

## TEMAS LIVRES APRESENTADOS NO



72° CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
CARDIOLOGIA

**3 DE NOVEMBRO A  
5 DE NOVEMBRO DE 2017**

**SÃO PAULO - SP**

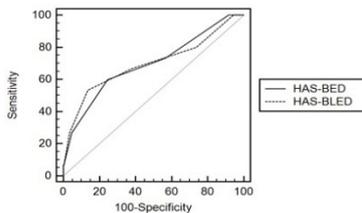
582

**COMPARISON OF HAS-BLED AND HAS-BED BLEEDING SCORES IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION FOR MAJOR BLEEDING PREDICTION**

GUILHERME DAGOSTIN DE CARVALHO<sup>1</sup>, FERNANDO PIVATTO JÚNIOR<sup>1</sup>, ANDRÉ LUIS FERREIRA AZEREDO DA SILVA<sup>1</sup>, LUIS CARLOS AMON<sup>1</sup>, MARINA BERGAMINI BLAYA<sup>1</sup>, RAFAEL COIMBRA FERREIRA BELTRAME<sup>1</sup>, RAFAEL SELBACH SCHEFFEL<sup>1</sup>

(1) HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**INTRODUCTION** HAS-BLED score was developed to assess 1-year major bleeding risk in patients anticoagulated with VKA due to AF. It includes "labile INR", referred to quality of anticoagulation, i.e., time in therapeutic range < 60%. However, in naive patients this item is not available. This study aimed to evaluate if the HAS-BLED score in its refined form excluding "labile INR" (HAS-BED) is still associated with bleeding risk. **METHODS** A retrospective cohort was conducted including patients with AF followed in an anticoagulation outpatient clinic at a tertiary teaching hospital. C-statistic was performed to evaluate the ability of these scores in predicting major bleeding. ROC curves were compared through DeLong test. **RESULTS** We studied 263 patients with a mean age of 71.1 years over a period of 237.6 patients-year, being 124 (47.1%) with a "labile INR". Median (IQR) HAS-BLED and HAS-BED scores were 2 (1-3). The overall incidence of major bleeding was 5.7%. Patients with high HAS-BLED score ( $\geq 3$ ) showed higher rates of major bleeding as compared to patients with lower scores (9.6 vs. 3.1%;  $P=0.052$ ). This also occurred with HAS-BED score  $\geq 3$  (12.9 vs. 3.1%;  $P=0.005$ ). AUC was 0.696 ( $P=0.01$ ) for HAS-BLED score and 0.694 ( $P=0.01$ ) for HAS-BED score ( $P=0.95$ ). **CONCLUSION** In our cohort, HAS-BED score was also able to identify patients at risk for major bleeding. This information could be useful in VKA naive patients undergoing major bleeding risk assessment.



583

**PERFIL DOS PACIENTES COM DISPLASIA ARRITMOGÊNICA DE VENTRÍCULO DIREITO SUBMETIDOS À IMPLANTE DE CDI EM UM ÚNICO CENTRO**

JOAO PAULO ORLANDI DA SILVA RODRIGUES<sup>2</sup>, JOÃO PAULO ORLANDI DA SILVA RODRIGUES<sup>2</sup>, ROGÉRIO RIBEIRO VERDEROSI<sup>2</sup>, ALLANA PATRICIA CASIMIRO COSTA VERDEROSI<sup>2</sup>, THALITA BARBOSA GONZALES<sup>2</sup>, ARTHUR CORREIA SOUZA SANTOS<sup>2</sup>, ATTILIO SANTORO JUNIOR<sup>2</sup>, CARLOS EDUARDO DUARTE<sup>1</sup>, JOSÉ TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS<sup>1</sup>, SILAS DOS SANTOS GALVÃO<sup>1</sup>, BRUNO PAPELBAUM<sup>1</sup>, JAQUELINE CORREIA PADILHA<sup>1</sup>, LUCIENE DIAS DE JESUS<sup>1</sup>

(1) CENTRO AVANÇADO DE RITMOLOGIA E ELETROFISIOLOGIA, (2) HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

**Introdução:** A displasia arritmogênica de ventrículo direito (DAVD) é uma cardiomiopatia hereditária caracterizada pela substituição dos miócitos por tecido fibrogorduroso e associada a arritmias ventriculares, síncope e morte súbita. A morte súbita pode ser a primeira manifestação da DAVD e o seu diagnóstico e a estratificação de risco precoce se faz necessária. Apresenta-se o perfil de uma coorte com DAVD submetido a implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI) em um centro de referência. **Objetivo:** Avaliar retrospectivamente o perfil dos pacientes com DAVD que foram submetidos ao implante de CDI no centro avançado de ritmologia e eletrofisiologia. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo com dados de levantamento de prontuários dos pacientes com diagnóstico de DAVD que foram submetidos à implante de CDI no período de 2006 à 2016. **Resultados:** Foram levantados 19 pacientes com diagnóstico possível de DAVD dos quais 6 preencheram critérios para diagnóstico definitivo com implante de CDI. Os critérios maiores encontrados foram ressonância cardíaca sugestiva (50%) e episódios de taquicardia ventricular sustentada no holter (50%). Dos pacientes com implante de CDI, 50% era dupla câmara, com idade média de implante 45,16 anos (36 – 61 anos) e tempo médio de seguimento ambulatorial de 3,1 anos (JAN 2006 – DEZ 2016) com diagnóstico conclusivo de DAVD. Da amostra, 66,6% era do gênero masculino, idade média de 52,5 anos (34 – 67anos) e 83,3% residentes no estado de São Paulo, 66,6% tinha história familiar positiva para morte súbita e 50% foi submetido a implante para prevenção secundária de morte súbita. A medicação mais utilizada foi amiodarona (83,3%) seguida pelo uso combinado de amiodarona com betabloqueador (66,6%). Durante o acompanhamento 50% dos pacientes receberam terapia de choque apropriada mesmo em uso de amiodarona. **Conclusão:** A DAVD é uma doença grave e teve seu diagnóstico tardio nesta coorte. O implante de CDI para prevenção de morte súbita se faz necessário e o desafio é fazer o diagnóstico precocemente.

584

**AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS EM PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS QUE ACOMPANHAM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA**

LUZIEL ANDREI KIRCHNER<sup>1</sup>, THELMA LAROCCA SKARE<sup>2</sup>

(1) HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI, (2) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

**Introdução:** A Espondilite Anquilosante (EA) afeta principalmente homens jovens e se caracteriza por envolvimento articular axial e periférico. Órgãos extra-articulares, tais como os olhos, pulmões, coração e sistema neurológico também podem ser afetados. Existem diversos medicamentos que podem prolongar o intervalo QT, dentre os mais estudados estão os anti-depressivos, anti-psicóticos, anti-hipertensores, anti-arrítmicos, anhistamínicos, antineoplásicos, antimicrobianos, antifúngicos e pró-cinéticos. **Objetivo:** Avaliar prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes com Espondilite Anquilosantes correlacionando-se as com o uso de medicações de efeito Anti-TNF  $\alpha$  e presença do HLA B27. **Materiais e método:** Foi um estudo retrospectivo com 32 pacientes com diagnóstico de EA que mantinham acompanhamento regular no ambulatório de Reumatologia de um hospital universitário de Curitiba. Foram levantados dados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos em prontuários como eletrocardiograma, comorbidades e variáveis epidemiológicas e antropométricas e uso de medicamentos. Os pacientes foram pareados por gênero e idade com um grupo controle. No eletrocardiograma analisou-se o ritmo, frequência cardíaca, distúrbios de condução e intervalo QT corrigido pela fórmula de Bazett. Estudos de associação de dados nominais – foram feito pelo teste de Qui-quadrado e Fisher e de dados numéricos e pelo Teste de Student não pareado e Mann Whitney. A significância adotada foi de 5% ( $p=0,05$ ). **Resultados:** O gênero masculino foi mais prevalente (68,8%) entre os pacientes portadores de EA. Distúrbio de condução como bloqueio AV 1o Grau foi encontrado apenas no grupo de EA ( $p=0,07$ ). Perturbação de condução do ramo direito (PCRD) foi mais frequente no grupo de EA ( $p=0,017$ ) do que nos controles com  $OR=4,9$  (95%  $CI= 1,4 - 17,58$ ). Não foram observadas diferenças quando pacientes com HLA-B27 positivos e negativos foram comparados. O uso de Anti-TNF  $\alpha$  não influenciou no aparecimento de alterações eletrocardiográficas. **Conclusão:** Pacientes com EA tem uma alta prevalência de alterações eletrocardiográficas (principalmente PCRD). O HLA B27 e uso de anti-TNF  $\alpha$  não influenciaram nas alterações eletrocardiográficas.

585

**PERFIL DOS PACIENTES COM ECTOPIA VENTRICULAR FREQUENTE EM HOSPITAL PÚBLICO CARDIOLÓGICO BRASILEIRO: EXISTE DIFERENÇA EM QUAL MEDIÇÃO DEVE SER UTILIZADA?**

MARINA MACEDO KUENZER BOND<sup>1</sup>, RAFAEL SANTOS GON<sup>1</sup>, GUSTAVO SOARES FERNANDES<sup>1</sup>, TÚLIO ASSUNÇÃO BARCELLOS<sup>1</sup>, VINICIUS SOUZA QUEIROZ<sup>1</sup>, CAIO VINICIUS MARINHO REIS<sup>1</sup>, MARISA MACEDO KUENZER BOND<sup>1</sup>, BRUNO PEREIRA VALDIGEM<sup>1</sup>, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA<sup>1</sup>

(1) INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

**Introdução:** Ectopias ventriculares podem apresentar-se clinicamente como fadiga, palpitação, dispneia, síncope ou insuficiência cardíaca. São mais frequentemente encontradas no contexto de doença estrutural cardíaca (isquêmica, valvar), entretanto, 10% dos casos são idiopáticas, quando ocorrem em indivíduos sem doença estrutural cardíaca. **Objetivo:** Avaliar o manejo terapêutico e o perfil dos pacientes com ectopia ventricular atendidos em um hospital público brasileiro, especializado em cardiologia. **Métodos:** Estudo transversal, que incluiu pacientes com mais de 5% ectopia ventricular em holter de 24 horas e com fração de ejeção maior que 40% em ecocardiograma, atendidos nos meses de março, abril de 2017. Registrou-se suas características, dados do holter, ecocardiograma e informações do tratamento. Para avaliar associação entre as diferentes medicações e a intensidade das ectopias foi utilizado o SPSS. **Resultados:** Foram incluídos 68 pacientes, 59% homens, com idade média de 50 anos (+/-20), 50% hipertensos, 19% diabéticos, 22% com doença de tireoide tratada, 8% chagas, 10% valvares, 1,5% congênitos, 18% coronarianos, 4,5% com displasia de ventrículo direito. Ectopia idiopática foi encontrada em 42% dos participantes. Sobre o tratamento das ectopias, 88% faziam uso de betabloqueador (44% metoprolol, 26% atenolol, 1,4% propranolol, 16% carvedilol), 42% amiodarona, 1,5% sotalol, 10% diltiazem e 3% verapamil. A média de ectopia no holter foi de 20,3% (+/-11,6%), 57% dos pacientes apresentaram polimorfismo e 54% taquicardia ventricular não sustentada. Ao comparar as medicações utilizadas com quantidade de ectopia, não se observou significância estatística, conforme mostrado na tabela. **Conclusão:** Além compreender o perfil e o tratamento dos pacientes com ectopia ventricular, esse estudo ressalta a ausência de diferença estatística ao se correlacionar a intensidade ectópica do holter com a medicação utilizada. Logo, a escolha do tratamento deve ser individualizada, buscando o menor efeito colateral a logo prazo, sendo lógico privilegiar, por exemplo, os betabloqueadores em detrimento do uso da amiodarona.

Medicação	n	%	CI
BETA-BLOQUEANTES	44	64,7	50,7 - 78,7
AMIODARONA	17	25,0	16,2 - 33,8
VERAPAMIL	3	4,4	0,8 - 8,0
SOTALOL	2	2,9	0,5 - 5,3
DILTIAZEM	3	4,4	0,8 - 8,0
PROPRANOLOL	1	1,5	0,1 - 3,0
CARVEDILOL	7	10,3	4,7 - 15,9
ATENOLOL	1	1,5	0,1 - 3,0