

## 14 – Doença Reumática e Valvular

**Fatores de risco para óbito e eventos maiores na evolução a longo prazo da valvoplastia mitral com a técnica de Inoue versus a do balão único**

Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Ivana P Borges, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela, Mauricio B F Rachid, Marta M Labrunie  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** O balão de Inoue (BI) é mundialmente utilizado. A técnica do balão único (BU) obtém resultados semelhantes a custo menor.

**Objetivo:** Estudar comparativamente a evolução a longo prazo das técnicas.

**Delineamento:** Estudo prospectivo não randomizado.

**Pacientes:** Foram estudados, entre 02/04/1990 e 31/12/2008, e seguidos em longo prazo 310 pacientes com evolução de 51±33 (1 a 174) meses. Foram 256 procedimentos com BU com evolução de 55±33 (1 a 174) meses e 54 com BI com evolução de 33±27 (2 a 118) meses (p<0,0001).

**Métodos:** Foram utilizados os métodos do: Qui-quadrado ou exato de Fischer, t de Student ou Mann-Whitney, curvas de sobrevividas de Kaplan-Meier e análise univariada e multivariada de Cox.

**Resultados:** Houve predomínio de mulheres no GBI e GBU respectivamente 40 (70,1%) e 222 (86,7%), (p=0,0195) e idade, fibrilação atrial, área valvar mitral (AVM) pré-VMB e escore ecocardiográfico (Escore) foram semelhantes, sendo a AVM pós-VMB respectivamente de 2,05±0,50 e 2,02±0,37cm<sup>2</sup> (p=0,9211) e a AVM no final da evolução de 1,70±0,41 e 1,54±0,51 cm<sup>2</sup> (p=0,0883). Sucesso, reestenose, nova insuficiência mitral grave, nova VMB, cirurgia valvar mitral, óbito 2 (3,7%) e 11 (4,3%), (p=0,8433) e eventos maiores (EM) em 5 (9,2%) e 45 (17,6%), (p=0,1309) foram semelhantes no GBI e GBU. No grupo total, predisseram independentemente: 1-óbito: idade (p=0,011; HR=4,566) e Escore (p<0,001; HR=9,804) e 2- EM: Escore (p=0,038; HR=2,123) e AVM pós-VMB (p<0,001; HR=6,803) e esteve próximo ao significado, ritmo (p=0,053; HR=1,905).

**Conclusões:** A evolução a longo prazo foi semelhante no GBI e no GBU. Predisseram independentemente óbito: idade ≥50 anos, Escore ≥8 pontos e EM: Escore ≥8 pontos e AVM pós-VMB <1,50 cm<sup>2</sup>.

**Evolução a longo prazo e fatores de risco para óbito e eventos maiores na valvoplastia mitral com balão único**

Ricardo Trajano Sandoval Peixoto, Edison C S Peixoto, Ivana P Borges, Rodrigo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela, Mauricio B F Rachid, Aristarco Goncalves de Siqueira Filho  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** A técnica do balão único (BU) para valvoplastia mitral por balão (VMB) é a de menor custo.

**Objetivo:** Analisar a evolução (evol) e determinar os fatores de risco (FR) para óbito e eventos maiores (EM) na evol a longo prazo da técnica do BU.

**Delineamento:** Estudo prospectivo.

**Pacientes:** Dentre 315 pacientes seguidos a longo prazo, foram 256 pacientes (pac) submetidos a VMB entre 30/11/1990 e 31/12/2008 com BU, com evol de 55±33 (1 a 174) meses.

**Métodos:** EM foram definidos como óbito (OB), nova VMB ou cirurgia valvar mitral (CVM). Foram utilizados os testes: Qui quadrado, t de Student, curvas de Kaplan-Meier (KM) e análise uni e multivariada (Multi) de Cox.

**Resultados:** Apresentavam: sexo feminino (SF) 222 (86,7%) pac, ritmo sinusal 215 (84,0%) pac, escore eco (esc) >8, 32 (12,5%), área valvar mitral (AVM) eco pré-VMB de 0,93±0,21 cm<sup>2</sup>, comissurotomia prévia (Comp) 22 (8,6%), VMB prévia 8 (3,1%), AVM hemo pré-VMB 0,90±0,20 cm<sup>2</sup>, AVM hemo pós 2,02±0,37 cm<sup>2</sup>, com sucesso (AVM ≥1,50 cm<sup>2</sup>) em 241 (94,1%) dos pac, sendo que 3 (1,2%) pac com insuficiência mitral grave (IMG) pós-VMB. No final da evol 68 (26,6%) pacientes estavam sem medicação, com 11 (4,3%) OB, dos quais 9 (3,5%) cardíacos, sendo a AVM 1,54±0,51 cm<sup>2</sup>, com EM em 45 (17,6%) pac, com nova IMG em 17 (8,3%) dos pac com eco no final da evol, nova VMB em 12 (4,7%) e CVM em 27 (10,5%). Previram sobrevida: ausência de Comp (p=0,010; HR 0,342) e ausência de IMG per-VMB (p<0,001; HR 0,015) e próximo ao significado esc ≤11 (p=0,053; HR 0,224) e sobrevida livre de EM: ausência de Comp (p=0,016; HR 0,365), esc ≤11 (p=0,032; HR 0,189), ausência de IMG per-VMB (p<0,001; HR 0,013), AVM ≥1,50 cm<sup>2</sup> (p<0,001; HR 0,098) e SF (p=0,026; HR 0,421).

**Conclusões:** Foram FR independentes para prever OB e/ou EM: Comp, IMG per-VMB, escore ≥11, AVM pós-VMB <1,50 cm<sup>2</sup> (insucesso) e sexo masculino.

**Fatores de risco para óbito e eventos maiores na evolução a longo prazo da valvoplastia mitral por balão**

Ivana Picone Borges, Edison C S Peixoto, Rodrigo T S Peixoto, Ricardo T S Peixoto, Paulo S Oliveira, Mario Salles Netto, Pierre Labrunie, Ronaldo A Villela, Mauricio B F Rachid, Marta M Labrunie  
Cinecor Hospital Evangélico Rio de Janeiro RJ BRASIL e Universidade Federal Fluminense Niterói RJ BRASIL

**Fundamento:** Diferentes populações têm diferentes evoluções a longo prazo (evol) e podem ter diferentes fatores de risco (FR).

**Objetivo:** Analisar a evol de pacientes (p.) submetidos à valvoplastia mitral por balão (VMB) e identificar FR, para óbito (OB) e eventos maiores (EM) (óbito, nova VMB ou cirurgia valvar mitral) e a evol de grupo de risco segundo o escore de Wilkins (EW).

**Delineamento:** Estudo prospectivo não randomizado.

**Pacientes:** Foram avaliados 316 p. no grupo total (GT) submetidos a VMB de 1987 a 31/12/2008, 266 do GA (EW<8) e 50 do GB (EW≥8) com evol no GT de 1 a 174 (51,0±33,0) meses, no GA 52,3±32,9 e no GB 44,3±33,1 meses (p=0,1158).

**Métodos:** Foram utilizados os testes: do Qui quadrado, t de Student e as variáveis avaliadas na análise univariada e multivariada de Cox para OB e EM. Sucesso foi área valvar mitral ≥ 1,50 cm<sup>2</sup>.

**Resultados:** EW foi no GT 7,3±1,5, sendo que 266 p. (84,2%) apresentavam EW<8 (6,8±1,1) e 50 p. (15,9%) EW≥8 (9,7±1,1). Pós-VMB a AVM (Gorlin) no GA, GB e GT foi 2,05±0,40 e 1,84±0,36, (p<0,0001) e 2,01±0,40 cm<sup>2</sup> e houve sucesso em 94,6% e 43 (87,7%), (p=0,0762) e 93,5% (307 dos 316 pac com AVM pós medida). Houve IM grave pós-VMB em 4 (1,3%) p., sendo 2 (0,7%) no GA e 2 (4,0%) no GB, (p=0,0594). A AVM eco no final da evol foi, no GA e GB de 1,58±0,50 e 1,44±0,45 cm<sup>2</sup> (p=0,1375) e no GT de 1,56±0,50 cm<sup>2</sup>. No GA, GB e GT houve OB 5 (1,9%) e 9 (18,0%), (p<0,0001) e 14 (4,4%). EM foram no GT de 54 (17,1%), no GA 39 (14,7%) e no GB 15 (30,0%), (p=0,0082). Na análise multivariada de Cox foram FR para OB: IM grave per-VMPB, EW >8 e fibrilação atrial (FA) e para EM: insucesso, IM grave, fibrilação atrial e EW >8.

**Conclusões:** Foram FR para OB e/ou EM: IM grave, EW >8, FA e insucesso (AVM pós-VMPB <1,50 cm<sup>2</sup>). O grupo B com maior EW (>8 pontos) apresentou pior evol com mais OB e EM.

**Profilaxia da febre reumática - Reação anafilática - Estudo de variação terapêutica!**

Regina E Muller, Bernardo R Tura, Fabiana F D Nascimento, Maria José Lucas Mercês S, M Cristina C Kuschner, Ana L T Schilke, Melissa C Yaakoub, Aline Souto Maior, Vanessa B P Espindola, R M A Xavier  
Programa PREFERE - Instituto Nacional de Cardiologia RJ BRASIL

**Fundamento:** A cardiopatia reumática (CR), seqüela da febre reumática controle em países em desenvolvimento (Carapetis 2005). Penicilina (FR) é responsável por 233.000 mortes/ano (OMS 2004) e mantém-se sem Benzatina é indicado para profilaxia da FR. Reações anafiláticas graves por uso de penicilina são raras (0,5 a 1/100.000), e devem ser tratadas com adrenalina IM (Portaria 156-MS 2006).

**Objetivo:** avaliar a prática de médicos da rede básica de saúde (MRB) e de cardiologistas quanto ao tratamento de reações anafiláticas graves.

**Delineamento:** Corte transversal

**Métodos:** inquérito-questionário auto-administrado de múltipla escolha, realizado com 2 grupos de participantes: cardiologistas e MRB. Foi aplicado aos cardiologistas no 61º Congresso SBC (Recife - Out 06), e aos MRB durante seminário sobre FR (Rio de Janeiro - Ago 06). Utilizado programa estatístico R versão 2.4.1, considerando p<0,05.

**Resultados:** n= 451 cardiologistas e 110 MRB. Foi encontrada diferença significativa no uso de adrenalina (p=0,0003), mais usado pelos MRB e corticóide EV (p=0,012), preferência dos cardiologistas (Tabela 1)

Medicamento	Cardiol	MRB	valor p
Adrenalina	44%	64%	<0,001
Corticóide EV	50%	36%	0,012
Corticóide VO	5%	5%	ns
Anti-histaminico	14%	7%	0,064
Atropina	1%	3%	ns

**Conclusões:** Práticas são diferentes entre os grupos, e ambos os grupos tem prática inadequada em relação ao tratamento das reações anafiláticas graves. Educação médica continuada e a disseminação de protocolos adequados são necessários para reduzir diferenças indesejadas, contribuindo para o controle da FR no Brasil

**Decisão da duração da profilaxia secundária da febre reumática – prática de cardiologistas e de médicos da rede básica de saúde no Brasil.**  
Muller, Regina E, Tura, Bernardo R, Nascimento, Fabiana F D, Silva, Maria J L M, Yaakoub, Melissa C, Espíndola, Vanessa B P, Kuschnir, Maria C C, Maior, Aline S, Xavier, Regina M A  
Programa PREFERE - Instituto Nacional de Cardiologia Rio de Janeiro RJ BRASIL

**Fundamento:** A febre reumática (FR) é responsável por 233.000 mortes/ano (OMS 2004) e mantém-se sem controle em países em desenvolvimento (Carapetis, 2005). A profilaxia secundária com penicilina benzatina é a única medida considerada eficaz no controle da FR, mas sua duração ainda é discutida e condutas não tem se mostrado uniformes.

**Objetivo:** Avaliar no que se baseia a prática de médicos da rede básica de saúde (MRB) e cardiologistas quanto à duração da profilaxia secundária da FR no Brasil.

**Delineamento:** Corte transversal

**Método:** Questionário de múltipla escolha, aplicado aos cardiologistas no 62º Congresso SBC (São Paulo-set 07), e aos MRB no Congresso da ABRASCO (Salvador-jul 07). Utilizado programa estatístico R versão 2.4.1, considerado valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:**  $n=199$  cardiologistas e 94 MRB. Protocolos/guidelines são utilizados por ambos os grupos, mas cardiologistas  $>$  MRB ( $p 0,02$ ). Poucos profissionais se baseiam em palestras em congressos (Tabela 1).

Fonte	Cardiol	MRB	valor p
Protocolos/ guidelines	72,3%	42,5%	0,02
Palestras congressos	6,5%	4,2%	0,60
Livro-texto cardiologia	18,6%	7,4%	0,02
Orientação sociedades médicas	9,0%	17,0%	0,07
Orientação centros referência	9,0%	19,0%	0,02

**Conclusões:** Protocolos e guidelines norteiam a prática de cardiologistas e MRB, mas não de todos os profissionais. Orientação de sociedades médicas/centros de referência auxiliam na decisão de MRB. A disseminação de um protocolo adequado é necessária para uniformizar condutas e ajudar a controlar essa doença no Brasil.