

3 – Cardiologia Clínica

Impacto da disfunção renal na mortalidade em uma unidade coronariana. Comparação em clearance estimado de creatinina (CICr) e a taxa de filtração glomerular (TFG).

Fabrizio Braga da Silva, Augusto César de Araújo Neno, José Kezen Camilo Jorge, Milena Rego dos Santos Espelta de Faria, Alessandra Godomiczer, Renato Max, Elba Sophia, Paula de Medeiros, Marcos Fernandes, Luiz Augusto Macedo, Jorge Pablo Chudyk Hubruk, Roberto Hugo da Costa Lins
Casa de Saúde São José Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamentos: A disfunção renal é um importante limitador da expectativa de vida. Várias são maneiras de estima-la, entretanto, não se sabe se há diferenças entre essas fórmulas.

Objetivo: Comparar CICr estimado pela fórmula de Cockcroft-Gault a TFG calculada pelo método do MDRD (Modify Diet in Renal Disease) como preditores de morte intra-hospitalar (MIH).

Material e métodos: Coorte de paciente admitidos na unidade coronariana no ano de 2007. A CICr e a TFG foi medida na admissão hospitalar. A área sob a curva ROC foi calculada para prever MIH. Uma análise multivariada envolvendo as medidas de função renal, comorbidade e o diagnóstico de admissão foi desenvolvido para identificar preditores independentes de mortalidade.

Resultado: Foram analisados 572pc (50% masculinos; idade=73±14anos). Desses 22(3,9%) evoluíram para MIH. A TFG foi 82,9±50 x 49±41ml/min ($p<0,0001$) respectivamente nos sobreviventes e não-sobreviventes. O CICr foi 64±38 x 28±21ml/min ($p<0,0001$) respectivamente nos sobreviventes e não-sobreviventes. A AUROC foi 0,739 (IC95% 0,616 a 0,863) para TFG e 0,812 (IC95% 0,730 a 0,893). Na análise multivariada CICr (OR=0,943 IC95% 0,920 a 0,966), Infarto prévio (OR=2,98 IC95% 1,12 a 7,0) e Tabagismo (OR=5,64 IC95% 1,5 a 20).

Conclusão: Nessa coorte CICr e TFG foram bons preditores de mortalidade, embora apenas o CICr foi preditor independente.

Associação da estratégia invasiva com eventos cardíacos fatais no seguimento tardio na Síndrome Coronariana Aguda

Villela, Paulo B, Santos, Vinicius F, Pimenta, Lucas V W A, Figueroa, Juan D L P, Carvalho, Edison R M, Silva, Nelson A S E, Klein, Carlos H, Oliveira, Gláucia M M Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro RJ BRASIL e Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro RJ BRASIL

Introdução: Um grande contexto de incertezas cerca a abordagem da síndrome coronariana aguda (SCA), no que concerne ao seguimento clínico, de longo prazo.

Objetivo: Demonstrar associação inversa entre a realização de cineangiogramografia (CAT) com desfechos adversos (infarto não fatal, reinternação e morte) no seguimento clínico tardio após SCA.

Métodos: Amostra piloto, de uma coorte retrospectiva de adultos do HUCFF, com diagnóstico de SCA, até 7 dias do evento índice. Foram selecionados os pacientes com CID I20 a I24 provenientes do banco das AIHs no período de 1999 a 2003. Foram excluídos aqueles cujos diagnósticos nos prontuários não eram de SCA e avaliado o seguimento após a alta hospitalar, relacionando-o com a estratégia invasiva (CAT) durante a internação índice. Utilizou-se o teste exato de Fisher com nível de significância de 5%.

Resultados: Ocorreram 2042 internações com os CID I20 a I24 nas AIH no HUCFF, entre 1999 a 2003. De 594 prontuários revistos, em 142 houve preenchimento do critério de inclusão. Houve predomínio do sexo masculino e a média de idade foi de 62,9 anos ±11,7. Dos pacientes com informação disponível, 85% tinham HAS, 32,2% diabetes e 35,6% fumavam. Cerca de um terço dos pacientes utilizavam AAS e betabloqueador prévios ao evento índice, a mesma proporção tinha feito angioplastia ou RVM. Na evolução durante a internação índice a letalidade média por causas cardíacas foi de 9,9% (14,1% na SCA com supra de ST e 5,8% na SCA sem supra de ST), sendo feita cineangiogramografia em 72,5% (letalidade= 9,7% X 20,5%, $p=0,096$). Obtivemos avaliação do seguimento em 95 dos 128 pacientes que sobreviveram à internação índice (74%). O tempo médio de seguimento foi de 1338 dias ± 931, mediana=1498. Não se observou associação inversa entre a estratégia invasiva e os desfechos clínicos.

Conclusão: Não houve benefício na adoção de estratégia invasiva após o evento índice de SCA com seguimento médio de 4 anos quanto a letalidade, reinfarto não fatal e reinternação por doença cardiovascular.

Ablação da fibrilação atrial guiada por ecocardiograma intracardiaco em pacientes idosos: análise de eficácia e segurança

Fernanda D' Araujo Costa Ferreira, Ieda Prata Costa, Luiz Eduardo Montenegro Camanho, Angelina Camilletti, Paulo Maldonado, Eduardo Benchimol Saad Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: FA acomete predominantemente pacientes (pt) com mais de 65 anos, porém os riscos da ablação são considerados mais elevados, reduzindo sua aplicabilidade.

Objetivos: Taxa de sucesso e complicações da ablação da FA em pacientes idosos.

Delineamento: Estudo prospectivo observacional.

Pacientes: 225 pt portadores de FA foram divididos em: Grupo I (> 65 anos) - 118 pt, 81 masculino (68,6%), idade média 72±/- 5,4 anos (65- 87 anos), sendo 69 pts com FA paroxística (58,4%) e 49 com FA persistente ou permanente (41,5%), 27 pts com cardiopatia estrutural (22,8%); Grupo II (< 65 anos): 107 pts, 94 sexo masculino (87,8%), idade média 55±/-8,7 anos (29-64 anos), sendo 76 pts com FA paroxística (71%) e 31 com FA persistente ou permanente (29%), 12 pts com cardiopatia estrutural (11,2%).

Métodos: Isolamento do antró das veias pulmonares guiada pelo ecocardiograma intra-cardíaco utilizando-se cateter 8 mm ou cateter com irrigação aberta 3,5mm. Análise estatística com o teste de Fisher e teste t student.

Resultados: Acompanhamento de 51 meses, a taxa de sucesso foi de 86,4% no grupo I (74,1% - paroxísticos, 25,9% - persistente/permanente); e 79,4% de sucesso (59,8% - paroxísticos, 40,1% - persistente/permanente no Grupo II ($p=0,01$). Tempo médio de fluoroscopia foi de 50'±16' e de 48'±11' ($p=0,6$), tempo total de manipulação no átrio esquerdo foi de 137'± 30' e de 143'±26' ($p=0,18$) e o tempo para a realização da ablação foi de 110'± 28' e 117'±31' ($p=0,17$) nos grupos I e II, respectivamente. Hematomas ocorreram em 11% e 4,6% ($p=0,04$). No grupo I, 1 caso de IAM embólico, 2 pt (1,6%) com estenose de veia pulmonar, 1 com paralisia do nervo frênico, 1 tamponamento, 1 com BAV transitório e 1 caso de broncoaspiração ($p=ns$). No grupo II houve 1 tamponamento. Uma complicação naqueles pt submetidos à ablação com cateter irrigado, observamos 3 casos de congestão pulmonar (12% de 25 pt em que foram utilizados este cateter) no Grupo I, e 2 casos (8% de 24 pt) no Grupo II ($p=0,32$).

Conclusão: A ablação por cateter da FA em idosos tem resultados semelhantes aos obtidos em pacientes jovens, sem comprometimento da segurança do procedimento.

É possível prever o prognóstico na endocardite infecciosa submetida à cirurgia utilizando a análise em árvore de classificação?

Regina M A Xavier, Vitor M P Azevedo, Renato Kaufman, M Cristina C Kuschnir, Rogerio B M Chaves, Bernardo R Tura, Marco Aurelio Santos, José G C Amino, Arn M R Santos, Márcia C C M Pinheiro, Carlos A M Magalhães, Clara Weksler

Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: A endocardite infecciosa (EI) apresenta alta mortalidade e a cirurgia cardíaca precoce (CCP) é realizada como fator de melhor prognóstico. Todavia, existem poucos e conflitantes critérios para esta abordagem, visando o prognóstico.

Objetivo: Selecionar subgrupos de pacientes com EI submetidos à CCP, focando o prognóstico, utilizando a árvore de classificação.

Pacientes e Métodos: estudo retrospectivo de 51 pacientes adultos consecutivos com EI (7 óbitos) submetidos a CCP. Foram analisados 23 parâmetros clínicos e laboratoriais. Para construir a árvore foi utilizado o algoritmo CART, com seleção por GINI e poda por custo-complexidade, procurando maximizar a razão de probabilidade.

Resultados: sexo masculino: 31 (60,8%), idade média= 41,4±15,2 anos, Euroscore= 6,7±3,6 e risco de morte= 12,8±12,2% (1,5 a 48,2%). A partir dos parâmetros clínicos e laboratoriais foi construída uma árvore com 9 ramos e 5 nós correspondendo a 4 variáveis. Foram selecionados 5 subgrupos de evolução: dois subgrupos para morte e três para a sobrevivência. Outra cirurgia cardíaca realizada simultaneamente foi o tronco da árvore. Se outra cirurgia cardíaca foi realizada concomitantemente e a síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS) foi deflagrada, alto risco para morte foi observado. No subgrupo de pacientes não submetidos à outra cirurgia cardíaca concomitantemente, ventilação mecânica prolongada no pós-operatório associada à idade acima de 38,9 anos foram marcadores de morte. Esta análise apresentou 85,7% de sensibilidade, 97,7% de especificidade, 36,9 de razão de verossimilhança (RV) positiva e 0,15 de RV negativa.

Conclusão: Outra cirurgia cardíaca concomitante apresentou-se como o fator principal no prognóstico dos pacientes. A SRIS, a ventilação mecânica prolongada no pós-operatório, associada à idade na quarta década de vida foram fatores coadjuvantes na predição do óbito.

Influência da perda precoce da patência dos enxertos coronarianos no prognóstico de pacientes assintomáticos após revascularização miocárdica
Felix, M S, Zeno, CC, Lorenzo, A R, Pittella, F J M, Rocha, A S C
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: A oclusão precoce de enxertos coronarianos freqüentemente causa má evolução clínica, mas a maioria dos estudos avalia pacientes sintomáticos após revascularização do miocárdio (RVM), o que pode superestimar a incidência de eventos.

Métodos: Pacientes consecutivos realizaram coronariografia (CAT) até 3 meses pós-RVM, mesmo assintomáticos, sendo acompanhados por 65±6 meses. Perda da patência do enxerto foi definida como estenose >50% ou oclusão. Classe funcional de angina e ocorrência de eventos (morte, infarto do miocárdio [IAM], angina instável, angioplastia coronariana [PTCA] ou nova RVM) foram registrados. Variáveis categóricas foram comparadas por qui-quadrado e contínuas, por teste t de Student ($p < 0,05$ considerado significativo).

Resultados: 50 pacientes foram estudados (76% homens, idade 58,4±9,4 anos, 88% com lesão de 3 vasos). Enxertos arteriais foram usados em 98% (artéria torácica interna esquerda [ATIE] em todos e ATIE+ radial em 36%) e venosos em 84%, com 2 ou mais enxertos usados em 96%. CAT revelou perda da patência da ATIE em 31,3% dos pacientes, da radial em 33,3% e dos enxertos venosos em 35,3%. No seguimento, não houve mortes ou IAM. Angina estável ocorreu em 32% (28% classe II, 4% classe III). Angina instável ocorreu em 30%, e 8% foram submetidos a PTCA de enxerto. Perda da patência do ATIE se associou com angina instável (perda de ATIE presente em 53,3% dos pacientes com angina instável e em 20,6% dos sem angina instável, $p=0,04$) e PTCA (perda de ATIE presente em 100% dos pacientes submetidos a PTCA e 24,4% dos não submetidos a PTCA, $p=0,006$). A perda de enxertos venosos ou de radial não se associou com eventos.

Conclusões: Nesta série, mesmo em indivíduos assintomáticos a incidência de perda precoce da patência dos enxertos foi elevada. Perda da ATIE se associou com evolução para angina instável e PTCA do enxerto, mas enxertos venosos ou de artéria radial ocluídos não causaram mais eventos. Angina recorreu em 1/3 dos pacientes mas não se associou com perda de enxertos, e esta perda não determinou maior risco de morte ou IAM. Assim, a avaliação angiográfica e intervenção de rotina no caso de oclusão ou estenose de enxerto não se justificam no paciente assintomático após RVM.

Tratamento clínico ou cirúrgico da lesão do tronco da coronária esquerda: fatores determinantes

Faria, G B, Fonseca, V B P, Lorenzo, A R, Silva, R C, Pittella, F J M, Rocha, A S C.
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: Apesar de a lesão do tronco da coronária esquerda (LTCE) ser considerada indicação para cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM), o tratamento clínico é eventualmente efetuado.

Objetivo: Comparar pacientes com LTCE mantidos em tratamento clínico ou submetidos a CRVM, a fim de verificar quais variáveis determinaram a opção pelo tipo de tratamento realizado. Delineamento: Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram selecionados 42 pacientes consecutivos com idade > 18 anos, com LTCE com ou sem lesões de outras coronárias, submetidos a CRVM ou tratamento clínico otimizado, por decisão do médico assistente. Dados clínicos, ecocardiográficos e angiográficos foram registrados. Variáveis categóricas foram comparadas pelo teste exato de Fisher e as contínuas pelo teste t de Student ($p < 0,05$ considerado significativo).

Resultados: Dentre os 42 pacientes, 16 foram mantidos em tratamento clínico (38,1%) e 26 submetidos a CRVM (61,9%). A idade foi de 70,7±12,0 anos para tratamento clínico e 67,5±10,1 anos para CRVM ($p=0,4$), sendo 88% vs 65%, respectivamente, do sexo masculino ($p=0,1$). Não houve diferença na prevalência de fatores de risco coronariano, infarto prévio, classe funcional de angina, nem quanto à presença de doença vascular periférica ou doença carotídea entre os 2 grupos, mas a insuficiência renal crônica (IRC) foi mais freqüente nos pacientes tratados clinicamente (31,3% vs 7,7%, $p=0,04$). A distribuição de doença em outras coronárias e o número de coronárias acometidas também não foi significativamente diferente (37,5% com doença trivascular no tratamento clínico vs 34,6% na CRVM, $p=0,09$). Entretanto, a disfunção do VE foi mais freqüente nos submetidos a CRVM (48,0% vs 15,4% no tratamento clínico, $p=0,04$).

Conclusões: Numa amostragem de pacientes com LTCE, a indicação de tratamento clínico ou CRVM não se associou com idade, fatores de risco coronariano, doença vascular periférica ou cerebrovascular ou extensão angiográfica da doença. A indicação de tratamento clínico se associou com a presença de IRC, e a preferência pelo tratamento cirúrgico, com a existência de disfunção do VE.

Avaliação prognóstica de pacientes com lesão do tronco da coronária esquerda submetidos a tratamento clínico ou cirúrgico

Fonseca, V B P, Lorenzo, A R, Faria, G B, Pittella, F J M, Rocha, A S C
Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: Pacientes com LTCE e função normal do VE podem ter boa evolução mesmo em tratamento clínico (TC). Objetivo: Comparar a incidência de eventos cardíacos em pacientes com LTCE em TC ou submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM).

Delineamento: Estudo retrospectivo.

Métodos: Foram selecionados 42 pacientes consecutivos >18 anos, com LTCE com ou sem lesões de outras coronárias, submetidos a CRVM ou TC otimizado, por decisão do médico assistente. Eventos cardíacos foram definidos como morte, infarto agudo do miocárdio [IAM], angioplastia coronariana [PTCA], CRVM, angina estável ou instável e insuficiência cardíaca (IC). Variáveis categóricas foram comparadas pelo teste de Fisher e as contínuas pelo teste t de Student ($p < 0,05$ considerado significativo).

Resultados: 16 pacientes foram mantidos em TC (38,1%) e 26 submetidos a CRVM (61,9%), 6 foram perdidos (16%, sendo 2 no TC e 4 após CRVM), e os restantes acompanhados por 4,5±2,0 anos. A idade foi de 71,9±10,3 anos para TC ($p=0,2$) e 67,7±9,6 anos para CRVM, sendo 92% vs 64%, respectivamente, do sexo masculino ($p=0,1$). Insuficiência renal crônica (IRC) foi mais comum nos pacientes em TC (31,3% vs 7,7%, $p=0,04$), mas disfunção do VE foi mais freqüente nos submetidos a CRVM (48,0% vs 15,4% no TC, $p=0,04$). Não houve diferença no número de outros vasos com lesão em ambos os grupos. Dos pacientes em TC, 6 (50%) permaneceram sem eventos, comparados a 15 (68,2%) dos submetidos a CRVM ($p=0,4$). Ocorreram 2 mortes (16,7%), 3 casos de angina (25,0%) e 1 de IC (8,3%) nos pacientes em TC, vs 1 morte (4,5%), 4 casos de angina (18,2%), 1 PTCA (4,5%) e 1 caso de IC (4,5%) nos submetidos a CRVM ($p > 0,05$ para todos). Não ocorreu IAM em nenhum dos grupos e nem PTCA ou CRVM nos pacientes em TC. Tanto no TC quanto cirúrgico, todos os pacientes que evoluíram para óbito apresentavam IRC e disfunção de VE moderada a grave. Nenhum paciente em TC cuja função de VE fosse normal faleceu.

Conclusões: Nesta amostra com LTCE, a morte no seguimento se associou com a IRC e disfunção do VE. O TC otimizado determinou evolução semelhante à dos pacientes submetidos a CRVM. Pacientes com LTCE cuja função do VE é normal parecem ter prognóstico semelhante tanto com TC quanto com CRVM.

Endocardite infecciosa em pacientes submetidos à hemodiálise

Claudio Querido Fortes, Ronir Raggio Luiz, Ronaldo Franklin de Miranda, Sergio Salles Xavier, Marcelo Iorio Garcia, Rogerio Gomes Fleury, Marcia Salgado Palhares, Eliane Carvalho Gomes, Eduardo Sergio Bastos, Guilherme Santoro Lopes, Ana Claudia Pinto de Figueiredo Fontes, Pedro José de Mattos Patrício Filho
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL e Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, UFRJ Rio de Janeiro RJ BRASIL

Fundamentos: A Endocardite infecciosa (EI) é uma das mais temidas complicações infecciosas em pacientes submetidos à hemodiálise.

Objetivos: Descrever as características clínicas, epidemiológicas e prognósticas da EI em pacientes submetidos à hemodiálise no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

Metodologia: Análise descritiva de 38 episódios consecutivos de EI em 38 pacientes submetidos à hemodiálise internados no HUCFF no período de 1978 a 2008.

Resultados: A idade dos pacientes variou de 21 a 78 anos com média de 46,9 anos. Não houve diferença em relação ao gênero. As comorbidades mais freqüentes além de insuficiência renal crônica foram: diabetes (10,5%); hepatopatia crônica (10,5%) e LES (7,9%). A hemodiálise foi realizada por cateter de dupla luz em 57,9 % e por fistula arteriovenosa em 39,5% dos pacientes. A EI ocorreu em válvulas nativas em 94,7% dos casos e em próteses nos 5,3 % restantes. Houve comprometimento das válvulas mitral, aórtica e tricúspide em 46, %, 44,4 % e 8,8 % dos casos respectivamente. As hemoculturas foram positivas em 89,5 % dos casos e os agentes etiológicos mais freqüentes foram Staphylococcus aureus (23,7%), Enterococcus faecalis (23,7%) e Staphylococcus coagulase negativa (13,2%). A troca valvar durante a fase ativa da infecção foi realizada em 31,6 % dos pacientes. A mortalidade intra-hospitalar foi de 52 % com tratamento clínico e de 46,15 % nos pacientes submetidos ao tratamento clínico e cirúrgico.

Conclusão: A EI em pacientes submetidos à hemodiálise é uma complicação grave e que apresenta uma alta letalidade.

Redução dos níveis de proteína C reativa com o uso prolongado de clopidogrel após intervenção coronária percutânea com implante de stents

Fernando José, Rogerio L.S. Moura, Marcus V Costa, Fernando V Barreto, Carlos Peralta, Carlos Eduardo P. Barreto, Luciano Brasileiro
Hospital Balbino Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Objetivo: Avaliar o efeito da utilização prolongada (1 ano) do regime antiagregante plaquetário duplo (clopidogrel + AAS) sobre a redução dos níveis do marcador inflamatório proteína C reativa (PCR) em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea com implante de stents.

Materiais e Métodos: Foram incluídos 166 pacientes atendidos em nosso serviço, submetidos a intervenção coronária percutânea com implante de stents que tiveram dosados seus níveis de PCR antes e após intervenção imediata e 3 meses após. Todos receberam regime antiagregante plaquetário duplo (RAAPD) e estatinas, além das medicações de rotina de acordo com médico assistente. Foram excluídos pacientes com síndromes coronarianas agudas, processos infecciosos ativos, doenças malignas, obesos (IMC > 35Kg/m²), hepatopatas, fumantes e diabéticos. No grupo I, 83 pacientes receberam RAAPD por 1 mês. No Grupo II, 83 pacientes receberam RAAPD por 3 meses, com ambos os grupos mantendo AAS indefinidamente. O desfecho primário foi a redução da PCR e os desfechos secundários foram revascularização do vaso alvo e trombose subaguda ou tardia de Stents.

Resultados: Vide tabela

Conclusão: A utilização prolongada de clopidogrel mostrou-se efetiva na redução do marcador inflamatório PCR em pacientes submetidos a ICP com implante de Stent.

PCR (mg/l)	GI (n=83)	GII (n=83)	p
Pré-procedimento	6,1+/-1,2 p<0,05	6,2+/-1,0 p<0,05	NS
Pós-procedimento	14,2+/-2,3 p<0,05	15,1+/-2,2 p<0,05	NS
Após 3 meses	6,7+/-1,4 p<0,05	1,1+/-0,7 p<0,05	0,0001

Extra-sístole ventricular da via de saída: localizando a origem através do eletrocardiograma

Fernanda D'Araujo Costa Ferreira, Luiz Eduardo Montenegro Camanho, Ieda Prata Costa, Paulo Maldonado, Angelina Camiletti, Eduardo Benchimol Saad
Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

Fundamento: extra-sístoles ventriculares (ESV) monomórficas e repetitivas são muito frequentes na prática clínica. A forma mais comum caracteriza-se pela positividade do complexo QRS em DII, DIII e aVF com desvio inferior do eixo elétrico, sendo a região da via de saída ventricular o local de origem nestes casos.

Objetivo: definir critérios eletrocardiográficos preditores da localização do foco de origem das ESV do trato de saída.

Delineamento: trata-se de estudo retrospectivo observacional.

Pacientes: 36 pt não consecutivos, idade média de 47+/-16 anos, com > 10% de ESV monomórficas em Holter de 24h foram submetidos ao estudo eletrofisiológico e ablação por cateter. Ao ECG, as ESV tinham morfologia de trato de saída. Baseado nos achados eletrofisiológicos, os pt foram divididos em dois grupos: Grupo I – ESV do trato de saída do ventrículo direito (TSVD), com n = 20, sendo 10 (50%) do sexo feminino; e Grupo II – ESV do trato de saída do ventrículo esquerdo (TVSE), com n = 16, sendo 4 (25%) do sexo feminino. Nenhum pt do Grupo I tinha cardiopatia estrutural e 1 pt (5%) tinha disfunção do ventrículo esquerdo, enquanto no Grupo II, 3 pt (18,75%) tinham disfunção do ventrículo esquerdo e 3 pt (18,75%) tinham cardiopatia estrutural (orovalvar). Um pt (6,25%) do Grupo II era portador de cardiodesfibrilador implantável (CDI) por taquicardia ventricular idiopática.

Métodos: As seguintes variáveis foram analisadas: 1. padrão de bloqueio de ramo direito (BRD) em V; 2. transição precoce do QRS nas precordiais (relação R/S >1 em V2); 3. polaridade do QRS em D1 (QRS negativo). Método estatístico teste exato de Fischer.

Resultados: o padrão de BRD em V1 e a transição precoce do QRS nas precordiais apresentaram correlação significativamente estatística com a localização em trato de saída do VE (p<0,05).

Conclusão: diante de ESV do trato de saída, a presença de padrão de BRD em V1 (QRS positivo) e a transição precoce do QRS nas precordiais (R/S > 1 em V2) sugerem origem em trato de saída do VE

TLOral 006

Melhoria de cuidado assistencial através da monitoração de indicadores clínicos no IAM.

Evandro Tinoco Mesquita, Antonio Sergio Cordeiro da Rocha, Monica Peres de Araujo, Ary Costa Ribeiro, Monica Viegas Nogueira, Claudia de Souza Karam, Andre Volschan, Marcelo Heitor Vieira Assad
Hospital Pró-Cardíaco Rio de Janeiro RJ BRASIL.

A monitoração contínua de indicadores clínicos tem como objetivos: avaliar o desempenho médico-hospitalar e promover melhoria de cuidado do paciente. O objetivo desse estudo foi analisar qualidade do cuidado assistencial (QCA) através do resultado dos indicadores de IAM em centro hospitalar de alta complexidade, comparando os índices do ano de 2006 com o ano de 2007.

De 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2007, 1461 pacientes consecutivos com dor torácica aguda não traumática foram avaliados, sendo 779 em 2006 e 682 em 2007. IAM foi confirmado em 174 (11,9%) pacientes (96-2006 e 78-2007), 77 (5,2%) com supra do ST (39-2006 e 38-2007) (IAMCST) e 97 (6,6%) sem supra do ST (57-2006 e 40-2007) (IAMSST). Os indicadores monitorados foram: taxa de angioplastia primária (TxAPC1ª) no IAMCST, tempo porta-balão em minutos (TPBA) no IAMCST, taxa de APC primária ≤ 90 minutos (TxAPC1ª≤90) no IAMCST e tempo de resultado da 1ª enzima em minutos (TENZ), tempo de permanência (TPER), mortalidade intra-hospitalar (MOIH) e taxa da prescrição de AAS na alta (TxAAS) em ambos IAMSST e IAMCST.

Resultados: a TxAPC1ª de 93,5% (IC=85,3 a 97,5%), o TPBA de 82±54min, TxAPC1ª≤90 de 66,2% (IC 54,6 a 76,1%), o TENZ foi de 69±97min, TPER de 7±9 dias, MOIH de 7% (IC 2,6 a 15,8%) e TxAAS de 89,2% (IC 81,5 a 94%). Não foi observada diferença entre o ano de 2006 e 2007 semestre em relação ao TENZ (62±46 vs 41±56min; p=0,56), TxAPC1ª (89,7 vs 97,3%; p=0,35), TPERM (6±9 vs 7±8,5 dias, p=0,52) ou MOIH (5,7 vs 8,6%, p=0,67). No entanto, TPBA (99±76 vs 70±26; p=0,03) TxAAS (70,3 vs 94,7%; p=0,002) e TxAPC1ª≤90 (78,3 vs 51,4%; p=0,03) foram significativamente melhores no ano de 2007 em relação à 2006.

Conclusão: As ações de melhoria executadas a partir da monitoração dos indicadores de QCA do IAM em hospital de alta complexidade promoveu a melhoria significativa destes 3 indicadores.

Este trabalho concorre a prêmio de Melhor Tema Livre 2008