablação de taquicardia ventricular de MP de VE era desafiadora, mas com o uso de algum método de análise in-loco da anatomia, pode-se facilitar o procedimento.

1028

MARCAPASSO COM ESTIMULAÇÃO DE FEIXE DE HIS: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

CARLOS EDUARDO DUARTE; RAONI DE CASTRO GALVÃO; BRUNO KIOSHI NUMATA; RAPHAEL CHIARINI; THIAGO REGO DA SILVA; ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI; MAYKOL AVAROMA MELGAR; JOAO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; LUCIENE DIAS DE JESUS; JAQUELINE CORREIA PADILHA; FABRICIO MANTOVANNI CEZAR; RAQUEL A. LOPES NEVES; BRUNO PAPELBAUM; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO

C.A.R.E - CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA DO HOSPITAL BP SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O implante de marcapasso com estimulação hissiana (MPH) é uma intervenção utilizada para evitar disfunções miocárdicas decorrentes da dissincronia gerada pela estimulação unissística de Ventrículo Direito (VD). Esta estimulação se propaga utilizando-se da rede de purkinje para uma despolarização ventricular com maior velocidade. **Objetivo:** Demonstrar a experiência de um serviço em implante de MPH nas diversas indicações. **Método:** Relatar uma coorte prospectiva de 18 casos submetidos a implante de MPH em um único centro no período de 07/2017 a 07/2018. **Resultados:** Foram 18 pacientes, 10 masculinos com idade média de 66,2 anos (35-83). A média da largura do QRS pré era de 124ms (72-167) e da FEVE de 52% (38-73). O BAV de alto grau esteve em 11 (61%) no momento do implante. Em 2 (11%) com hipersensibilidade do seio carotídeo, 2 (11%) com doença do nó sinusal, outros 2 (11%) não respondedores à TRC e 1 (6%) com MCP dilatada com indicação de TRC. A duração média das cirurgias foi de 136' (80-267'). No procedimento, o posicionamento do eletrodo foi guiado por um cateter de eletrofisiologia diagnóstico posicionado no tronco do feixe de his. A estimulação seletiva de HIS foi alcançada em 8 ptes (44%), nos outros 56% a estimulação foi não seletiva. O limiar de comando médio foi 1,77V/1,06ms (0,5-4,0) na estimulação seletiva, com potencial endocavitário de 6,26mV (3-11,3). Os não seletivos tiveram limiar de comando médio de 2,18V/1,14ms (0,5-6V) e sensibilidade média de 6,51mV (3-11mV). Durante o follow up médio de 6,57 meses (1-13 meses) houve 1 caso de assistolia inapropriada por cross talk, 1 caso de deslocamento de eletrodo de his e 1 falha intermitente de captura por deslocamento mecânico do eletrodo pela valva tricúspide. A média do QRS pós foi de 128,4ms (90-200), tendo redução de largura em 3 pacientes com estimulação seletiva. 2 pacientes apresentaram melhora da FEVE ao ECO TT pós-operatório. **Conclusão:** A estimulação hissiana permanente é factível e real. A indicação, cirurgia e a programação de um MPH devem ser feitas de forma criteriosa e respeitar as peculiaridades de cada caso. A exigência do entendimento da fisiologia do sistema excito condutor deverá ser maior do que na estimulação tradicional.

979

EVOLUÇÃO TARDIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A IMPLANTE DE MARCA-PASSO DEVIDO A BRADICARDIA PÓS-OPERATÓRIA SECUNDÁRIA À CORREÇÃO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

JOSÉ CARLOS ROSSINI IGLÉZIAS; ROBERTO COSTA; WAGNER NASCIMENTO; ELIZABETH SARTORI CREVELARI; KATIA REGINA DA SILVA; JESSICA MORETO CRIVELARI; MARCIA MITIE NAGUMO; NANA MIURA; MARCELO BISCEGLI JATENE; SILVANA NISHIOKA; MARTINO MARTINELLI FILHO; FABIO BISCEGLI JATENE

INCOR HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O uso de marca-passo (MP) definitivo em crianças é raro, sendo a lesão cirúrgica do sistema de condução a principal indicação de implante. **Objetivos:** Avaliar a evolução tardia de pacientes pediátricos submetidos a implante de marca-passo devido a bradicardia pós-operatória, secundária à correção de cardiopatias congênitas. **Métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva realizada em um centro de referência de Cardiologia Pediátrica, com pacientes que foram seguidos por pelo menos 12 meses. Os desfechos analisados foram: mortalidade, transplante cardíaco, mudança de modo de estimulação (upgrades) para CDI ou TRC, reintervenções cirúrgicas para correção do defeito cardíaco. Foi utilizado o RACHS-1 escore para classificação da gravidade do defeito cardíaco congênito. **Resultados:** No período de 1982 a 2018, 216 crianças foram submetidas a implante de dispositivo cardíaco, sendo: MP ventricular em 67,1% dos casos, atrioventricular em 31,0% e ressinronizador em 1,4% e ressinronizador com CDI em 0,5%. O sexo era feminino em 52,3%, a idade, $2,5 \pm 5,2$ anos no momento da primeira correção da cardiopatia e $6,4 \pm 6,3$ anos no implante do DCEI, sendo a mediana do tempo entre essas operações 17 dias. O risco operatório avaliado pelo escore RACHS-1 mostrou que 98% dos casos estavam nas categorias 2 a 4. Apenas 36,6% dos pacientes tiveram sua cardiopatia totalmente corrigida ou ficaram com defeitos residuais sem repercussão hemodinâmica. Durante o seguimento médio de $11,6 \pm 9,8$ anos, 36,1% dos pacientes necessitaram mais do que uma operação para correção de sua cardiopatia. Mudança de modo de estimulação para TRC foi feita em 6,0% e para CDI em 0,9%. A taxa de pacientes submetidos a transplante cardíaco foi de 4,6% e a mortalidade total foi de 19,0%. A principal causa de morte relatada foi a insuficiência cardíaca terminal, reportada em 42% dos óbitos. Não houve relato de óbito relacionado à falha da estimulação cardíaca. **Conclusão:** Considerando-se a faixa etária, a mortalidade desta população foi alta assim como a necessidade de reintervenções para complementação do tratamento cirúrgico ou de transplante cardíaco. O modo de estimulação empregado no implante inicial foi adequado para a maioria dos pacientes, com baixa taxa de mudança de modo para TRC ou CDI.

968

CARDIOMIOPATIA DE TAKOTSUBO ASSOCIADO A BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL (BAVT): RELATO DE CASO

FRANCISCO MARCELO SOBREIRA FILHO; STELA MARIA VITORINO SAMPAIO; DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO; MYRIAN LOPES ARRUDA CARNEIRO; INGRID ALVES DE FREITAS; JOSÉ THIEFESON SERPA DA SILVA; FRANCISCA TATIANA M. PEREIRA; MARCELO DE PAULA M. MONTEIRO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: A cardiomiopatia (CMP) de Takotsubo é caracterizada por alteração transitória da motilidade médio-apical do ventrículo esquerdo (VE) associada a dor torácica, as alterações eletrocardiográficas e as elevações mínimas da troponina com coronárias sem lesões obstrutivas. As arritmias são descritas como complicações incomuns, podendo ser classificadas em: arritmias ventriculares, fibrilação atrial, torsades de points e disfunções do sistema de condução, como disfunção sinusal e bloqueios atrioventriculares. **Relato de Caso:** Feminino, 67 anos, foi levada ao pronto atendimento por familiares após episódio de síncope. Durante a admissão referia início de dor torácica em aperto iniciada há três dias e agravada pela manhã, associada a náuseas, sintomas iniciados após estresse emocional. Antecedentes patológicos de dislipidemia. Eletrocardiograma admissional evidenciava BAVT com escape infra-hissiano e extra-sístoles ventriculares. Troponina admissional positiva (0,235ng/ml). Realizou cateterismo cardíaco com implante de marca-passo provisório, coronariografia sem lesões obstrutivas e ventriculografia com hipocinesia médio-apical do VE. O ecocardiograma admissional revelou fração de ejeção do VE de 32% (método de Simpson), sendo repetido após 7 dias com aumento para 40%. Foi diagnosticada como CMP de Takotsubo associada a BAVT necessitando de implante de marca-passo definitivo. **Discussão:** A CMP de Takotsubo acomete principalmente mulheres pós menopausa e, frequentemente, é precedida por um fator desencadeante, como o estresse. A associação com BAVT é rara e não completamente elucidada. Alguns estudos mostram que o BAVT intermitente ou permanente acontece em até 2,9% dos pacientes com Takotsubo. Uma revisão sistemática de casos publicados demonstra que o tempo de implante do marca-passo definitivo permanece incerto, uma vez que a maioria dos pacientes, mesmo recuperando a função do VE, permanece com distúrbio da condução. O tempo para o implante deve ser individualizado para cada paciente. **Conclusão:** O caso relata a associação rara de doenças cardíacas, com potencial de gravidade e de difícil manejo terapêutico, uma vez que não houve definição na literatura do momento ideal para implante do marca-passo definitivo. Portanto a indicação do implante do marca-passo definitivo deve ser individualizada e avaliada criteriosamente pelo Heart Team.



919

CORREÇÃO DE BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO POR ESTIMULAÇÃO SELETIVA DO FEIXE DE HIS - RECRUTANDO O SISTEMA DE CONDUÇÃO DO CORAÇÃO

CHARLES SLATER; EDUARDO BENCHIMOL SAAD; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR; LUCAS CARVALHO DIAS; PAULO JOAQUIM SIBILIO MALDONADO FILHO; LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO

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

Introdução: A restauração da fisiologia do coração é o fundamento da estimulação cardíaca artificial. Entretanto, a estimulação crônica do ventrículo direito tem se provado deletéria. Relatamos um caso de estimulação direta do feixe de His em portador de bloqueio de ramo esquerdo com restauração da fisiologia normal da condução e contratildade cardíacas. **Descrição do caso:** Paciente sexo masculino, 85 anos, apresentando quadro de bradicardia sinusal sintomática. ECG demonstrava PR de 240ms, Bloqueio completo de ramo esquerdo com duração do QRS de 190ms. Ecocardiograma com leve a moderada disfunção ventricular esquerda com importante dissincronismo interventricular e fração de ejeção estimada em 40%. Proposto para implante de marcapasso de estimulação direta do feixe de His (marcapasso dupla-câmara convencional, com eletrodo atrial implantado convencionalmente e canal ventricular ligado a eletrodo Medtronic 3830 destinado à estimulação do feixe de His). Através de uma bainha longa deflectível Medtronic Attain e o eletrodo 3830, em conexão unipolar ao programador de marcapassos e a polígrafo de Eletrofisiologia, foi realizado o mapeamento da região septal do anel tricúspide, sendo obtido sinal compatível com o do eletrograma do feixe de His (estudo eletrofisiológico mostrava intervalo HV=62ms) Após fixação ativa do eletrodo nesta região, os testes de estimulação revelaram QRS estimulado estreito (98ms), com intervalo isoeletrico entre a espícula e o QRS exatamente igual ao HV, comprovando o recrutamento do sistema de condução normal. O limiar de estimulação era de $3,0V @ 1,0ms$. O dispositivo foi programado em modo DDDR com intervalo AV curto para permitir a estimulação hisiana seletiva. Ecocardiograma no dia seguinte ao implante demonstrou desaparecimento do movimento assíncrono do septo e importante melhora da fração de ejeção para 72%. Os resultados ecográficos persistiam após 30 dias do implante. **Conclusão:** A estimulação direta do feixe de His é uma técnica fascinante, que envolve o recrutamento do sistema de condução normal do paciente, mesmo em condições clínicas em que isso não se imaginava possível, com resultados positivos na função ventricular esquerda. O resultado de estudos maiores vai definir o papel desta técnica no futuro da estimulação cardíaca.

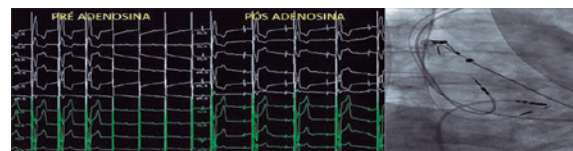
905

FALHA DE COMANDO VENTRICULAR EM ESTIMULAÇÃO PARAHISSIANA POR PSEUDO CONDUÇÃO OCULTA DO NÓ AV: RELATO DE CASO

CARLOS EDUARDO DUARTE; GUILHERME GAESKI PASSUELLO; SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO; JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS; BRUNO PAPELBAUM; RAPHAEL CHIARINI; RAQUEL A. LOPES NEVES; BRUNO KIOSHI NUMATA; THIAGO REGO DA SILVA; ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI; JOÃO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR; LUCIENE DIAS DE JESUS; JAQUELINE CORREIA PADILHA

C.A.R.E - CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA DO HOSPITAL BP SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A estimulação hisiana tem-se demonstrado segura e eficaz mesmo em pacientes com bloqueio atrioventricular infra hisiano^(2,3). Além dos questionamentos clássicos como dificuldade técnica, altos limiares e baixa sensibilidade, devemos nos preocupar com a influência mecânica que a valva tricúspide poderá causar na estabilidade do eletrodo. **Objetivo:** Mostraremos um caso peculiar de falha de comando de causa mecânica em um paciente com estimulação hisiana não seletiva e com diagnóstico inicial de pseudo-bloqueio AV por condução oculta do nó. **Relato de Caso:** Paciente, 68 anos, masculino com quadro de bloqueio atrioventricular 2:1 foi submetido à implante de marcapasso duplacamara com estimulação perhissiana após demonstração de bloqueio infratris. Evoluiu com episódios de falhas de comando ventricular quando programado com intervalos A-V >250ms. Optado pela programação do intervalo AV fixo de 130 ms, que demonstrou captura em 100% dos batimentos, em detrimento de reabordagem cirúrgica. Apesar da hipótese de condução oculta pelo nó para explicar tal comportamento, chamou a atenção o aparecimento de sintomas de turvação visual e pré-síncope com a mudança de decúbito seis meses após o implante. Foi realizado estudo eletrofisiológico (EEF) com possível ablação do nó caso se confirmasse a hipótese aventada. No EEF, a despeito de não haver perda de captura com infusão de adenosina com intervalos AV >250ms na maioria das vezes (Imagem 1) a possibilidade de via oculta pelo nó AV foi afastada após estabilização do eletrodo ventricular com o cateter de ablação verificando-se que a possibilidade da movimentação do folheto tricúspide septal fosse a causa. (Imagem 2). Optado pela conversão para estimulação ventricular medioseptal convencional e o paciente permaneceu assintomático sem novos episódios de falha de captura. **Conclusão:** Neste caso, a hipótese de falha de captura mecânica por movimentação do folheto tricúspide septal foi evidenciada e deve ser lembrada como uma das possíveis causas de perda de captura ventricular intermitente. A complexidade anatômica regional deve ser relevada nos casos da busca da estimulação do sistema intrínseco de condução a qualquer custo.



895

O VALOR DA TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA EM PORTADORAS DE CARDIOMIOPATIA PERIPARTO

LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO¹; RICARDO MOURILLHE-ROCHA¹; LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR²; CHARLES SLATER²; LUCAS CARVALHO DIAS²; EDUARDO BENCHIMOL SAAD²

1. PRÓ-CARDÍACO/ SERVIÇO E DISCIPLINA CARDIOLOGIA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. PRO-CARDÍACO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Fundamento: A cardiomiopatia periparto (CMPP) é uma forma rara de cardiomiopatia dilatada em que apesar da terapia farmacológica otimizada, 20 a 25% das pacientes (pt) evoluem para formas terminais de insuficiência cardíaca (IC). Os relatos na literatura a respeito da terapia de ressinchronização cardíaca (TRC) nesta população são muito escassos. **Objetivo:** Descrever a evolução das pacientes com CMPP que receberam TRC. **Métodos:** Coorte consecutiva de 300 pt submetidas a TRC, sendo que 4 pt (1,3%) apresentavam o diagnóstico de CMPP. Todas as pt estavam recebendo terapia farmacológica otimizada. O diagnóstico da cardiopatia foi definido imediatamente após o parto em todos os casos. Foram analisados a sobrevida e a resposta à TRC. **Resultados:** A média de idade foi de 39 anos. A média da FE foi 24,5% (13 a 30%) e a média da duração do complexo QRS foi 165 ms (130 a 200 ms), havendo bloqueio de ramo esquerdo em todos. Na época do implante, todas as pt apresentavam-se em classe funcional III da NYHA e com função renal preservada. CDI ressinchronizador foi a prótese implantada em 3 pt. 75% dos pt evoluíram para forma terminal de IC e subsequente óbito, com sobrevida média de 16 meses. Apenas uma paciente apresentou evolução satisfatória com melhora da classe funcional, da fração de ejeção e diminuição do diâmetro sistólico final do VE, em um acompanhamento de 43 meses. Esta pt apresentava duração do complexo QRS de 200 ms. **Conclusão:** Apesar do tratamento farmacológico otimizado e da TRC, esta população apresenta uma rápida evolução desfavorável, sugerindo ser um modelo de CMP com mecanismo fisiopatológico adverso e que deva ser precocemente avaliada para transplante cardíaco.

1011

PROCEDIMENTO DE JURDHAN, UMA ALTERNATIVA À RESSINCRONIZAÇÃO CONVENCIONAL: EXPERIÊNCIA INICIAL

JAIME GIOVANY ARNEZ MALDONADO¹; SIMÃO GONÇALVES MADURO¹; DANIELLE ABREU DA COSTA¹; ALINE BRASIL ARANHA¹; LEILIAN DE SOUZA AMORIM²; NESTOR CAVANILLAS LOPEZ³

1. HOSP. UNIV. FRANCISCA MENDES, MANAUS, AM, BRASIL; 2. AMAZON COR, MANAUS, AM, BRASIL; 3. HOSP. ADVENTISTA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Introdução: A Terapia de Ressenchronização Cardíaca Endocárdica (TRC-end) é uma técnica alternativa que pode ser utilizada quando temos insucesso na abordagem convencional via seio coronariano (SC), insucesso no implante via trans-torácico ou quando temos uma resposta inadequada da TRC convencional. Apresentamos nossa experiência de três casos de TRC-end utilizando a técnica de Jurdham para implante endocárdico do eletrodo no VE. **Metodologia:** A técnica de Jurdham utiliza uma abordagem combinada: veia femoral direita para a punção trans-septal para o eletrodo de VE e veia subclávia direita para os outros dois eletrodos a serem colocados em átrio direito e ventrículo direito respectivamente. Os três pacientes são do sexo masculino, com idade média de 66,3 anos, Fração de Ejeção (FEVE) média de 23% e todos com Classe Funcional (CF) de NYHA de III. Dois pacientes tinham previamente TRC convencional (TRCs), sendo que um com perda de comando do eletrodo de SC e outro com deslocamento do eletrodo de SC e perda de comando do eletrodo epicárdico (abordado por toracotomia); o terceiro paciente teve insucesso no implante do eletrodo de SC. Dois pacientes já estavam em uso de anticoagulante por FA. Todos os pacientes foram submetidos a TRC-end utilizando a técnica de Jurdham. **Resultados:** Todos os três procedimentos foram bem-sucedidos e sem intercorrências a curto e médio prazo. Após três meses de seguimento, tivemos uma melhora da qualidade de vida e da classe funcional (CF II), o Ecocardiograma de controle mostrou uma FEVE média de 36%. Dois pacientes estavam em uso prévio de Warfarina e Rivaroxaban e 1 pt iniciou Rivaroxaban após o implante do eletrodo de VE endocárdico. **Conclusões:** A técnica de Jurdham é um procedimento seguro e pode ser considerada como alternativa para TRC-c não bem-sucedida. Porém, todos os pacientes necessariamente têm que serem anticoagulados.

934

AValiação DA PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CHAGAS NAS FORMAS CARDÍACA E INDETERMINADA

FRANCISCA MYLENA MELGACO NUNES¹; EDUARDO ARRAIS ROCHA²; MARIA DE FATIMA OLIVEIRA¹; ALANNA CARLA DA COSTA¹; ANA ROSA PINTO QUIDUTE¹; CARLOS EDUARDO MENEZES VIANA¹; JULIETH MESQUITA LACERDA¹; GABRIEL THE ARAUJO GOMES¹; RAQUEL CARVALHO MONTENEGRO¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

A doença de Chagas ainda hoje representa um grave problema de saúde pública na América Latina. As mudanças socioeconômicas das últimas décadas levaram a alterações no estilo de vida da população, gerando aumento na prevalência de síndrome metabólica (SM), assim como, nos riscos de eventos cardiovasculares. Presume-se que cerca de 20-25% da população adulta mundial tenha síndrome metabólica. A associação entre a SM e a DC merece atenção especial, em razão de suas possíveis complicações e o importante impacto que pode representar nesses indivíduos. **Objetivo:** Estimar a prevalência de síndrome metabólica em indivíduos nas formas indeterminada e cardíaca da doença de Chagas. **Desenho do estudo:** Trata-se um de estudo transversal, descritivo e retrospectivo, que foi conduzido no Serviço de Atenção Farmacêutica em doença de Chagas do Estado do Ceará, no período de março de 2017 a maio de 2018. Foram avaliados indivíduos na forma cardíaca (FC) e na forma indeterminada (FI), com coleta de informações sociodemográficas, além de avaliações antropométricas e bioquímicas. Para a classificação da SM foram utilizados os critérios estabelecidos pelo National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATPIII). Foram incluídos 104 casos de DC, sendo 49 (47,1%) na FI e 55 (52,9%) na FC, com média de idade de 54,9 e 54,3 anos, respectivamente. Observou-se alta prevalência de SM: 62,5% (N=65/104) nos indivíduos. Na análise de grupo, 70,9% na FC (N=39/55) eram portadores da SM 53% (N=26/49) na FI. A maioria dos portadores da SM apresentavam três dos cinco critérios (57,7% da FI; 69,2% da FC). A SM apresentavam três dos cinco critérios (57,7% do FI; 69,2% do FC). No grupo FI foi observada maior porcentagem (11,5%) de indivíduos com os cinco critérios, enquanto no FC foi de 3,44%. A SM apresenta-se em ascensão, o que está relacionada com o aumento da obesidade, sedentarismo e envelhecimento. Na Literatura a prevalência de SM na FI estima-se torno de 37,8%, enquanto no presente estudo, a prevalência da SM elevada foi elevada em ambos os grupos, com destaque para FC, superando a prevalência mundial de SM (20-25%) em adultos. Observou-se uma elevada prevalência de SM nos pacientes com DC, com ênfase na FC da doença, o que pode culminar em uma suscetibilidade a eventos cardiovasculares, podendo resultar em uma somatória de riscos tanto para a FC como para a FI.

933

FATORES QUE INFLUENCIAM POSITIVAMENTE NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

NADJA GABRIELLE MACEDO DE SOUZA¹; REGINALDO MARTINS DA SILVA²; JACIARA FONSECA DA SILVA²; KENIA ALESSANDRA DE ARAUJO CELESTINO²

1. FACULDADE UNIDA DE CAMPINAS- FACUNICAMPS, TRINDADE, GO, BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS -PUC, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) caracteriza-se pela insuficiência de suporte sanguíneo para as artérias coronárias, podendo ocorrer a falência parcial ou total do músculo cardíaco, afluindo inúmeros agravos ao paciente. A qualidade de vida (QV) se torna um dos maiores desafios a ser alcançado por pessoas que sofreram IAM, pois o período pós-infarto traz alguns problemas secundários que necessitam de algumas mudanças nos hábitos de vida e no dia a dia, como por exemplo maior apoio social e familiar a cada fase da doença para otimizar a recuperação do paciente. **Objetivo:** Identificar as estratégias utilizadas na melhoria da qualidade de vida em pacientes acometidos pelo IAM. **Método:** Utilizou-se o método de revisão bibliográfica com análise integrativa da literatura, cuja coleta de dados ocorreu nas bases S LILACS e SCIELO, no período de julho de 2018. Foram utilizados como critérios de inclusão, artigos publicados nos últimos cinco anos, na língua portuguesa, e disponíveis na íntegra. **Resultados e Discussão:** Após selecionados os critérios de inclusão foram encontrados nas bases de dados escolhidas 5.112 artigos científicos com os três descritores: (infarto agudo do miocárdio, qualidade de vida e estilo de vida). Sendo 20 artigos selecionados para análise e 11 utilizados no presente estudo. Os artigos evidenciam que a melhoria da qualidade de vida dos pacientes pós IAM, está relacionado com a adoção de estratégias que reduzam as limitações ocasionadas após o infarto, são citadas como propostas as atividades de lazer e socialização, acolhimento por parte dos familiares, prática de exercícios físicos, ações de educação em saúde com o intuito de contribuir na adesão e seguimento do tratamento após a doença e a cirurgia de revascularização do miocárdio como alternativa para reduzir agravos e problemas funcionais decorrentes do infarto. **Conclusão:** Pode-se evidenciar que o IAM tem grande impacto e resulta em algumas limitações na vida e no cotidiano das pessoas, reafirmando a importância da implementação de medidas que possam contribuir para uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes. As estratégias devem ser realizadas desde a internação hospitalar, durante e após a alta do paciente, sempre o instruindo a seguir com o tratamento, afirmando que é possível viver com qualidade de vida e de maneira saudável após o infarto agudo do miocárdio.

1059

INTERNAÇÃO POR TRANSTORNO DE CONDUÇÃO E ARRITMIAS CARDÍACAS NO ESTADO DE GOIÁS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2017

RICARDO TAVARES PACHECO FILHO; MARIANA BRAGA TEIXEIRA; ISABELLA METRAN DOURADO; RUTH DA SILVA RÉGO; VICTORIA ALVES MELO; VIRIANA MARQUES SEVERO; PEDRO GUIMARÃES MOREIRA DA SILVA

UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

Introdução: As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a terceira causa de morte e de internações no Brasil. Fazem parte delas os Transtornos de Condução e Arritmias Cardíacas (TCAC). De acordo com a SOBRAC, 20% da população possui algum tipo de TCAC, podendo ser um sinal de alerta para uma condição mais grave. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico das taxas de internação por TCAC por faixa etária (FE) em Goiás, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2017. Para o cálculo, utilizou-se dados secundários do Datasus, e foi feita a razão entre o número de internações por TCAC e a população da FE para o mesmo ano, multiplicados pela constante 100.000. **Objetivos:** O objetivo do estudo foi quantificar, analisar e discutir os números de internações pelas doenças citadas em GO, visto que têm grande impacto no sistema de saúde. Para tal, foram consideradas faixas etárias e sexo. **Resultados e Discussão:** Entre 2008 e 2017, foram analisadas 28.961 internações por TCAC. Na FE de 1 a 4 anos de idade ocorreram 41 internações, o menor número. Já o maior foi entre 70 a 79 anos, com 6.605. Durante todo o período analisado não há grandes oscilações anuais no número de internações. Contudo, observa-se que as internações aumentam paralelamente ao envelhecimento, reduzindo apenas a partir dos 80 anos. Percebe-se também que não há influência significativa do sexo, visto que 50,19% deles eram homens e 49,81% mulheres. Por fim, de todas as internações por DCV em GO no período (369.808), os TCAC representam cerca de 7,83%. Esse valor chega a 8,95% na faixa de 70 a 79 anos e 12,77% na faixa de 15 a 19 anos. **Conclusão:** Pode-se perceber que os TCAC são doenças com repercussão importante sobre o sistema de saúde de GO, mantendo taxas constantes de internações ao longo de todo o período analisado. Apesar de não haver influência significativa do sexo, a FE exerce papel fundamental na epidemiologia dessas doenças, merecendo atenção especial na população idosa. Com o processo de envelhecimento populacional iminente no país, a tendência é que essa área demande cada vez mais recursos e atenção do sistema de saúde.

897

TAQUICARDIA DE COUMEL DE DIFÍCIL CONTROLE- ACOMPANHAMENTO DO PERÍODO FETAL AOS 3 ANOS DE IDADE - RELATO DE CASO

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A Taquicardia de Coumel (TC) é um tipo de taquicardia supraventricular (TSV) mediada por uma via acessória de condução decremental usualmente localizada em região posteroseptal, que somente conduz retrogradamente. O ECG durante a TPSV tem um padrão característico. Representa apenas 1 a 6% dos casos de TSV nas crianças. Ela é frequentemente subdiagnosticada, pois muitas vezes resulta em FC pouco elevada em relação a FC do recém-nascido. No entanto, por ter característica incessante, pode levar a taquicardiomiopatia e os sinais de disfunção ventricular podem ser as primeiras manifestações. **Relato de Caso:** Gestante com 32 semanas de gestação com indicação de interrupção da gestação por taquicardia fetal (FC 260bpm). Exames maternos sem alterações. Como o feto apresentava bons parâmetros, sem sinais de sofrimento, foi iniciada Digoxina para uso materno. Houve diminuição da FC fetal média para 180bpm e a gravidez foi acompanhada. O parto normal ocorreu com 39 semanas e foi sem intercorrências. Apgar 8/9. Após o nascimento, foi identificada TSV com FC de 200bpm, QRS estreito, RR regular, ondas P negativas e profundas em derivações inferiores, intervalo RP>P'R, sugerindo TC. Ecocardiograma foi normal. Foi feita Amiodarona venosa, seguida de oral e o Holter demonstrava TC repetitiva com FC média de 190bpm. Por se tratar de recém-nascido com boa função ventricular, optou-se pelo tratamento clínico e acompanhamento. A Amiodarona foi substituída por Propafenona e evolutivamente, associado Propranolol. Atualmente, o pac está com 3 anos, com FC média de 150bpm com episódios diários de TC, bem tolerados sem repercussão clínica e mantendo boa função ventricular, com adequado crescimento e desenvolvimento, permitindo assim, o crescimento e ganho de peso para o melhor momento da realização da sua ablação. **Conclusão:** A Taquicardia de Coumel pode levar a taquicardiomiopatia, sendo, nesses casos, a ablação da via acessória o tratamento de escolha. Nos recém-nascidos e nas crianças menores, o tratamento inicial é feito com medicação, com necessidade de acompanhamento regular da função ventricular, para permitir, se possível, a realização da ablação em uma criança um pouco maior e com isso com menos eventuais complicações.

1030

SÍNDROME DE BRUGADA TIPO 1 ESPONTÂNEO EM PORTADOR DA VARIANTE E1784K

LUCIANA SACILOTTO; JOÃO GABRIEL BATISTA LAGE; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; SÁVIA CHRISTINA PEREIRA BUENO; TAN CHEN WU; DENISE TESSARIOL HACHUL; ALEXANDRE DA COSTA PEREIRA; GABRIELLE D'AREZZO PESSENTE; FANNY WULKAN; MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA

INSTITUTO DO CORAÇÃO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O canal de sódio é codificado pelo gene SCN5A, sendo responsável por correntes de despolarização rápida e por influxo tardio do íon. Os defeitos nessas correntes são responsáveis por um espectro de síndromes arritmogênicas, com maior frequência a Síndrome de Brugada (SBr), os distúrbios de Condução e a Fibrilação Atrial. A Síndrome do QT Longo Tipo 3 (SQT3) e sobreposição dos fenótipos são mais raros. Classicamente, a variante no SCN5A E1784K provoca SQT3, porém existem alguns relatos na literatura demonstrando associação com SBr induzida, o que leva a importante implicação terapêutica na escolha de bloqueadores dos canais de sódio. Não encontramos relatos do predomínio do fenótipo de Brugada, com manifestação de SBr tipo 1 espontâneo em portadores dessa variante. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 48 anos, pardo, natural da Bahia, encaminhado ao Serviço de Arritmologia devido a alteração encontrada em Eletrocardiograma (ECG) durante avaliação clínica para exérese de melanoma cutâneo. Negava quaisquer sintomas e história familiar de morte súbita. O ECG basal do paciente evidenciava QTc de aproximadamente 470ms e padrão Brugada tipo saddleback em V1 e V2. Apesar da bradicardia sinusal ao repouso, houve resposta cronotrópica adequada no teste ergométrico, não configurando doença do nó sinusal. Exames de imagens afastaram cardiopatia estrutural. Na fase de recuperação do teste ergométrico o paciente apresentou padrão de Brugada Tipo I espontâneo, o que também foi verificado no Holter de 12 derivações. Foi então encaminhado para estudo genético, que resultou em mutação no SCN5A E1784K. **Conclusão:** O caso relatado é raro, pela sobreposição fenotípica de SQT3 e SBr1 espontâneo. Aparentemente, há um predomínio do fenótipo de Brugada em uma variante genética tipicamente encontrada em pacientes com SQT. A dinâmica das alterações eletrocardiográficas nas canalopatias sugere que os fenótipos podem ser melhor caracterizados em exames provocativos ou de monitorização prolongada.

1013

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR TOTAL INDUZIDO POR VENENO DE ABELHA - RELATO DE CASO

RAFAELA LOUISE SALES; KÁRILA SCARDUELLI LUCIANO; RAFAEL RONSONI; BRUNO DE ALMEIDA PENHA; LARISSA DE FREITAS NUNES; TIAGO CARON; MARLOS CARNIEL; ALESSANDRA KRAUSS; ERDEN PESTANA; RAFAEL ZOPPI CAMPANE; TAMIRES MORAES; CONRADO HOFFMANN

HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT, JOINVILLE, SC, BRASIL.

Introdução: A anafilaxia causada por picadas de abelha pode em alguns casos levar a distúrbios eletrocardiográficos, dentre eles aumento do intervalo PR, alargamento do QRS, alterações transitórias do segmento ST e arritmias diversas. Dependendo da espécie de abelha pode-se observar alterações relacionadas ao inotropismo, cronotropismo ou dromotropismo. **Relato de Caso:** Masculino, 78 anos, sem comorbidades ou uso de medicações. Admitido após picadas de abelhas (*Apis mellifera*) e evolução com mialgia, náuseas e síncope. Apresentava-se torporoso, pressão arterial 80/40mmHg, FC 38bpm, leucocitose de 19.610, creatinina 2,21mg/dL, potássio 4,6mmol/L, CPK 4.157U/L e eletrocardiograma com bloqueio átrio ventricular. Realizado intubação orotraqueal e passagem de marcapasso provisório. Recebeu hidratação e medidas sintomáticas. Após 72 horas de evolução apresentou melhora clínica, laboratorial e eletrocardiograma com ritmo sinusal e condução átrio-ventricular espontânea, sendo retirado marcapasso provisório e extubado sem intercorrências. **Discussão:** O veneno de abelhas pode levar a alterações eletrocardiográficas como resultado do efeito tóxico direto do envenenamento e/ou secundário a reações anafiláticas sistêmicas. As principais alterações descritas são infra ou supradesnívelamento do segmento ST, aparecimento de vários graus de bloqueios átrio-ventriculares, disfunção sinusal e arritmias ventriculares graves. As bradicardias relacionadas ao veneno da abelha são produzidas pela estimulação cardíaca parassimpática como resultado da ação do veneno na corrente de potássio ativada pela acetilcolina (IK, ACh) e na corrente If do nó sinusal. Essa toxicidade de natureza inibitória envolvendo o sistema nervoso autonômico é estabelecida como resultado secundário da ação do veneno, enquanto um efeito direto do veneno na estabilização da membrana do miocárdio também tem sido sugerido. Entretanto essa ação é dose dependente e além disso varia de acordo com a espécie de abelha. É descrito que o veneno da *Apis mellifera* tem efeito inotrópico positivo preponderante, entretanto no Brasil essas abelhas são muitas vezes híbridas, apresentando características em comum principalmente com *Anthophora pauperata* - que possui veneno com efeito predominantemente dromotrópico e cronotrópico negativos. Não há antitoxina específica e o tratamento se limita a medidas de suporte e sintomáticas.

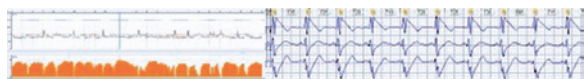
994

RELAÇÃO ENTRE FREQUÊNCIA CARDÍACA E SEGMENTO ST NO HOLTER DE 24H DE UM PACIENTE COM SÍNDROME DE BRUGADA

ANTONIO THOMAZ DE ANDRADE; FRANCISCO MARCELO SOBREIRA FILHO; EVILASIO LEOBINO DA SILVA JUNIOR; CARLA SANFORD RANGEL XEREZ LEOBINO; RAIMUNDO BARBOSA BARROS

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

A síndrome de Brugada (SB) é uma canalopatia caracterizada por um padrão eletrocardiográfico de elevação do segmento ST do tipo I (elevação do ponto J ou segmento ST ≥ 2 mm seguido por declive lento côncavo ou retilíneo em relação à linha de base isoeletrica, com onda T negativa) que pode ser espontâneo ou induzido por droga e é uma das principais causas de morte súbita em pacientes com coração estruturalmente normal. A imagem acima mostra o gráfico relacionando frequência cardíaca e segmento ST no Holter de 24h de um paciente com ECG de Brugada tipo I. No gráfico é possível perceber uma relação direta da queda da frequência cardíaca com o Supradesnivelamento dinâmico do segmento ST e o consequente desaparecimento nos períodos de maior frequência cardíaca. O exame traduz a dinamismo da alteração da repolarização encontrada na SB e sua relação com o tônus nervoso autonômico, prevalecendo nos períodos de maior tônus vagal (bradicardia). Embora a relação seja conhecida, não encontramos na nossa experiência, nem em nenhuma publicação uma demonstração tão direta da relação entre frequência cardíaca e segmento ST. Os traçados foram gravados por um aparelho Cardios, com 4 eletrodos e 3 derivações, e tem como limitação o fato de não usar uma derivação precordial verdadeira (unipolar) e sim uma derivação bipolar frequentemente comparada as imagens encontradas nas derivações precordiais direitas (V1 e V2). Apesar dessa limitação os achados se correlacionavam bem com o V2 do ECG convencional do paciente. O paciente em questão era do sexo masculino, assintomático, tinha 72 anos de idade e não tinha história familiar de morte súbita. Devido a idade e ao benefício duvidoso do Estudo Eletrofisiológico na estratificação de risco da SB, considerado classe IIb nos guidelines atuais, optamos por manter o paciente em acompanhamento clínico. Um ECG com colocação de V1 de V2 no 2º e 3º Espaços intercostais foram realizados nos parentes de 1º grau do paciente sem achados relevantes para SB. As imagens reforçam o dinamismo da alteração de repolarização na SB e o potencial do Holter de 3 canais em revelar pacientes com tipo I espontâneo, que tem grande valor prognóstico e na conduta do paciente.



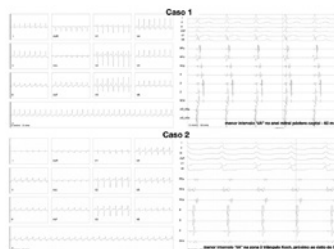
952

TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL LENTA-LENTA: DOIS CASOS, DUAS ESTRATÉGIAS

RODRIGO DE CASTRO MENDONÇA¹; MARCOS A ALMEIDA²; MARCOS R CARVALHO³; SHEYLA T FERRO¹; JOSE AUGUSTO SOARES BARRETO-FILHO²; ANTONIO CARLOS SOBRAL SOUSA²

1.HOSPITAL PRIMAVERA E HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL; 3.HOSPITAL PRIMAVERA E HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL.

Em pacientes com múltiplas vias nodais, a eliminação por cateter de uma delas pode ser desafiante. Trata-se de dois casos de taquicardia por reentrada nodal do tipo lenta-lenta. Paciente 1 - masculino, 15 anos; crises de taquicardia regular, sustentada e não-registrada, refratária a tratamento com beta-bloqueador. Exame físico, ECG de repouso e ecocardiograma normais; holter - 5 extrassístoles atriais em 24 horas; estudo eletrofisiológico descartou outros mecanismos (pacing para-hissiano e estimulação ventricular com extra-estímulo) e resultou na indução de taquicardia supraventricular de RP curto precedida por salto nodal através de estimulações ventricular e atrial; aplicações de radiofrequência nas zonas 2, 3, óstio do seio coronário e terço proximal deste não resultaram em eliminação da arritmia, que pôde ser controlada com pulsos no anel mitral póstero-septal (eliminação de uma das vias). Paciente 2 - feminino, 41 anos; crises de taquicardia regular, sustentada com RP curto, refratária a tratamento com beta-bloqueador e propafenona. Exame físico, ECG de repouso e ecocardiograma normais; holter - raras extrassístoles atriais em 24 horas; estudo eletrofisiológico descartou outros mecanismos (pacing para-hissiano e estimulação ventricular com extra-estímulo) e resultou na indução de taquicardia supraventricular de RP curto induzidas através de estimulações ventricular e atrial; aplicações de radiofrequência nas zonas 3 do triângulo de Koch (em taquicardia) resultou em não-reindução, e surgimento de salto nodal exclusivo sob isuprel no final.



1027

RELATO DE CASO: ABLAÇÃO DE VIA ACESSÓRIA PÓSTERO-LATERAL ESQUERDA EPICÁRDICA VIA SEIO CORONARIANO

RODRIGO ELIAS DA COSTA¹; LUIS BELO²; RODRIGO SÁ³; WASHINGTON MACIEL⁴; PAULO SOEIRO SAMPAIO⁵; JACOB ATÍE⁵

1.HSCOR, DUQUE DE CAXIAS, RJ, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4.HOSPITAL ESTADUAL ALOYSIO DE CASTRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5.CLÍNICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A ablação de vias acessórias é um procedimento seguro em bem-sucedido em mais de 95% dos casos. Em até 8% dos casos, o insucesso pode se dever a localização epicárdica da via acessória. Entre as vias acessórias esquerdas, 2,4% podem apresentar conexão epicárdica via veia cardíaca média ou porção lateral do seio coronariano. **Relato de Caso:** paciente de 46 anos, hipertensa, relatava palpitações taquicárdicas de longa duração, com repetidos atendimentos hospitalares, evidenciando ao ECG em ritmo sinusal pré-excitação ventricular compatível com via acessória póstero-lateral esquerda. Foi submetida a estudo eletrofisiológico e ablação por cateter, em que o mapeamento do anel mitral por via transeptal evidenciou fusão AV em região póstero-lateral, entretanto a ablação em tal região não foi eficaz. A aplicação de radiofrequência na mesma região via seio coronariano (35W/46°C, 60 s), com cateter irrigado ponta 4 mm, levou ao desaparecimento da via em menos de 3 s, sem complicações. Após 6 meses, segue assintomática e sem pré-excitação ao ECG. **Conclusão:** Ablação de via acessória esquerda epicárdica via região lateral do seio coronariano se mostrou segura e eficaz para o tratamento de Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

945

FIBRILAÇÃO ATRIAL EM JOVEM: NECESSIDADE DE PESQUISAR TAQUICARDIAS DEFLAGRADORAS

MARIA CECÍLIA XAVIER SOUTO; MARCEL HENRIQUE SAKAI; MARINA VIEIRA NAGAHAMA; ELANO SOUSA DA FROTA; CLAUDIO CIRENZA; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Apesar de os gatilhos mais comuns de fibrilação atrial (FA) estarem dentro ou ao redor das veias pulmonares, em um pequeno grupo de pacientes, sobretudo jovens sem doença estrutural cardíaca as taquicardias supraventriculares podem ser o trigger. **Objetivo:** Relatar caso de paciente encaminhado para ablação de FA em que foi identificado taquicardia por reentrada nodal (TRN) como gatilho. **Descrição do Caso:** Homem, 31 anos, com passado de cirurgia bariátrica em 2007 devido a obesidade mórbida, com queixa de crises de palpitações desde os 12 anos com duração de poucos minutos. Em 2017 teve crise mais prolongada que o fez procurar um Pronto Socorro. Eletrocardiograma de entrada evidenciava ritmo de FA que evoluiu com reversão espontânea. Recebeu alta em uso de Propafenona 300mg/dia. Em consulta médica posterior tinha ECG em FA. Ecocardiograma com cavidades cardíacas de diâmetros preservados. Em estudo eletrofisiológico (EEF) iniciado em ritmo sinusal, houve durante estimulação atrial programada indução de taquicardia supraventricular de QRS estreito compatível com TRN típica. Durante a taquicardia ocorreu degeneração espontânea em FA, revertida com cardioversão elétrica sincronizada. Procedeu-se ablação por radiofrequência com eliminação da via lenta. Realizadas estimulações atriais em uso de isoproterenol sem indução de FA. Não foi realizado isolamento de veias pulmonares. Em consultas de seguimento paciente mantendo ritmo sinusal. **Discussão:** Sciarra et al. descreveram que 10% dos pacientes referenciados para ablação de FA tem como gatilho outras taquicardias supraventriculares; Sauer et al. relatam que dessas, a taquicardia por reentrada nodal (TRN) pode ser o trigger em 4,3%. Nestes pacientes a ablação da via lenta pode gerar cura da FA com altas taxas de sucesso e poucas taxas de complicações em comparação com isolamento das veias pulmonares, evitando, assim, os riscos inerentes à ablação de FA. **Conclusão:** Ablação de TRN pode ser o único procedimento necessário para tratamento de FA, em subgrupo de pacientes jovens sem cardiopatia estrutural. Pesquisa de taquicardias supraventriculares como gatilho deve ser considerada no EEF antes do isolamento das veias pulmonares.

1000

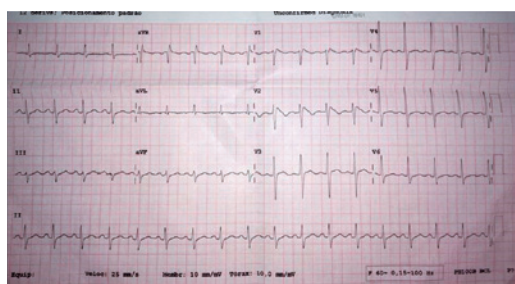
SÍNCOPE FEBRIL NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO CORRETO VINTE ANOS DEPOIS

LUIS GUSTAVO GOMES FERREIRA; SAMUEL ABNER DA CRUZ SILVA; GUSTAVO GIR GOMES; WAGNER LUIS GALLI; ALVARO VALENTIM LIMA SARABANDA

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Introdução: A síncope convulsiva é frequentemente confundida com a perda de consciência de origem neurológica (epilepsia). Na infância, as verdadeiras convulsões febris são comuns. Por outro lado, na síndrome de Brugada, a ocorrência de febre exacerba a alteração nos canais de sódio, facilitando as arritmias ventriculares e síncope; outro aspecto notável é o caráter dinâmico da alteração do ECG nesta síndrome.

Objetivo: Descrever o caso de paciente portador de Síndrome de Brugada, que recebeu diagnóstico equivocado de convulsão febril na infância. **Resumo:** paciente masculino, 33 anos, com história de síncope de repetição na infância, sem pródomos, sempre associados à febre. Há 6 meses, procurou pronto-socorro com queixa de palpitações. Realizou ECG, que evidenciou padrão tipo I de Brugada, espontâneo (Figura). Fez diversos ECGs em outros momentos, que evidenciavam apenas alteração discreta em V1-V2 (tipo III). Submetido a EEF com ajmalina, que evidenciou HV aumentado e transformação do ECG de tipo III em tipo I, sem indução de arritmias ventriculares. Optado pela indicação de CDI para prevenção de morte súbita. **Conclusão:** A síndrome de Brugada é uma causa possível de síncope na infância, no contexto da elevação da temperatura corporal. Como a alteração típica do ECG pode ser intermitente, é importante sua repetição, especialmente durante o quadro febril.



926

CRIANÇA COM DISPLASIA ARRITMOGÊNICA DO VENTRÍCULO DIREITO: RELATO DE CASO

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Objetivo: Descrever caso clínico de uma criança com palpitação e história familiar positiva para morte súbita. **Caso clínico:** Paciente masculino, 12 anos, transferido para serviço de cardiologia pediátrica para investigação por cateterismo de fistula coronariana por conta de cardiomegalia e disfunção biventricular no ecocardiograma. Relatava há 2 meses edema de membros inferiores com piora há 15 dias e associado a palpitação e dispnéia aos médios esforços. Na admissão, hemodinamicamente estável em uso de furosemida e captopril e exame físico sem alterações. História de morte súbita de irmão aos 12 anos com necropsia evidenciando cardiomegalia, além de morte súbita de 3 tios paternos. Evidenciada onda epsilon e onda T invertida em precordiais no eletrocardiograma, além de Holter demonstrando instabilidade elétrica ventricular de alta incidência com mais de 6000 extrasístoles ventriculares. Paciente foi submetido a ressonância nuclear magnética cardíaca demonstrando remodelamento ventricular direito, disfunção biventricular importante e presença de realce tardio, achados correspondentes a critérios para o diagnóstico de displasia arritmogênica de ventrículo direito. Realizado implante de cardioesfibrilador implantável, com boa evolução clínica. A displasia arritmogênica do ventrículo direito é uma forma de cardiomiopatia geneticamente determinada, que afeta primariamente o ventrículo direito. Caracteriza-se pela substituição dos miócitos por tecido fibrogorduroso. É considerada uma doença cardíaca potencialmente letal e tem sido associada a arritmias, insuficiência cardíaca e morte súbita. Portanto a grande importância de suspeição e investigação diante de história compatível com a doença. Vale ressaltar a incidência pouco relatada em crianças.

956

IMPORTÂNCIA RASTREAMENTO GENÉTICO FAMILIAR EM CASCATA NOS INDIVÍDUOS COM HISTÓRIA DE MORTE SÚBITA

GENILDO FERREIRA NUNES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS E CARDIOCENTER, PALMAS, TO, BRASIL.

A fibrilação ventricular idiopática (FVi) está implicada em casos de parada cardiorrespiratória (PCR) é um diagnóstico por exclusão em indivíduos sem um substrato aparente. Estudos genéticos ajudam a diagnosticar canalopatias implicadas na gênese dessas FVis. **Relato:** M.O.S.S., fem, 17 anos, assintomática, sem antecedentes de morte súbita (MS). Foi vítima de PCR em domicílio, iniciado massagem cardíaca, foi conduzida ao um hospital. Ao monitor, foi detectado FV e realizado RCP por 60 min. Ao recuperar ao ritmo e estabilidade, foi transferida para UTI onde permaneceu por 25 dias e recebeu alta em boas condições com poucas sequelas motoras e neurológicas. Durante a internação foi realizado ECG que não evidenciou alterações sugestivas de bloqueios atrioventriculares ou intraventriculares, síndrome de Brugada, QT longo ou QT curto. Ao ecocardiograma (ECO), pós-PCR, foi evidenciado uma disfunção ventricular importante, contudo, uma semana depois, o ECO estava normal. Após a alta, foram realizados exames para investigação diagnóstica: ressonância magnética do coração, dentro da normalidade; angioTC de coronárias, dentro da normalidade; holter de 24h, dentro da normalidade e ECG seriado: RS, fc=78bpm, iPR=0,12s, QRS=0,10s, iQTc=0,426s e ARV difusas com ondas T de baixa voltagens. Explicado os potenciais riscos aos familiares, indicado implante de cardioesfibrilador implantável (CDI), inicialmente recusado pela família. Foi proposto um estudo genético para investigar causas de MS por FV em coração normal. O estudo genético identificou uma variante Arg823Trp em gene KCNH2 que explica o fenótipo do paciente. Foi realizado implante de um CDI bicameral com sucesso. Foi realizado um rastreamento genético familiar que evidenciou a mesma mutação no pai e no irmão de 14 anos. A mãe não era portadora da mutação. **Conclusões:** A variante Arg823Trp é previamente associada na literatura à síndrome do QT longo tipo 2 e pode ser considerada a causa da FV que ocorreu neste paciente. Existe evidência proveniente de estudos funcionais e de estudos de cosegregação familiar que suportam a patogenecidade desta variante. O iQT médio dos portadores destas variantes foi de 499,2 (±64,3) ms. A inclusão desta variante no rastreamento familiar em cascata é recomendada, e sua identificação pode ser utilizada com finalidades preditivas. Este caso demonstra a importância do estudo genético.

1043

SÍNDROME DISAUTÔNOMICA: ARMADILHA DIAGNÓSTICA NO FEOCROMOCITOMA

CAMILA RABELO FARIAS GOMES; EDUARDO ARRAIS ROCHA; GISELE SCHINAIDER; LUZIANNE MARIANO MARTINS; PEDRO NOGUEIRA DAMASCENO NETO; ILANA MARQUES MOREIRA; VIRGINIA OLIVEIRA FERNANDEZ; ANA ROSA PINTO QUIDUTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Introdução: Feocromocitoma (FEO) é uma rara causa de hipertensão secundária. A sintomatologia é variável, sendo a hipertensão arterial (HA) a manifestação clínica mais frequente e os paroxismos, a mais característica. Sua apresentação clínica pode ser confundida com as síndromes disautônômicas (SD). Descrevemos dois casos com suspeita clínica inicial de FEO e presença de massa adrenal. 1º Caso: Mulher, 61anos, HA severa, rubor facial, palpitações, cefaléia, síncope de repetição há 9 anos. Várias admissões hospitalares. Exames: dosagem de metanefrinas (MNF) urinárias negativa e ecocardiograma transtorácico (ECOTT) normal. Realizou duas RNM de abdômen com resultados discordantes. A primeira sugestiva de FEO ou lesão metastática e a segunda de adenoma cortical. Diante da indefinição e do tamanho da lesão (3,4cm) foi submetida à adrenalectomia direita, com histopatológico de adenoma. Não apresentou melhora dos sintomas após cirurgia. Exame de MAPA com resposta hipertensiva noturna e hipotensão diurna; Tilt Test positivo, 7 testes de Disautonomia alterados e RNM de crânio com alterações nos pedúnculos cerebelares. 2º Caso - Mulher, 46 anos, grande labilidade pressórica, rubor facial, sudorese, cefaléia e síncope há 10 anos. Investigada para FEO: MNF urinárias e plasmáticas negativas com elevação das catecolaminas urinárias, RNM abdômen - nódulo em adrenal esquerda (1,1x 0,6 cm) sugestivo de adenoma. Holter com redução na variabilidade RR e RNM de crânio com alterações de sinal tênue e simétrica dos pedúnculos cerebelares médios e os 3 do total de 7 testes de Disautonomias foram alterados, sendo tratada conservadoramente. **Discussão e Conclusão:** Estudos de revisão mostram boa acurácia da dosagem de MNF urinárias, mas fazem ressalvas a testes negativos diante de forte suspeita clínica. Entretanto, um resultado negativo em um indivíduo de alto risco ou um resultado positivo em um indivíduo de baixo risco deve ser interpretado com cautela. Os 2 casos mostram Síndromes Disautônômicas de origem central, idiopáticas e de grau severo. O trabalho mostra a importância da realização de investigação para Disautonomia nos casos bioquímicos duvidosos, principalmente na presença de hipertensão ortostática. Imagens de nódulos adrenais não devem definir investigação apenas para hipertensão de origem endócrina.

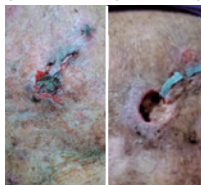
967

INFECÇÃO POR MIÍASE EM LOJA DE GERADOR DE MARCA-PASSO: RELATO DE CASO

FRANCISCO MARCELO SOBREIRA FILHO; STELA MARIA VITORINO SAMPAIO; LUCIA DE SOUSA BELEM; DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO; MYRIAN LOPES ARRUDA CARNEIRO; JULIANNY GALDINO AMORIM

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

A infecção relacionada aos dispositivos cardíacos implantáveis acometem até 4% dos pacientes. Os germes principais são bactérias, como o *S. aureus* e o *S. epidermidis*, fungos ou polimicrobianos. A infecção por miíase é transmitida através de moscas, sendo a principal Dermatobia hominis, inicialmente apresentando-se como uma lesão de aspecto furuncular e evoluindo para presença de larvas na ferida. **Relato do Caso:** Masculino, 97 anos, portador de marca-passo definitivo há 4 anos por Doença do Nó Sinusal. Procurou assistência médica devido a lesão ulcerada sobre a loja do dispositivo, situado em região torácica esquerda, iniciada semanas antes da admissão. A ferida apresentava dimensões de 2,7x3,0cm, ulcerada de bordos regulares, secreção purulenta com odor fétido e grande quantidade de larvas de mosca, característica de Miíase (Figura 1). Iniciou tratamento com antibioticoterapia, Ivermectina, retirada manual das larvas (relato de mais de 30) seguido de desbridamento local. Ecocardiograma transesternal não visualizou trombos ou vegetação e fração de ejeção preservada. Hemoculturas negativas. Biópsia da lesão demonstrou ceratose actínica, sem sinais de malignidade. O paciente foi submetido a extração do sistema e implante de novo marca-passo dupla câmara a direita. **Discussão:** A infecção de loja de marca-passo é identificada por sinais logísticos locais, saída de secreção purulenta, deiscência da sutura, exteriorização do sistema ou abscesso sobre loja. O estafilococo é a bactéria mais comumente envolvida, presente em 75-90% dos casos. Nosso paciente apresentava uma infestação rara com a presença de miíase em loja de gerador, uma infecção causada por larvas de mosca (Dermatobia hominis). Pode acometer a pele íntegra ou com lesão prévia, quando após penetração da larva, em um período de 30-60 dias, evoluiu para lesão de aspecto furuncular e exteriorização das larvas. O tratamento deve ser realizado com a retirada manual das larvas ou com desbridamento cirúrgico concomitante ao tratamento oral com Ivermectina e de infecções bacterianas associadas. **Conclusão:** A infecção de loja sempre deve ser suspeitada na presença de lesões sobre o dispositivo. Os cuidados com a ferida são fundamentais principalmente em pacientes vulneráveis e sem autocuidado afim de evitar progressão da doença ou infestação por parasitas oportunistas.



1012

EXPERIÊNCIA COM TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO EM CRIANÇAS COM MARCA PASSO CARDÍACO

CECÍLIA MONTEIRO BOYA BARCELLOS; BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO; EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA; GLAUCIO FURLANETTO

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA/HOSPITAL INFANTIL SABARÁ, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

A terapia de ressincrônica ventricular (TRC) utilizando marca passo biventricular tem se mostrado benéfica em pacientes com disfunção ventricular e retardo de condução interventricular. Pouco se sabe, no entanto de seus benefícios em pós operatório de cardiopatias congênitas. O objetivo deste trabalho é mostrar nossa experiência com este tipo de terapia e os resultados obtidos. De 2014 A 2017 tivemos a oportunidade de tratar 3 pacientes portadores de marca-passo (MP) que apresentaram importante disfunção ventricular. Todos foram investigados para dissincronia interventricular através de ecocardiograma (ECO) e apresentavam-se em classe funcional III e IV da NYHA (1 em uso de drogas vasoativas). Casos: Todos os 03 pacientes foram submetidos a implante previamente de MP por bloqueio pós cirúrgico, 02 MP dupla câmara e 01 MP mono-câmara, apresentavam idades de 2, 3 e 11 anos no momento da TRC e a patologia de base eram respectivamente Correção de Transposição de grandes vasos, Atresia Pulmonar com Comunicação interventricular e Defeito do septo atrioventricular total. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 11%, 30% e 33% e todos apresentavam distúrbio de condução inter e intraventricular medidos ao ECO. **Resultados:** O seguimento atual é de respectivamente 4 anos(a), 1 a e 6 meses(m) e 1 a. Todos passaram a classe funcional II de NYHA e as FEVE passaram respectivamente a 72%, 64% e 62%. **Discussão:** A TRC tem sido muito estudada em adultos mas poucos trabalhos foram realizados em crianças portadoras de MP e em pós-operatório de cardiopatias congênitas. Há muita divergência em relação a vários tipos de implante quer seja uni ou bicameral, endocárdico ou epicárdico e esses pacientes necessitam de várias intervenções ao longo da vida. Além disso não está claro o momento da necessidade da TRC. A avaliação destes pacientes com foco na dissincronia de condução interventricular e os resultados obtidos incentivam a possibilidade de utilização desta terapia em pacientes com disfunção ventricular grave precocemente antes de se tornarem candidatos a transplante. **Conclusão:** A TRC é uma poderosa arma no tratamento da disfunção ventricular secundária à dissincronia ventricular em portadores de MP. O mecanismo para a resposta terapêutica deverá ser melhor estudado assim como o resultado a longo prazo.

938

MODULAÇÃO CARDÍACA AUTÔNOMICA PARASSIMPÁTICA: RELATO DE DOIS CASOSFABRÍCIO SARMENTO VASSALLO¹; CARLOS VOLPONI LOVATTO²; CHRISTIANO LEMOS CUNHA³; EDUARDO GIESTAS SERPA¹; HERMES CARLONI¹; ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR.³; WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR³; KARLA LOUREIRO MEIRA¹; DALTON HESPAHOL DO AMARAL²; TATIANA SANTOS CAUS²

1. INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA/AFECC, VITÓRIA, ES, BRASIL; 3. HOSPITAL METROPOLITANO, SERRA, ES, BRASIL.

Introdução: Bradirritmias e bloqueios atrioventriculares por hipertonia vagal são frequentes e podem necessitar de tratamento. Ablação dos plexos ganglionares cardíacos e modulação cardíaca parassimpática (MCP) é alternativa eficaz. Relato de casos: 1: homem 30 anos s/ comorbidades com bloqueio atrioventricular (BAV) de 1º e 2º grau tipo I (M I) sintomático. Atleta amador. Sem medicação/drogas. ECG bradi sinusal (BS), BAV M I. Holter FC 31-115 média 66bpm - BAV 2º M I e 2:1 pausas <2,5seg vigília/sono. TE FC >174bpm. Interrupção do esporte por 90 dias - sem mudanças. Teste atropina 04/18 normal. MCP em 03/05/18. 2: mulher 31 anos s/ comorbidades e BAV de 1º e M I sintomáticos pós-ablação TRN-AV há 9 meses. Sedentária. Sem medicação/drogas. ECG repouso; BS e BAV 1º e M I. Holter; FC 44-126 média 72bpm - BAV 1º e M I e pausas <2,5seg na vigília/sono. TE; FC >166bpm. MCP em 25/06/18. Procedimentos: 1: FC 55bpm, BAV 1º episódios de BAV M I. Ponto Wenckebach (PW) 850ms e período refratário (PRE) AV 760ms. Mapa de voltagem nos átrios normal. Alvos da MCP por localização anatômica e pelo Fast Fourier Transformer (FFT) no polígrafo EPTacer. Aplicações de radiofrequência (RF) iniciadas pelo AE na porção anterior às veias pulmonares (VPs) direitas. No AD a RF foi na porção septal da junção entre veia cava superior e AD após demarcação do frênico. Ao fim realizadas RF no segmento posterior ao óstio do seio coronário. Durante RF houve elevação da FC até 95bpm. Sem aumento da FC após atropina. Medidas pós-MCP normalizadas. Holter 7 dias pós-MCP; FC 52-151 média 89bpm raros BAV M I no sono. Holter 30 dias pós; FC 58-147 média 87bpm raros BAV M I no sono. Assintomático. 2: FC 56bpm e condução AV normal. Teste de atropina; FC >149bpm (anestesia). PW 520ms PRE AV 500ms. Mapa de voltagem normal. MCP com caso 1 e lesões adicionais porção pótero-inferior do antro das VPs esquerdas. Aumento da FC a 94bpm. FC pós-atropina 98bpm. Medidas pós-MCP normalizadas. Holter pós-MCP 7 dias; FC 57-124 média 83bpm sem BAV. Holter 30 dias pós; FC 54-139 média 80bpm sem BAV. Assintomático. **Discussão:** 2 casos de MCP com normalização da MCP e medidas eletrofisiológicas e resposta negativa ao teste de atropina com redução do tônus cardíaco vagal sem complicações. **Conclusão:** MCP guiada por cateter é alternativa ao tratamento de bradiarritmias sintomáticas causadas por hipertonia vagal.

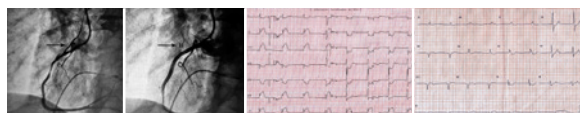
969

BRADICARDIA JUNCIONAL SINTOMÁTICA SECUNDÁRIA A ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA EM ARTÉRIA CORONARIANA DIREITA

FRANCISCO MARCELO SOBREIRA FILHO; STELA MARIA VITORINO SAMPAIO; LUCIA DE SOUSA BELEM; DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO; ANTONIO THOMAZ DE ANDRADE

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

O infarto atrial é raramente diagnosticado por causa de seus achados eletrocardiográficos caracteristicamente sutis e inespecíficos. O dano isquêmico ao miocárdio atrial é geralmente associado ao infarto dos ventrículos, mas pode ocorrer lesão atrial isolada com repercussão clínica significativa. O presente relato visa descrever um caso de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST) em parede inferior evoluiu com alterações eletrocardiográficas sugestivas de infarto atrial após a oclusão da artéria sinoatrial durante implante de stent. **Relato do Caso:** 73 anos, masculino, admitido por IAMCSST em parede inferior, sendo encaminhado para coronariografia de urgência. Evidenciado coronária direita com oclusão aguda proximal de 100%, sendo submetido a angioplastia primária com stent. Nota-se ao exame pré e pós aposição do stent a oclusão da artéria sinoatrial (Figura 1). Após 3h 40min do procedimento o paciente apresenta novo ECG com fibrilação atrial aguda e exames sequenciais mostraram bloqueio interatrial (Bayes agudo) e ritmos juncionais (Figura 2). Holter realizado 3 dias após o evento: FC média 63 bpm, mínima 43 bpm, ritmo de base ectópico atrial com períodos de FA. Ecocardiograma com FE 42% e hipocinesia de parede inferior inferolateral do VE. Após angioplastia o paciente apresentava episódios de baixo débito (convulsão) associados as bradicardias juncionais, com necessidade de implante de marca-passo provisório. Devido persistência dos episódios em período prolongado após evento index, indicado e realizado procedimento de implante de marca-passo definitivo. **Discussão:** Nos infartos atriais, em 35% dos casos ocorrem arritmias atriais havendo maior incidência de arritmias supraventriculares e fibrilação atrial aguda em comparação com infarto ventricular. Pode ocorrer, também, ritmo juncional, bradicardia sinusal e distúrbios da condução AV. No caso relatado, a oclusão da artéria do nó sinusal deveu-se ao implante do stent, pois a artéria mantinha seu fluxo normal e após angioplastia seguida de oclusão, iniciaram os eventos arritmicos e alterações eletrocardiográficas de infarto atrial iniciaram-se com expressão clínica significativa para o paciente, levando a necessidade de implante marca-passo definitivo.



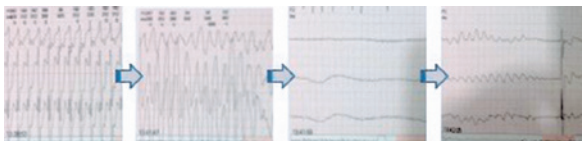
907

MUTAÇÃO PATOGENÉTICA EM HETEROZIGOSE DO GENE SCN5A ASSOCIADA A ARRITMIA ATRIAL "MALIGNA" EM CRIANÇA DE 2 ANOS: RELATO DE CASO

MARCIO AUGUSTO SILVA; GUILHERME FUTURO; ERICK SESSA MERÇON; DEBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS; JORGE ELIAS NETO; RICARDO KUNIYOSHI

VITORIA APART HOSPITAL, VITORIA, ES, BRASIL.

D.S.A, 2 anos de idade, sexo masculino, foi atendido e internado em 2 ocasiões por flutter atrial (FLA) típico, revertidos por cardioversão elétrica (2 vezes). Ecocardiograma sem evidências de cardiopatia estrutural e ECG com discretas alterações de segmento ST em precordiais direitas. Mantido com baixas doses de amiodarona. Para controle ambulatorial realizou Holter de 24 horas que flagrou episódio de síncope, em repouso. Traçado do Holter demonstrou FLA com condução AV 1:1 que degenerou para fibrilação ventricular e assistolia, com recuperação espontânea do ritmo sinusal; havia também sinais de disfunção sinusal (pausas frequentes). No estudo eletrofisiológico: intervalo HV prolongado e indução de FLA típico. Realizada ablação com radiofrequência do istmo cavotricuspídeo e num seguimento de 11 meses não apresentou a arritmia e encontra-se assintomático. Avaliação do painel genético evidenciou variante c.362G>A p.(Arg121Gln) no exon 3 do gene SCN5A, em heterozigose, descrita como patogênica no banco de dados ClinVar (rs199473058) por estar associada à Síndrome de Brugada. Avaliação dos pais: Mãe normal; Pai: ECG com padrão de Brugada Tipo I e mesma mutação genética observada na criança.



959

SÍNDROME DO BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO DOLOROSO: UMA CAUSA DE DOR ANGINOSA NÃO-ISQUÊMICA ASSOCIADA AO BRE NOVO

JOSÉ NUNES DE ALENCAR NETO; MARCEL HENRIQUE SAKAI; SAULO RODRIGO RAMALHO DE MORAES; ELANO SOUSA DA FROTA; MATHEUS VITOR BENITO BLANCO; MARINA VIEIRA NAGAHAMA; MARIA CECÍLIA XAVIER SOUTO; PEDRO FELIPE PRATES SILVA; JULIMAR MEDEIROS NEVES; ALBERTO SANTOS MARINHO; JOSÉ ALEXANDRE NETO; ROGÉRIO GOMES DE ALMEIDA NETO; CLAUDIO CIRENZA; ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O desenvolvimento de dor precordial associada ao bloqueio de ramo esquerdo (BRE) intermitente na ausência de doença arterial coronariana tem sido descrito na literatura como Síndrome do Bloqueio de Ramo Esquerdo Doloroso. **Relato de Caso:** Paciente de 41 anos foi referida ao estudo eletrofisiológico por taquicardia supraventricular com aberrância associada com dor torácica opressiva de início e término súbitos, sem pródromos. O estudo eletrofisiológico não induziu arritmias, mas na estimulação atrial contínua (Ciclo=600 ms), foi induzido um bloqueio de ramo esquerdo (QRS=138 ms, S/T V2=1,33) frequência dependente e o imediato início da dor torácica previamente referida pela paciente. Mesmo após cessação da estimulação, a paciente se manteve em BRE até que a frequência cardíaca fosse espontaneamente reduzida e o BRE desaparecesse, concomitante ao súbito desaparecimento da dor. Angiotomografia de coronárias, teste ergométrico simples, ecocardiograma e a ressonância cardíaca foram normais. **Discussão:** Os mecanismos da síndrome do BRE doloroso não estão perfeitamente elucidados. Vitrnanen especulou, avaliando ventriculografias, que a dor poderia ser induzida pelo movimento sistólico anormal do septo interventricular. Shvilkin e Josephson propuseram critérios diagnósticos para a síndrome: 1) início e resolução abruptas de dor torácica concomitante ao desenvolvimento e desaparecimento do BRE; 2) ECG de 12 derivações normais antes e após o BRE; 3) ausência de isquemia miocárdica durante a prova de estresse funcional; 4) função ventricular esquerda normal e ausência de outras condições que possam explicar os sintomas; 5) índice S/T <1,8 em derivações precordiais e eixo inferior. **Conclusão:** A Síndrome do Bloqueio de Ramo Esquerdo Doloroso é uma entidade clínica caracterizada por dor torácica aguda em pacientes com artérias coronárias normais imediatamente após o desenvolvimento do bloqueio. A suspeita sobre esta síndrome é levantada quando há registro de início imediato de dor torácica assim que o ramo esquerdo for bloqueado, um comportamento incompatível com isquemia miocárdica. Um teste de estresse associado a prova funcional ou uma angiotomografia podem ser usados para excluir doença arterial coronariana. O ECG típico dessa síndrome é um BRE com eixo inferior e uma relação S/T <1,8 (Figura 1) em derivações precordiais (particularmente V2 ou V3).

930

UM NEONATO COM BAVT E OUTRO NEONATO COM BAV 2:1- NENHUM DOS 2 COM BAVT CONGÊNITO: QUAL O DIAGNÓSTICO? ELES TÊM INDICAÇÃO DE MARCAPASSO?

IARA ATIE ATIE; ANDREA VIVIANI; LUIZ CARLOS SIMOES

INC, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Em neonatos, a presença de BAVT ou BAV 2:1 associados ao intervalo QTc longo ao ECG nos leva a 2 possíveis diagnósticos: BAVT ou BAV 2:1 congênitos levando a intervalo QTc longo ou síndrome de QT longo congênito (SQTl) levando a BAVT ou BAV 2:1. O BAVT ou BAV 2:1 congênito pode levar a aumento do intervalo QTc e a arritmias ventriculares complexas; por sua vez a SQTl pode levar a arritmias ventriculares complexas, a BAV 2:1 e raramente BAVT, o correto diagnóstico é relevante para o adequado tratamento. Vimos relatar 2 casos de recém-nascidos, um com BAVT e outro com BAV 2:1 associados a intervalo QTc longo. O primeiro pac teve parto antecipado por sofrimento fetal, foi prematuro de 33 semanas. Mãe com um aborto espontâneo prévio e sem lúpus. O ECG evidenciava BAVT com 55bpm, QRS estreito e QTc aumentado. O Holter mostrou 276 TV polimórficas não-sustentadas. Ecocardiograma normal. Considerando o BAVT com QTc aumentado e arritmias ventriculares complexas, foi indicado marcapasso definitivo (MP). Entretanto, não conseguimos afastar a hipótese de SQTl com BAVT e arritmias ventriculares, cujo tratamento seria com Propranolol (PPL), o que foi feito inicialmente sem melhora. Foi realizado, então, implante de MP VVI epicárdico. Os ECG de pais e irmão foram normais. O Holter após implante de MP não evidenciou arritmias. Foi feito exame genético, que foi positivo para KCNH2, levando ao diagnóstico de SQTl tipo 2. Vem em acompanhamento em uso de PPL, com marcapasso normofuncionante, com ritmo de base de BAVT, sem outras arritmias, com 2 anos de idade, com crescimento adequado. O segundo caso, é um recém-nascido com episódios não sustentados de Torsades de Pointes no segundo dia de vida. Ao ECG, apresentava BAV 2:1 e intervalo QTc longo, com 58bpm. Sem história familiar de morte súbita, irmã e mãe com ECG normais, e pai com ECG com QTc longo. Ecocardiograma normal. Iniciado PPL com reversão do BAV 2:1 para ritmo sinusal com condução 1:1, após 72 horas de início da medicação. O exame genético foi positivo para KCNH2, o que diagnostica SQTl tipo 2. Está atualmente com 3 anos de vida, assintomático e com bom desenvolvimento em uso de PPL. Vimos relatar 2 interessantes casos de BAV neonatal (1 BAVT e 1 BAV 2:1) devido a SQTl tipo 2, que é uma apresentação incomum dessa síndrome. Vale ressaltar a apresentação, evolução e tratamento distintos em cada caso.

990

PODEMOS TRATAR DE MODO SEGURO PACIENTES PORTADORES DE CANALOPATIAS CARDÍACAS SUBMETIDOS A TRATAMENTO ODONTOLÓGICO? ESTUDO PILOTO

ANA CAROLINA GUIMARÃES OLIVEIRA; ITAMARA LUCIA ITAGIBA NEVES; LUCIANA SACILOTTO; NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI; MARCELA ALVES DOS SANTOS PAUL; TANIA CRISTINA PEDROSO MONTANO; CÍNTIA MARIA ALENCAR DE CARVALHO; TAN CHEN WU; CESAR GRUPI; SÍLVIO ALVES BARBOSA; CARLOS ALBERTO PASTORE; NELSON SAMESIMA; DENISE TESSARIOL HACHUL; MAURICIO IBRAHIM SCÂNNAVACCA; RICARDO SIMÕES NEVES; FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX

INSTITUTO DO CORAÇÃO - FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Distúrbios dos canais iônicos cardíacos potencialmente letais, como na síndrome de Brugada (SBr), síndrome do QT longo congênito (SQTl) e taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) podem ser responsáveis por pelo menos um terço do total de casos de morte súbita que permanecem inexplicados. O atendimento odontológico de rotina em pacientes portadores de canalopatias é controverso devido à falta de informações na literatura em relação ao uso adequado da dose e do tipo de anestésico local recomendado e risco potencial de eventos cardíacos ameaçadores à vida. **Objetivos:** Avaliar o perfil de segurança da anestesia local odontológica com lidocaína sem vasoconstritor e lidocaína associada à epinefrina, prévia ao tratamento restaurador, em portadores de canalopatias cardíacas. **Métodos:** Trata-se de um estudo piloto randomizado cruzado comparando o uso de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 e lidocaína 2% sem vasoconstritor, em duas sessões de tratamento odontológico restaurador com intervalo mínimo de sete dias (wash-out) entre ambas, sendo o paciente seu próprio controle. Todos foram monitorados com Holter por 28 horas nas duas sessões do estudo. Durante o atendimento odontológico foram feitos registros pontuais em três momentos através de eletrocardiograma de 12 derivações, esfigmomanômetro digital para pressão arterial e escala de mensuração da ansiedade. **Resultados:** Trinta e seis procedimentos restauradores sob anestesia local foram realizados em 18 pacientes: 11 (61,1%) apresentaram SBr, cinco (27,8%) SQTl e dois (11,1%) TVPC, dentre os quais seis (33,3%) eram portadores de CDI. A idade média dos pacientes foi 45 anos, sendo 11 (61,1%) do sexo feminino. Os valores médios de frequência cardíaca média e máxima se mostraram aumentados com o uso de epinefrina no período da anestesia, com diferença estatisticamente significativa entre as duas condições, assim como o número de ESSV/h no mesmo período. Valores de pressão arterial, alterações eletrocardiográficas e mensuração da ansiedade não mostraram diferença estatisticamente significativa e não foi observada maior complexidade das arritmias durante os procedimentos. **Conclusão:** O uso da anestesia local odontológica com lidocaína, independente do uso de vasoconstritor, demonstrou-se seguro na população estudada e não foram registradas arritmias ameaçadoras à vida.

899

SINTOMAS E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NAS ARRITMIAS CARDÍACAS: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA A CULTURA BRASILEIRA DO ARRHYTHMIA-SPECIFIC QUESTIONNAIRE IN TACHYCARDIA AND ARRHYTHMIA

PRISCILA MORENO SPERLING CANNANAN¹; FERNANDO PIZA DE SOUZA CANNANAN¹; ULLA WALFRIDSSON²; MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES¹

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

Introdução: As arritmias cardíacas têm sintomas que podem ser obstáculos à vida do paciente e afetar sua qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A avaliação da QVRS pode fornecer informações sob a perspectiva do paciente e focar a avaliação e tratamento no indivíduo, mais do que na doença. No Brasil só há um questionário disponível que avalia QVRS, porém somente para pacientes com diagnósticos de fibrilação atrial. O Arrhythmia-Specific Questionnaire in Tachycardia and Arrhythmia (ASTA) é um instrumento que engloba a avaliação de sintomas e QVRS relacionados a diversos tipos de taquiarritmias. **Objetivo:** Traduzir e adaptar o ASTA para o português do Brasil. **Método:** Estudo metodológico de adaptação cultural baseado nas diretrizes da literatura internacional constituído das etapas: (1) Tradução por dois brasileiros com domínio da língua sueca; (2) Síntese das duas versões; (3) Retrotradução por dois suecos com domínio da língua portuguesa do Brasil; (4) Comitê de avaliação de juízes (composto por oito integrantes especialistas em tradução, metodologia, língua sueca e portuguesa, cardiologia e arritmias cardíacas). Calculou-se o índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a proporção de juízes em concordância quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Foram considerados satisfatórios valores de concordância $\geq 0,8$; (5) Pré-teste e revisão do instrumento com amostra de 32 pacientes com diagnóstico de taquiarritmias há mais de 3 meses. Foi analisada a facilidade de compreensão e clareza do questionário traduzido através de instrumento específico. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** Os processos de tradução e adaptação foram realizados conforme o método proposto e o instrumento demonstrou ser de fácil entendimento. No pré-teste dois participantes tiveram dificuldades em assimilar duas palavras, alteradas após análise dos especialistas. Após a modificação, 30 participantes foram entrevistados e não encontraram dificuldades em responder o questionário traduzido. **Conclusão:** A tradução e adaptação do ASTA para o português do Brasil foram realizadas a contento. A próxima etapa será avaliar suas propriedades psicométricas em uma amostra populacional brasileira.

1008

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ANÁLISE DE PERFIL PSICOSSOCIAL DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

LIVIA XAVIER SOARES FARAH; ANDREIA OLIVEIRA PINHEIRO; RENATA A. ROCHA VAUGHAN; CAMILA PARENTE OLIVEIRA; KAROLINE MEDEIROS DIAS; RICARDO ALKIMM TEIXEIRA; MARTINO MARTINELLI FILHO

INSTITUTO DO CORAÇÃO- INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A baixa adesão medicamentosa é um problema relevante de saúde pública. Estima-se que entre metade a dois terços das internações por insuficiência cardíaca (IC) são evitáveis através de melhor adesão ao tratamento. Dentre outros, a baixa adesão medicamentosa pode estar relacionada com fatores psicossociais como depressão, ansiedade, prejuízo cognitivo, traço de personalidade e comportamento. **Objetivo:** Avaliar a taxa de adesão medicamentosa em pacientes com IC, em hospital terciário de atenção à cardiologia, considerando o perfil psicossocial. **Metodologia:** Estudo transversal, unicêntrico e descritivo que incluiu 250 pacientes com IC, portadores de dispositivo cardíaco eletrônico implantável (DCEI). Todos foram avaliados pelos questionários de Escala de Adesão à Medicação de Morisky Green (MMAS-8); DS-14 para diagnóstico de Personalidade tipo D; de Percepção de Doença Breve (B-IPQ); de Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e pelo teste de Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA). **Resultados:** 76 (30,4%) pacientes apresentaram baixa adesão, 106 (42,4%) média adesão e 68 (27,2%) alta adesão medicamentosa. 109 (43,6%) pacientes apresentaram ansiedade, 82 (32,8%) depressão, 91 (36,4%) distress, 62 (24,8%) pacientes apresentaram traços de personalidade tipo D. O tipo de cardiopatia e medicamentos em uso não apresentaram diferenças estatísticas na comparação dos dados. Pacientes com ensino fundamental incompleto apresentam maior taxa de baixa adesão em comparação com pacientes com nível de escolaridade maior ($p=0,047$). Na análise do perfil psicossocial, ansiedade, depressão, distress e personalidade D foram fatores que contribuíram com a baixa taxa de adesão ($p<0,001$). Em relação ao prejuízo cognitivo leve, o grupo com baixa adesão apresentou valor significativamente menor no domínio da atenção quando comparado aos grupos alta e média adesão ($p<0,05$). **Conclusão:** A maioria dos pacientes com IC e DCEI apresenta baixa e média adesão à terapia medicamentosa. Fatores como depressão, ansiedade, distress, traço de personalidade tipo D, prejuízo das funções executivas e baixa escolaridade se associam a maior probabilidade de apresentarem não adesão ao tratamento prescrito.

964

AValiação REMOTA DOS DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS- NOVA METODOLOGIA DE USO EM MANAUS

SIMÃO GONÇALVES MADURO; IVAN TRAMUJAS DA COSTA SILVA; JAIME GIOVANY ARNEZ MALDONADO; ALINE BRASIL ARANHA; LEILIAN DE SOUZA AMORIM; DANIELLE ABREU DA COSTA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES, MANAUS, AM, BRASIL.

Justificativa: A interrogação remota (IR) do DCEI constitui-se importante ferramenta no seguimento de seu portador, principalmente em locais de difícil acesso, seja por distâncias geográficas ou custos. Estas dificuldades são mais evidentes no Amazonas, possuidor de dimensões continentais e topografia única, cujo principal meio de transporte é fluvial e possui apenas um centro de referência na avaliação do DCEI. **Objetivo:** Demonstrar que a IR é tão eficaz quanto a interrogação presencial (IP), no diagnóstico do adequado funcionamento do DCEI. **Métodos:** Selecionou-se 88 pacientes com DCEI fabricados pela Biotronik, já em assistência no Serviço de Marca-passo e Eletrofisiologia do Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM). Estes foram randomizados em 2 grupos de 44 pacientes, sendo um para avaliação presencial (Grupo P: interrogado pelo médico pesquisador) e outro para interrogação remota (Grupo R: interrogado por profissional não-médico treinado) após aplicar os critérios de inclusão e exclusão. Os grupos tiveram seus DCEI avaliados mensalmente durante um período de quatro meses. Os parâmetros obtidos pelo protocolo de autoavaliação do DCEI ajustado pelo serviço, como estado da bateria, impedância dos eletrodos, limiares de sensibilidade e estimulação, assim como os alertas registrados, foram preenchidos na ficha de coleta de dados, assim como enviados pelo sistema ReportShare a uma central de dados do fabricante, como numa telemedicina, sendo mantidos em sigilo na nuvem e posteriormente reanalisados por médico auditor (mascarado quanto aos grupos dos quais as informações eram provenientes). Todos as informações, foram tabuladas para tratamento estatístico. **Resultados:** Obteve-se 349 avaliações, destas 344 avaliações registradas na base de dados do fabricante. O protocolo de autoavaliação obteve todos parâmetros necessários do DCEI em 86,82% das avaliações e o sistema ReportShare enviou os dados adequadamente à central do fabricante em 98,57% destas, permitindo o diagnóstico de funcionamento do DCEI em 93,6%. **Conclusão:** O protocolo de autoavaliação e sistema ReportShare, demonstraram-se úteis no seguimento dos portadores de DCEI, com tempo-resposta para eventos críticos mais precoce a que IP, sem apresentar diferença estatística significativa dos valores obtidos para os parâmetros avaliados e permitiram um diagnóstico das disfunções críticas do DCEI.

1052

A MORTALIDADE POR TRANSTORNO DE CONDUÇÃO E ARRITMIAS CARDÍACAS NO ESTADO DE GOIÁS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE 2017 COMPARANDO FAIXA ETÁRIA

ISABELLA METRAN DOURADO¹; JHOLBERT CARDOSO SANTANA²; LUDIMILA QUEIROZ RODRIGUES²; HEITOR COSTA TAVARES²; POLLYANA DOS SANTOS BORGES²; BRUNO CATUGY PEREIRA²; RAMIRO DOURADO MARANHÃO²

1. UNIRV, APARECIDA DE GOIÂNIA, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: Os transtornos de condução e arritmias cardíacas (TCAC) são responsáveis por grande parte dos óbitos na população brasileira. A identificação do mecanismo da arritmia é crucial para um diagnóstico e terapêutica correta, diminuindo a morbimortalidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo analisando dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS sobre a mortalidade por TCAC, nos anos de 2013 a 2017 em Goiás. **Objetivos:** O objetivo do estudo é comparar a mortalidade dos TCAC quanto a faixa etária no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, em Goiás. **Resultados:** No período analisado, houve 808 mortes por TCAC. Quanto à faixa etária, em 2013, tiveram 157 óbitos, sendo nenhum de 0 a 19 anos, dois de 20 a 29 anos, sete de 30 a 39 anos, 11 de 40 a 49 anos, 21 de 50 a 59 anos, 26 de 60 a 69 anos, 38 de 70 a 79 anos e 52 de 80 anos e mais. Em 2014, houveram 146 óbitos, um de 5 a 9 e um de 15 a 19 anos e nenhum de 0 a 4 e 10 a 14 anos, dois óbitos de 20 a 29 anos, quatro de 30 a 39 anos, 10 de 40 a 49 anos, 20 de 50 a 59 anos, 35 de 60 a 69 anos, 48 de 70 a 79 anos e 25 de 80 anos e mais. Em 2015, ocorreu 151 óbitos, um em menor de 1 ano, nenhum de 1 a 19 anos, três óbitos de 20 a 29 anos, sete de 30 a 39 anos, 14 de 40 a 49 anos, 20 de 50 a 59 anos, 38 de 60 a 69 e de 70 a 79 anos e 30 de 80 anos e mais. Em 2016, ocorreu 170 óbitos, nenhum de 1 a 4 anos, um em menor de 1 ano e um de 5 a 14 anos, cinco óbitos de 15 a 19 e cinco de 20 a 29 anos, três de 30 a 39 anos, 15 de 40 a 49 anos, 19 de 50 a 59 anos, 36 de 60 a 69 anos, 46 de 70 a 79 anos e 38 de 80 anos e mais. Em 2017, houve 184 óbitos, um em menor de um ano e um de 1 a 4 anos, nenhum de 5 a 19 anos, seis óbitos de 20 a 29 anos, nove de 30 a 39 anos, 18 de 40 a 49 anos, 31 de 50 a 59 e de 70 a 79 anos, 39 de 60 a 69 anos e 48 de 80 anos e mais. **Discussão:** No período analisado, 577 dos óbitos foram em pacientes com 60 anos ou mais, 71,4% do total. A prevalência nesse intervalo etário é explicada pelo fato de que os TCAC são doenças que têm como fatores de risco hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares prévias, condições do envelhecimento. Em relação ao ano, percebe-se menor número de óbitos em 2015 e o maior em 2017. **Conclusão:** A mortalidade por TCAC no período analisado mostrou-se mais prevalente nos pacientes com 60 anos ou mais.

1048

A MORTALIDADE POR TRANSTORNO DE CONDUÇÃO E ARRITMIAS CARDÍACAS NO ESTADO DE GOIÁS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2008 A FEVEREIRO DE 2017 COMPARANDO GÊNERO SEXUAL

ISABELLA METRAN DOURADO¹; LUDIMILA QUEIROZ RODRIGUES²; JHOLBERT CARDOSO SANTANA²; HEITOR COSTA TAVARES²; POLLYANA DOS SANTOS BORGES²; BRUNO CATUGY PEREIRA²; RAMIRO DOURADO MARANHÃO²

1.UNIRV CAMPUS APARECIDA, GOIANIA, GO, BRASIL; 2.UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Introdução: As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil, sendo responsáveis por 20% dos óbitos na população com mais de 30 anos. Dentre elas estão as arritmias cardíacas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, utilizando dados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do DATASUS sobre a mortalidade por transtornos de condução e arritmias cardíacas, nos anos de 2008 a 2017 em Goiás. **Objetivos:** O objetivo do estudo é comparar a mortalidade dos distúrbios de condução e arritmias cardíacas quanto ao gênero sexual no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, em Goiás. **Resultados:** De janeiro de 2008 a dezembro de 2017, tiveram 28961 casos de transtornos de condução e arritmias cardíacas, aproximadamente 50% de homens e 50% de mulheres. Desses pacientes, cerca de 4,8% chegaram ao óbito (1396), 53% homens e 47% mulheres. Em 2008, contabilizou-se 73 óbitos, sendo 51% homens e 49% mulheres. No ano de 2009, 105 óbitos, 50% de homens e 50% de mulheres. Já em 2010, tiveram 153 mortes, dos quais 53% eram homens e 47% eram mulheres. Em 2011, contabilizou-se 136 óbitos, sendo 48% mulheres. No ano de 2012, houveram 130 óbitos, equivalente a 57% homens. Em 2013, verificaram-se 151 mortes, sendo 46% mulheres. Em 2014, o número de óbitos foi 147, totalizando 53% homens. No ano de 2015, contabilizou-se 159 óbitos, dos quais 84 foram homens. Em 2016, tiveram 165 mortes, sendo 43% mulheres. Já em 2017, contabilizou-se o número recorde de óbitos, no período avaliado, com 173 mortes, sendo 54% homens e 46% mulheres(5). **Discussão:** No período analisado, constatou-se que menos de 5% da população, que possuam transtornos de condução e arritmias cardíacas, chegaram ao óbito, sendo 53% dos casos no sexo masculino. Assim, é possível inferir que os homens são mais suscetíveis à morte por essa enfermidade do que as mulheres, que correspondem a 47% desse valor. Em relação ao ano, percebe-se que o menor número de óbitos ocorreu em 2008 e o maior em 2017. Dessa forma, nota-se que, apesar do avanço técnico-científico, o número de morte por essa cardiopatia está crescendo. **Conclusão:** A mortalidade por distúrbios de condução e arritmias cardíacas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, no estado de Goiás, é mais prevalente no sexo masculino, 53% dos casos.

ÍNDICE REMISSIVO

POR AUTOR E Nº DO TEMA



A

ABILIO AUGUSTO FRAGATA FILHO - 950
ADALBERTO MENEZES LORGA - 958
ADALBERTO MENEZES LORGA FILHO - 958
ADILSON SCORZONI FILHO - 1055
ADRIANA CAVALCANTE DAS NEVES BARBOSA - 1015, 1046
ALANNA CARLA DA COSTA - 934, 936
ALBERTO PEREIRA FERRAZ - 1020, 1021, 1029
ALBERTO SANTOS MARINHO - 959
ALEJANDRO VIDAL MARGENAT - 1038
ALESSANDRA DE SOUZA MACIEL - 891
ALESSANDRA KRAUSS - 1013
ALESSANDRE CAPUTO RABELLO - 932
ALEXANDER DANIEL RUALES PAUCAR - 1056
ALEXANDRE CAMILO BANDEIRA - 962
ALEXANDRE DA COSTA PEREIRA - 1030, 1042
ALFREDO INACIO FIORELLI - 1041
ALFREDO JOSÉ RODRIGUES - 1055
ALINE BEZERRA TAVARES - 1033, 1035, 1036
ALINE BRASIL ARANHA - 964, 1011, 1061
ALINE LORIE NE SOUZA - 1017
ALOYR GONÇALVES SIMÕES JR. - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
ALVARO VALENTIM LIMA SARABANDA - 904, 1000
ANA CAROLINA GUIMARÃES OLIVEIRA - 990
ANA LUCIA COIMBRA - 1014
ANA PAULA LINDOSO - 1014
ANA ROSA PINTO QUIDUTE - 934, 936, 1033, 1035, 1036, 1043
ANDREA VIVIANI - 897, 900, 901, 913, 926, 928, 930
ANDREIA OLIVEIRA PINHEIRO - 1008, 1009
ANDRE LUIZ DE SOUZA RODRIGUES - 1004
ANDRE LUIZ FONSECA FEIJO - 962
ANDRE SCHMIDT - 1055
ANDRÉ BRAMBILLA SBARAINI - 905, 914, 965, 992, 1028
ANGELA BARRETO SANTIAGO SANTOS - 906
ANGELO AMATO VINCENZO DE PAOLA - 945, 957, 959, 963, 975, 1010
ANIBAL PIRES BORGES - 1040, 1044
ANISIO ALEXANDRE PEDROSA - 1009, 1017
ANTONIO CARLOS SOBRAL SOUSA - 952
ANTONIO FERREIRA - 960
ANTONIO HORTA RIBEIRO - 1039
ANTONIO THOMAZ DE ANDRADE - 969, 994
ANTÔNIO DA SILVA MENEZES JÚNIOR - 1047
ANTÔNIO LUIZ PINHO RIBEIRO - 1039
ARTHUR CAVALIERI BASTOS - 1051
AYRTON KLIER PERES - 944, 946

B

BARBARA NOVAIS - 915
BARRY BURSTEIN - 1038
BEATRIZ HELENA SANCHEZ FURLANETTO - 1012

BRUNA ZANFORLIN JÁCOME - 976, 977, 978, 1002
BRUNO BASTOS GODOI - 1026
BRUNO CAMPOS SANTOS - 1039
BRUNO CATUGY PEREIRA - 1048, 1052
BRUNO DE ALMEIDA PENHA - 1013
BRUNO KIOSHI NUMATA - 905, 914, 965, 992, 1028
BRUNO MOURÃO MIKHAEL - 1037, 1049, 1051
BRUNO PAPELBAUM - 905, 914, 965, 992, 1028, 1058
BRÁULIO LUNA FILHO - 1010

C

CAIO MARCOS DE MORAES ALBERTINI - 1034
CAMILA PARENTE OLIVEIRA - 1003, 1008, 1009
CAMILA RABELO FARIAS GOMES - 1033, 1035, 1036, 1043
CAMILA TAKÃO LOPES - 980
CAMYLLA SANTOS DE SOUZA - 1026, 1031, 1037, 1049, 1051
CARINA HARDY - 903, 971, 972, 973, 998, 1007, 1014, 1016, 1042
CARLA SANFORD RANGEL XEREZ LEOBINO - 994
CARLA SEPTMIO MARGALHO - 944, 946
CARLOS ALBERTO PASTORE - 990
CARLOS ANTONIO ABUNADER KALIL - 1040, 1044
CARLOS AUGUSTO MAURO - 971, 972, 973
CARLOS EDUARDO DUARTE - 905, 914, 965, 992, 1028, 1034, 1058
CARLOS EDUARDO MENEZES VIANA - 934, 936
CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO - 971, 972, 1003, 1007
CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO - 1033, 1035, 1036
CARLOS VOLPONI LOVATTO - 938, 942, 960
CAROLINA ISABEL LEMES - 1029, 1042
CECÍLIA BITARÃES DE SOUZA BARROS - 971
CECÍLIA MONTEIRO BOYA BARCELLOS - 1012
CESAR GRUPI - 990
CHARLES SLATER - 894, 895, 911, 918, 919, 929, 962
CHRISTIANO LEMOS CUNHA - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
CLAUDIA SILVA FRAGATA - 950, 989
CLAUDIO CIRENZA - 945, 957, 959, 963, 975
CLAUDIO HUMBERTO DIOGO JORGE - 1009
CONRADO HOFFMANN - 1013
CRISTIANO FARIA PISANI - 903, 971, 972, 973, 998, 1007, 1014, 1016, 1042
CRISTIANO HONÓRIO RIBEIRO TEIXEIRA - 1055
CRISTINA CHAVES GUERRA - 946
CYNTHIA APARECIDA DA SILVA ROCHA - 903
CÉSAR AUGUSTO FERREIRA - 1055
CÍNTIA MARIA ALENCAR DE CARVALHO - 990

D

DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA - 989
DALTON HESPAHOL DO AMARAL - 1053
DALTON HESPAHOL DO AMARAL - 912, 937, 938, 941, 942, 999

DANIEL GOMEZ GARCIA - 1038
 DANIELLE ABREU DA COSTA - 964, 1011, 1061
 DANIELLI OLIVEIRA DA COSTA LINO - 967, 968, 969
 DEBORAH MIRANDA DE VASCONCELOS - 907, 908, 910, 935
 DENISE TESSARIOL HACHUL - 903, 990, 1014, 1016, 1020, 1021, 1029, 1030, 1042, 1056
 DENIS MOULIN BAYERL REIS - 999
 DERICK MATHEUS OLIVEIRA - 1039
 DIEGO PATRÍCIO SERRANO PIEDRA - 1062
 DIOGO CAVACO - 960
 DIOGO MAGALHÃES CAVACO - 1015, 1046

E

EDER VOLTOLINI - 914
 EDNA MARQUES - 944, 946, 982
 EDUARDO ARRAIS ROCHA - 934, 936, 1033, 1035, 1036, 1043
 EDUARDO BARTHOLOMAY - 1040, 1044
 EDUARDO BENCHIMOL SAAD - 894, 895, 911, 918, 919, 929, 962
 EDUARDO CAL FERRARI - 958
 EDUARDO GATTI PIANCA - 906
 EDUARDO GIESTAS SERPA - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
 EDUARDO MIRANDA TEIXEIRA - 1012
 EDUARDO PALMEGANI - 958
 ELANO SOUSA DA FROTA - 945, 957, 959, 975
 ELERSON ARFELLI - 1055
 ELIAS ESBER KANAAN - 976, 977, 978, 1002
 ELISABETE VAZ - 960
 ELIZABETH SARTORI CREVELARI - 979, 1034, 1041
 ENIA LÚCIA COUTINHO - 888
 ERDEN PESTANA - 1013
 ERICK SESSA MERÇON - 907, 908, 910, 935
 EVILASIO LEOBINO DA SILVA JUNIOR - 994

F

FABIO BISCEGLI JATENE - 979, 1041
 FABRICIO MANTOVANNI CEZAR - 914, 992, 1028, 1058
 FABRIZIO RAIMUNDI - 1016
 FABRÍCIO SARMENTO VASSALLO - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
 FANNY WULKAN - 1030, 1042
 FELIPE DOURADO MARQUES - 932
 FERNANDO EUGENIO CRUZ - 1006
 FERNANDO PIZA DE SOUZA CANNAVAN - 899
 FERNANDO WANGUEMERT - 1006
 FILIPE QUADROS COSTA - 1031
 FRANCISCA MYLENA MELGACO NUNES - 934, 936
 FRANCISCA TATIANA M. PEREIRA - 968, 1033, 1035, 1036
 FRANCISCO CARLOS DA COSTA DARRIEUX - 903, 990, 1014, 1016, 1020, 1021, 1029, 1030, 1042, 1056
 FRANCISCO COSTA - 960, 1046
 FRANCISCO MARCELO SOBREIRA FILHO - 967, 968, 969, 994
 FRANCISCO MORGADO - 960

FREDERICO HOMEM DA SILVA - 976, 977, 978, 1002
 FÁBIO BENEDITO FILO CREÃO GARCIA PEREIRA - 1004
 FÁBIO GOUVÊA - 1009, 1014, 1056
 FÁTIMA DUMAS CINTRA - 888

G

GABRIELA FRADÃO DOS SANTOS - 1037
 GABRIELA MIANA DE MATTOS PAIXAO - 1039
 GABRIELLE D'AREZZO PESSENTE - 1030, 1042
 GABRIEL THE ARAUJO GOMES - 934
 GENILDO FERREIRA NUNES - 956
 GEREZ MARTINS - 915
 GIOVANA FUZZATTO FAZANARO - 946
 GISELE SCHINAIDER - 1033, 1035, 1036, 1043
 GISLAINE BORIM - 958
 GIULLIANO GARDENGHI - 896
 GLAUCIO FURLANETTO - 1012
 GLYCON MESSIAS LOUREIRO ARAUJO - 976, 977, 978, 1002
 GUILERME C FIRMINO - 1058
 GUILHERME AUGUSTO TEODORO ATHAYDE - 1009, 1014
 GUILHERME FERREIRA GAZZONI - 1040, 1044
 GUILHERME FUTURO - 907, 908, 910, 935
 GUILHERME GAESKI PASSUELLO - 905, 914, 965, 992, 1028, 1058
 GUILHERME R DE OLIVEIRA - 1058
 GUILHERME SAMUEL SCHWENGBER - 1040, 1044
 GUSTAVO AGOSTINI MOREIRA - 1056
 GUSTAVO DE CASTRO LACERDA - 915, 1006
 GUSTAVO FERREIRA CARDOSO - 1039
 GUSTAVO GIR GOMES - 904, 1000
 GUSTAVO LARA MOSCARDI - 982
 GUSTAVO VIGNOLI SANTOS - 962

H

HAROLD DO HEITOR RIBEIRO FILHO - 971, 972, 973, 1007
 HEITOR COSTA TAVARES - 1048, 1052
 HENRIQUE CÉSAR MAIA - 944, 946
 HERMES CARLONI - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
 HITALO HENRIQUE VASCONCELOS MARQUES - 998

I

IARA ATIE ATIE - 897, 900, 901, 913, 915, 926, 928, 930
 ILANA MARQUES MOREIRA - 1043
 INGRID ALVES DE FREITAS - 968
 ISABELLA CAPOBIANGO RODRIGUES - 889, 890
 ISABELLA DE ALMEIDA PAES BARRETTO COUTINHO - 1049
 ISABELLA METRAN DOURADO - 1048, 1052, 1059
 ISABEL SANTOS - 1015
 ITALO BRUNO SANTOS SOUSA - 971, 972, 973, 998, 1007
 ITAMARA LUCIA ITAGIBA NEVES - 990
 IVAN TRAMUJAS DA COSTA SILVA - 964

J

JACIARA FONSECA DA SILVA - 933
 JACOB ATIÉ - 1027
 JACQUELINE JOZA - 1038
 JAIME GIOVANY ARNEZ MALDONADO - 964, 1011, 1061
 JAIRO MACEDO ROCHA - 944, 946
 JAMIL NASCIMENTO - 1039
 JAQUELINE CORREIA PADILHA - 905, 914, 965, 980, 992, 1028, 1034
 JERUZA MARIA DE OLIVEIRA LIMA - 1033, 1035, 1036
 JESSICA CAROLINE FELTRIN WILLES - 1040, 1044
 JESSICA MORETO CRIVELARI - 979, 1041
 JHOLBERT CARDOSO SANTANA - 1048, 1052
 JOANA PINHO - 1046
 JOAO DURVAL RAMALHO TRIGUEIRO MENDES JUNIOR - 905, 914, 965, 992, 1028
 JOAO HENRIQUE CLASEN - 1056
 JORGE ELIAS NETO - 907, 908, 910, 935
 JOSE AUGUSTO SOARES BARRETO-FILHO - 952
 JOSE EDUARDO KRIEGER - 1042
 JOSE NILO DE CARVALHO NETO - 971, 972, 973, 998, 1007
 JOSE PLUTARCO GUTIERREZ YANEZ - 1040, 1044
 JOSE TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS - 905, 914, 965, 992, 1028, 1058
 JOSÉ ALEXANDRE NETO - 959
 JOSÉ CARLOS PACHON MATEOS - 983
 JOSÉ CARLOS ROSSINI IGLÉZIAS - 979
 JOSÉ MÁRIO BAGGIO JR. - 904
 JOSÉ NUNES DE ALENCAR NETO - 959, 963
 JOSÉ SOBRAL NETO - 944, 946
 JOSÉ THIEFESON SERPA DA SILVA - 968
 JOÃO DAVID DE SOUZA NETO - 1026, 1031, 1037, 1049, 1051
 JOÃO GABRIEL BATISTA LAGE - 1030
 JUAN CARLOS PACHON MATEOS - 983
 JULIANA DE LIMA LOPES - 980
 JULIANNY GALDINO AMORIM - 967
 JULIETH MESQUITA LACERDA - 934, 936
 JULIMAR MEDEIROS NEVES - 959
 JÉSSICA AUGUSTA CANAZART - 1039

K

KAIZY FERREIRA CARVALHO - 1004
 KAREN PRISCILLA BRUZZAMOLINO TEIXEIRA - 972, 973
 KARINA DE ANDRADE - 1040, 1044
 KARLA LOUREIRO MEIRA - 912, 937, 938, 941, 942, 999, 1053
 KAROLINE MEDEIROS DIAS - 1003, 1008, 1009, 1017
 KATIA REGINA DA SILVA - 979, 1034, 1041
 KENIA ALESSANDRA DE ARAUJO CELESTINO - 933
 KLEBER ROGÉRIO SERAFIM - 989
 KÁRILA SCARDUELLI LUCIANO - 1013

L

LARA DO NORTE GARCIA - 1026
 LARISSA DE FREITAS NUNES - 1013
 LAURA DE SIQUEIRA CASTRO - 888, 975
 LEANDRO GARAMBONE - 1009, 1014
 LEILIAN DE SOUZA AMORIM - 964, 1011, 1061
 LEONARDO PALUDO - 1049
 LEONOR PARREIRA - 1046
 LIELIA MALAQUIAS DA CUNHA ARAUJO - 944, 946
 LIVIA XAVIER SOARES FARAH - 1008
 LORENA SILVA LIMA BORGES - 976, 977, 978, 1002
 LOUISE D'ABADIA MORAIS - 1037
 LUANA CAMPOLI GALBIATI - 976, 977, 978, 1002
 LUCAS CARVALHO DIAS - 894, 895, 911, 918, 919, 929, 962
 LUCAS GALITO BARBOSA - 1056
 LUCAS GOYANNA DE MOURA - 971, 972, 973, 998, 1007
 LUCAS SERAFIM - 982
 LUCIA DE SOUSA BELEM - 967, 969
 LUCIANA FERNANDES BALESTRA - 896
 LUCIANA REIS DEL SARTO - 982
 LUCIANA SACILOTTO - 990, 1014, 1016, 1021, 1029, 1030, 1042, 1056
 LUCIENE DIAS DE JESUS - 905, 914, 965, 992, 1028
 LUDIMILA QUEIROZ RODRIGUES - 1048, 1052
 LUIS BELO - 1027
 LUIS GUSTAVO GOMES FERREIRA - 904, 1000
 LUIS POLICANI - 915
 LUIZ ANTONIO OLIVEIRA INACIO JUNIOR - 894, 895, 911, 918, 919, 929, 962
 LUIZ CARLOS SIMOES - 897, 900, 901, 913, 926, 928, 930
 LUIZ EDUARDO MONTENEGRO CAMANHO - 894, 895, 911, 918, 919, 929, 962
 LUIZ GUSTAVO BRAVOSI DA ROSA - 906
 LUIZ RODOLFO CARVALHO BRAGA - 915
 LUZIANNE MARIANO MARTINS - 1043
 LUÍS GUSTAVO SILVA E SILVA - 1039

M

MANOEL HORTA RIBEIRO - 1039
 MARCELA ALVES DOS SANTOS PAUL - 990
 MARCEL HENRIQUE SAKAI - 945, 957, 959, 975
 MARCELO BISCEGLI JATENE - 979
 MARCELO CARRIJO FRANCO - 976, 977, 978, 1002
 MARCELO DA COSTA MAIA - 908
 MARCELO DE PAULA M. MONTEIRO - 968, 1033, 1035, 1036
 MARCELO LUIZ CAMPOS VIEIRA - 1034
 MARCIA MITIE NAGUMO - 979, 1041
 MARCIO AUGUSTO SILVA - 907, 908, 910, 935
 MARCOS A ALMEIDA - 952
 MARCOS R CARVALHO - 952
 MARIA CECÍLIA XAVIER SOUTO - 945, 957, 959, 975
 MARIA DE FATIMA OLIVEIRA - 934, 936

MARIA DO CARMO MAIA REIS - 1010
 MARIA DOLORES PENA CAZCO - 971, 973, 1007
 MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES - 899
 MARIA LÍCIA CURY RIBEIRO PAVÃO - 1055
 MARIANA ALVES GOMES - 889, 890
 MARIANA BRAGA TEIXEIRA - 1059
 MARIANA CORREIA - 1015
 MARINA VIEIRA NAGAHAMA - 945, 957, 959, 975
 MARLOS CARNIEL - 1013
 MARTINA BATTISTINI PINHEIRO - 1014, 1021, 1056
 MARTIN BERNIER - 1038
 MARTINO MARTINELLI FILHO - 979, 1003, 1008, 1009, 1017, 1034, 1041
 MATHEUS BUENO DE MORAES - 1058
 MATHEUS VITOR BENITO BLANCO - 959
 MAURICIO GALEÃO LYRA - 932
 MAURICIO IBRAHIM SCANAVACCA - 903, 971, 972, 973, 990, 998, 1007, 1014, 1016, 1020, 1021, 1029, 1030, 1042, 1046, 1056
 MAURICIO LUIS SPESSATTO - 1040, 1044
 MAURICIO MONTEMEZZO - 1038
 MAURÍCIO P DA SILVA - 1058
 MAURÍCIO PIMENTEL - 906
 MAYKYOL AVAROMA MELGAR - 992, 1028
 MICAELA NETO - 960
 MIGUEL MENDES - 960
 MILTON PÍFANO SOARES FERREIRA - 1039
 MUHIEDDINE OMAR CHOKR - 903, 971, 972, 973, 998, 1007, 1016, 1042
 MURILO FOPPA - 906
 MYRELLA MESSIAS DE ALBUQUERQUE MARTINS - 1037
 MYRIAN LOPES ARRUDA CARNEIRO - 967, 968

N

NADJA GABRIELLE MACEDO DE SOUZA - 933
 NANA MIURA - 979
 NANCY CHRISTIANE FERREIRA SILVA - 1010
 NATHALIA MARÍA SEGOVIA MONGE - 971, 972, 973, 998, 1007
 NATÁLIA QUINTELLA SANGIORGI OLIVETTI - 990, 1014, 1021, 1029, 1030, 1042, 1056
 NATÁLIA SOUSA ESTEVES - 1056
 NEIBERG ALCÂNTARA - 1033, 1035, 1036
 NELSON SAMESIMA - 990
 NESTOR CAVANILLAS LOPEZ - 1011

O

OLGA FERREIRA DE SOUZA - 972, 973
 ORLY DE OLIVEIRA LACERDA JR. - 999
 OTÁVIO AUGUSTO OLIVEIRA DE CARVALHO - 1029

P

PATRICIA FRAGA PAIVA - 1031
 PATRÍCIA GERMANO - 982
 PAULA CAVALCANTI ENDO - 1020, 1021, 1029

PAULA MACEDO - 982
 PAULO ALEXANDRE DA COSTA - 989
 PAULO JOAQUIM SIBILIO MALDONADO FILHO - 918, 919, 929
 PAULO RODRIGUES GOMES - 1039
 PAULO SOEIRO SAMPAIO - 1027
 PAULO VITOR CHAVES GARCIA - 889, 890
 PEDRO ADRAÇÃO - 960, 1015, 1046
 PEDRO AZEVEDO - 1015
 PEDRO CARMO - 960, 1046
 PEDRO FELIPE PRATES SILVA - 959
 PEDRO GUIMARÃES MOREIRA DA SILVA - 1059
 PEDRO MARIO PINTO VANDONI - 971, 972, 973, 998, 1007
 PEDRO NOGUEIRA DAMASCENO NETO - 1043
 PEDRO TREGNAGO BARCELLOS - 906
 PEDRO VIEIRA LINHARES - 971, 972, 973, 998, 1007
 PEDRO YURI PAIVA LIMA - 1038
 PETRONIO RANGEL SALVADOR JÚNIOR - 976, 977, 978, 1002
 POLLYANA DOS SANTOS BORGES - 1048, 1052
 PRISCILA MORENO SPERLING CANNAVAN - 899

R

RAFAELA LOUISE SALES - 1013
 RAFAEL MENDONCA PESSOA - 1007
 RAFAEL RONSONI - 1013
 RAFAEL ZOPPI CAMPANE - 1013
 RAIMUNDO BARBOSA BARROS - 994
 RAISSA ALVES PINTO MOURA - 889, 890
 RAMIRO DOURADO MARANHÃO - 1048, 1052
 RAMON TERRADELLAS BRUGADA - 1006
 RAONI DE CASTRO GALVÃO - 914, 992, 1028, 1058
 RAPHAEL CHIARINI - 905, 914, 965, 992, 1028, 1058
 RAQUEL A. LOPES NEVES - 905, 914, 965, 992, 1028, 1034, 1058
 RAQUEL CARVALHO MONTENEGRO - 934, 936
 RAYANE ALVES MARQUES - 1051
 REGINALDO MARTINS DA SILVA - 933
 REMY NELSON ALBORNOZ - 983
 RENATA A. ROCHA VAUGHAN - 1008
 RENATO DAVID SILVA - 944, 946
 RENATO GIESTAS SERPA - 999
 RICARDO ALKIMIM TEIXEIRA - 1008, 1009
 RICARDO FERREIRA COELHO MIRANDA - 944, 946
 RICARDO FERREIRA SILVA - 983
 RICARDO GARBE HABIB - 989
 RICARDO KUNIYOSHI - 907, 908, 910, 935
 RICARDO MOURILLHE-ROCHA - 894, 895
 RICARDO SIMÕES NEVES - 990
 RICARDO TAVARES PACHECO FILHO - 1059
 ROBERTA PEREIRA SILVA - 1006
 ROBERTO CARLOS ALVAREZ - 1062
 ROBERTO COSTA - 979, 1017, 1034, 1041

RODRIGO DE CASTRO MENDONÇA - 952
RODRIGO ELIAS DA COSTA - 1027
RODRIGO MARTINS DE ARAÚJO - 1039
RODRIGO SILVA SILVA BARBOSA - 1038
RODRIGO SÁ - 1027
ROGÉRIO GOMES DE ALMEIDA NETO - 959, 963
ROSE MARY FERREIRA LISBOA DA SILVA - 889, 890, 891
RUITER CARLOS ARANTES FILHO - 944, 946
RUTH DA SILVA RÊGO - 1059

S

SABRINA PEDROSA LIMA - 915
SAMUEL ABNER DA CRUZ SILVA - 1000
SAMUEL L DE OLIVEIRA - 1058
SAULO RIBEIRO CESÁRIO - 1031
SAULO RODRIGO RAMALHO DE MORAES - 959, 963
SERGIO FREITAS SIQUEIRA - 1003, 1009, 1017
SHEILA CRISTINA OURIQUES MARTINS - 906
SHEYLA T FERRO - 952
SILAS DOS SANTOS GALVÃO FILHO - 905, 914, 965, 992, 1028, 1058
SILVANA NISHIOKA - 979, 1003, 1009, 1017
SIMONE NASCIMENTO SANTOS - 998
SIMÃO GONÇALVES MADURO - 964, 1011, 1061
SISSY MELO - 903, 971, 972, 973, 998, 1007, 1014, 1016, 1042
STELA MARIA VITORINO SAMPAIO - 967, 968, 969
STEPHANIE IZABEL AGATTI NÉMETH - 1026, 1031
STHEFANIA SAD SILVA FERREIRA RODRIGUES FRUET - 1051
SUSANA PEREIRA - 915
SÁVIA CHRISTINA PEREIRA BUENO - 1030, 1042, 1056
SÍLVIO ALVES BARBOSA - 990

T

TAMER NAJAR SEIXAS - 944, 946
TAMIRES MORAES - 1013
TAN CHEN WU - 990, 1014, 1016, 1020, 1021, 1030, 1056
TANIA CRISTINA PEDROSO MONTANO - 990
TATIANA SANTOS CAUS - 937, 938, 941, 999

THAIS AGUIAR DO NASCIMENTO - 932
THIAGO BACCILI CURY MEGID - 958
THIAGO REGO DA SILVA - 905, 914, 965, 992, 1028
THIAGO SILVA MARQUES - 1009, 1014, 1056
TIAGO CARON - 1013

U

ULLA WALFRIDSSON - 899

V

VANESSA MARIA OLIVEIRA MELLO - 1049
VANESSA SERRA CARMO - 888
VICTOR D DE OLIVEIRA - 1058
VICTORIA ALVES MELO - 1059
VICTOR VARGAS DE OLIVEIRA - 1026
VIDAL ESSEBAG - 1038
VINICIUS FRAGA MAURO - 999
VINICIUS HATANAKA DIAS - 1056
VIRGINIA BRAGA CERUTTI - 989
VIRGINIA OLIVEIRA FERNANDEZ - 1043
VIRLANA MARQUES SEVERO - 1059

W

WAGNER LUIS GALI - 904, 1000
WAGNER NASCIMENTO - 979, 1041
WALTER DUARTE BATISTA JÚNIOR - 937, 938, 941, 942, 999, 1053
WASHINGTON MACIEL - 1027
WILDER PACHECO - 1029

X

XIMENA FERRUGEM ROSA - 903, 1042

Y

YAN BRUNO COLARES BOÊLHO - 936
YNGRID SOUZA LUZ - 1026, 1031
YURI B PEREIRA - 1058



SOBRAC2019

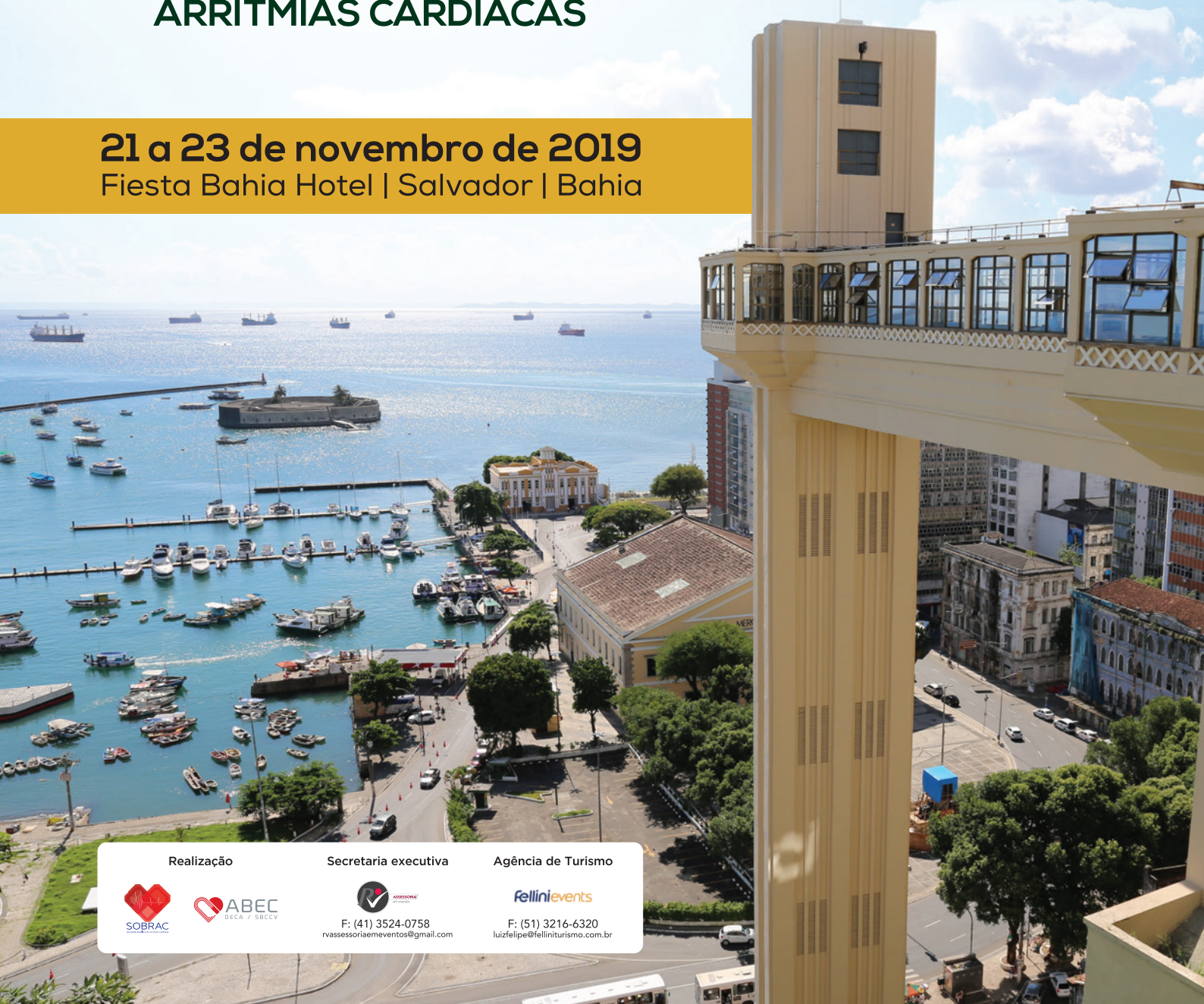
XXXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE
ARRITMIAS CARDÍACAS

21 a 23 de novembro de 2019
Fiesta Bahia Hotel | Salvador | Bahia

PARTICIPE DO SOBRAC 2019!

Além das exuberantes praias, o homem fez de Salvador um lugar especial, na beleza das construções históricas, museus, gastronomia e hospitalidade. Vagar sem pressa pelo Pelourinho, circulando entre museus, ateliês e igrejas do Centro Histórico, é passeio obrigatório. Assim como se aventurar pelos acarajés, abarás e moquecas, sabores fortes que só a Bahia tem. Agende-se e venha conhecer a cidade de Salvador, cheia de história, tradição e belezas naturais!

*Salvador Te espera
de braços abertos!*



Realização



Secretaria executiva



F: (41) 3524-0758
rvassessoriaeventos@gmail.com

Agência de Turismo



F: (51) 3216-6320
luizfelipe@felliniturismo.com.br

