

TEMAS LIVRES APRESENTADOS NO



72° CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CARDIOLOGIA

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

SÃO PAULO - SP

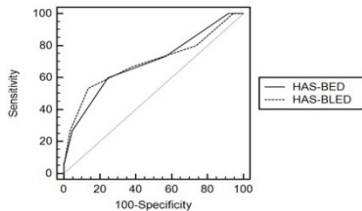
582

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

GUILHERME DAGOSTIN DE CARVALHO¹, FERNANDO PIVATTO JÚNIOR¹, ANDRÉ LUIS FERREIRA AZEREDO DA SILVA¹, LUIS CARLOS AMON¹, MARINA BERGAMINI BLAYA¹, RAFAEL COIMBRA FERREIRA BELTRAME¹, RAFAEL SELBACH SCHEFFEL¹

(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 (≥ 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 ≥ 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 RODRIGUES², JOÃO PAULO ORLANDI DA SILVA RODRIGUES², ROGÉRIO RIBEIRO VERDEROSI², ALLANA PATRICIA CASIMIRO COSTA VERDEROSI², THALITA BARBOSA GONZALES², ARTHUR CORREIA SOUZA SANTOS², ATTILIO SANTORO JUNIOR², CARLOS EDUARDO DUARTE¹, JOSÉ TARCISIO MEDEIROS DE VASCONCELOS¹, SILAS DOS SANTOS GALVÃO¹, BRUNO PAPELBAUM¹, JAQUELINE CORREIA PADILHA¹, LUCIENE DIAS DE JESUS¹

(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 cardiofibrilador 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 KIRCHNER¹, THELMA LAROCCA SKARE²

(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 α 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 α 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 α 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 BOND¹, RAFAEL SANTOS GON¹, GUSTAVO SOARES FERNANDES¹, TÚLIO ASSUNÇÃO BARCELLOS¹, VINICIUS SOUZA QUEIROZ¹, CAIO VINICIUS MARINHO REIS¹, MARISA MACEDO KUENZER BOND¹, BRUNO PEREIRA VALDIGEM¹, DALMO ANTONIO RIBEIRO MOREIRA¹

(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	35	51,5	37,5 - 55,5
DIILTIAZEM	03	4,4	0,4 - 8,4
VERAPAMIL	03	4,4	0,4 - 8,4
SOTALOL	02	2,9	0,2 - 5,6
PROPRANOLOL	02	2,9	0,2 - 5,6
CARVEDILOL	16	23,5	17,5 - 29,5
SEM TRATAMENTO	01	1,5	0,1 - 2,9