



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

www.arquivosonline.com.br

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 103, Nº 6, Supl. 1, Dezembro 2014

Resumo das Comunicações

XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Rio de Janeiro - RJ

219

Avaliação do autocuidado de pacientes portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis

THAMIREZ SÍDNEY SANTANA; THIAGO MARQUES CAMARGO; ANA BEATRIZ TEODORO BORGES; ANA CLÁUDIA SWERTS OLIVEIRA; RICARDO ALKIMIM TEIXEIRA; ADRIANA RODRIGUES DOS ANJOS MENDONÇA

Univás, Pouso Alegre - MG - Brasil

Dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (marca-passo - MP, ressinchronizador-TRC e cardioversor-desfibrilador implantável - CDI) são próteses amplamente utilizadas em casos específicos de pacientes com distúrbios elétricos cardíacos. Apesar de seus benefícios, tais dispositivos podem interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Aspectos religiosos, psicológicos e sociais devem ser considerados no cuidado individualizado. Nesse contexto, as ações de autocuidado ganham importância porque constituem a prática de atividades que o indivíduo exerce em seu próprio benefício de forma deliberada. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade do autocuidado em portadores de MP, TRC e CDI. Foi um estudo quantitativo, transversal, com coleta e análise de dados para avaliar as capacidades de autocuidado (escala ASA-A; escore de 24 a 120) no Ambulatório do Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre-MG. Foram entrevistados 41 portadores de MP/TRC e 9 de CDI. A proporção de homens e mulheres foi a mesma (25 masculino e 25 feminino) com média de idade de 68 anos, 82% eram portadores de MP/TRC, e 18% de CDI. A média de pontuação da escala ASA-A foi 99,42 (71 a 120), sendo que os portadores de CDI obtiveram pontuação média de 104 pontos, capacidade de autocuidado ótima. **Conclusão:** Os escores de autocuidado encontrados no presente estudo foram bastante satisfatórios, principalmente em portadores de CDI.

221

Avaliação do risco de sangramento maior com anticoagulantes orais antagonistas da vitamina K em pacientes com fibrilação atrial

FERNANDO PIVATTO JÚNIOR; INDIRA VALENTE BEZERRA; MARINA BERGAMINI BLAYA; FERNANDA FUZINATTO; LEONARDO MARTINS PIRES; RAFAEL SELBACH SCHEFFEL; ANDRÉ LUIS FERREIRA DA SILVA; LUÍS CARLOS AMON

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre - RS - Brasil

Introdução: A fibrilação atrial é um dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC). O uso de escores de risco para sangramento maior e AVC nos pacientes portadores dessa arritmia auxilia na avaliação do risco versus benefício da terapia de anticoagulação oral, que reduz significativamente o risco dessa complicação. **Objetivos:** descrever o percentual de pacientes anticoagulados por fibrilação atrial não-valvular com alto risco de sangramento maior em um ambulatório específico de controle de anticoagulação através do escore HAS-BLED, assim como identificar possíveis fatores de risco de sangramento modificáveis e comparar o risco de sangramento maior versus risco de AVC. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo incluindo pacientes do Ambulatório de Anticoagulação do Serviço de Medicina Interna do HCPA. A análise descritiva foi realizada a partir da distribuição de frequência absoluta e relativa, para as variáveis qualitativas, e através da média/mediana e desvio-padrão/intervalo interquartil, para as quantitativas. **Resultados:** Foram estudados 63 pacientes, com idade média (\pm dp) de $74,3 \pm 10,9$ anos. A mediana (25-75%) do escore HAS-BLED foi de 2 (1-3) pontos, sendo ≥ 3 (alto risco) em 19 (30,2%) pacientes. Os fatores de risco modificáveis mais prevalentes foram TP INR lábil (36,5%) e o uso de drogas concomitantes (30,2%). O risco de sangramento maior baseado no escore HAS-BLED foi superior ao de AVC em 3 (4,8%) e 4 (6,3%) pacientes, na comparação com o escore CHADS2 e CHA2DS2-VASc, respectivamente. **Conclusões:** O percentual de pacientes com alto risco de sangramento maior foi de 30,2%, sendo identificados TP INR lábil e uso de drogas concomitantes como os fatores de risco modificáveis mais prevalentes. Além disso, verificou-se que o risco de sangramento maior foi superior ao risco de AVC em apenas 6,3% dos casos. O uso de escores de risco auxilia no embasamento da decisão clínica de início/manutenção da anticoagulação nesses pacientes.

223

Miocardiopatia chagásica ventricular direita como uma nova entidade de anormalidades ECG da displasia arritmogênica do VD e síndrome de Brugada

MITERMAYER REIS BRITO; CARLOS EDUARDO SOUZA MIRANDA; ANDRÉ OLIVEIRA NESIO; CLAUDIA MADEIRA MIRANDA; ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte - MG - Brasil

Introdução: Estudos prévios têm demonstrado uma superposição entre a Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito (DAVD) e a Síndrome de Brugada (SB). O atraso na condução no ventrículo direito tem sido evidenciado em ambas as entidades, mas não ainda bem documentada na cardiopatia chagásica crônica (CCC). **Objetivo:** Descrever as anormalidades eletrocardiográficas da DAVD e SB em uma nova patologia da miocardiopatia chagásica do ventrículo direito. **Resultados:** Caso clínico de um paciente (pt) com tempestade elétrica (TV) e ECG em RS que mimetiza DAVD e outro pt com ECG com padrão ECG Tipo I - SB espontâneo, ambos com CCC. Descrição dos casos clínicos: Primeiro caso clínico: pt, sexo masculino, 26 anos, com CCC e episódios sincopais precedidos de palpitações. ECG em ritmo sinusal mostrava características que mimetizavam DAVD com ondas negativas nas derivações precordiais e TV monomórfica no ECG com padrão de BRE e eixo de despolarização ventricular inferior. Foi administrado amiodarona associada a beta-bloqueador/propafenona, sem sucesso e posteriormente implantado um CDI. O pt continuou a apresentar tempestades elétricas e foi submetido a EEF com mapeamento eletroanatômico endocárdico e epicárdico do substrato arritmogênico e subsequente aplicação de ablação por cateter de radiofrequência. A análise da superfície epicárdica mostrava uma forte correlação entre a duração da voltagem bipolar do eletrograma a nível do epicárdio em RS. A TV foi abordada no epicárdio com a ativação elétrica, encerramento e pace mapping com ablações RF focais/lineares, alvejando os potenciais tardios na via de saída do ventrículo direito e parede antero lateral do VD. Após 48 meses, o pt não apresentou novos episódios de TV. Segundo caso clínico - pt, sexo feminino, 56 anos, com CCC e TVNS e sincopes, ora precedidos de palpitações e padrão eletrocardiográfico espontâneo Tipo I de SB. A pt foi submetida a EEF sem indução de TV/FV. **Conclusões:** Estas anormalidades do ECG sugerem características mais prováveis de uma manifestação incomum de uma patologia cardíaca da doença de chagas, até então não bem documentada.

224

É possível prever os fatores de risco para indução de fibrilação atrial em pacientes assintomáticos com pré-excitação ventricular?

MITERMAYER REIS BRITO; CARLOS EDUARDO SOUZA MIRANDA; ANDRÉ OLIVEIRA NESIO; CLAUDIA MADEIRA MIRANDA; ROBERTO LUIZ MARINO

Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte - MG - Brasil

Introdução: A presença de uma via acessória(VA) em pacientes (pts) com Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW), pode levar a fibrilação atrial (FA). A FA pode levar a apresentações adversas como Síncope (S) e fibrilação ventricular (FV), especialmente se a condução anterógrada através da VA é muito rápida. A indução de FA em WPW é controversa e pouco provável em pts c/ WPW Assintomática (WPWA). **Métodos:** Estudo prospectivo p/ avaliar os fatores de risco p/ indução de FA e as características clínicas e EEF de pts c/ WPWA que apresentaram FA/S, morte súbita (MS), como 1ª manifestação clínica. Pacientes c/ pré-excitação ventricular (PV)/20 consecutivos pts (2 assintomáticos e 18 sintomáticos) foram avaliados como um grupo controle(GC). **Resultados:** De 353 pts c/PV permanente, 15 pts (4,25%) c/ WPWA, 34,8 anos (média 38 \pm 9) apresentaram como 1ª manifestação FA/S (14 pts) ou MS (1 pt). A FA neste grupo, foi induzida durante EEF em 5 pts: 3 pts após indução de Taquicardia Reentrante por via anômala (TRVA), 2 pts após estimulação atrial progressiva (EAP) + isoproterenol, sexo masculino - 4 pts c/VA posteroseptal - 60%, PRE-VA \leq 250 ms em 4 pts. No grupo controle, 23,3 anos (média 22 \pm 7), FA foi induzida em 8 pts, 6 após TRAV, 2 pts após EAP + isoproterenol, sexo masculino - 6 pts, VA lateral esquerda - 50%, PRE-VA \leq 250 ms em 5 pts. A análise estatística não foi significativa qdo observado os seguintes fatores: 1- indução de FA sustentada c/intervalo RR $<$ 250 ms entre batimentos pré-excitados \leq 250 ms em 20% dos pts c/ WPWA e em 25% no GC, 2- TRVA - 66% e 80% respectivamente 3- múltiplas VAs em um pt no grupo WPWA e nenhum no GC, e 4- taquicardia antidrômica em 1 pt no grupo WPWA e nenhum no grupo GC. Ausência de indução de FV e não houve correlação da FA c/cardiopatia estrutural em ambos os grupos. A análise estatística - testes Fischer/Qui Quadrado - $P <$ 0,001. **Conclusões:** 1) FA no grupo WPWA foi induzida no EEF em 33,3% somente homens e pts mais velhos. 2) O PREVA, idade, EAP, TRVA foram estatisticamente significativos no grupo WPWA c/ apresentação adversa e somente a TRVA e EAP nos demais pts p/ indução de FA. 3) Qdo comparado as variáveis do G WPWA/FA e GC, O PREVA, idade, localização da VA, foram estatisticamente significativas 4) Seria a vulnerabilidade atrial p/ indução de FA um fator intrínseco independente não reproduzível no laboratório EEF e/ou devido a efeitos da anestesia?